

Psychotherapie 2022 · 67:453–460
<https://doi.org/10.1007/s00278-022-00622-w>
 Angenommen: 11. Juni 2022
 Online publiziert: 2. September 2022
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2022, korrigierte Publikation 2022



Förderung der mentalen Gesundheitskompetenz im Jugendalter

Schule als Setting für Aufklärung und Vermittlung von Handlungskompetenzen

Annika Edelmann¹ · Lena Eppelmann¹ · Michèle Wessa^{1,2}

¹ Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) gGmbH, Mainz, Deutschland

² Abteilung für Klinische Psychologie und Neuropsychologie, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: International und national wird der Ruf laut, Gesundheitsförderung in Schulen zu verankern, nicht erst, aber insbesondere im Zusammenhang mit dem Anstieg der Rate psychischer Auffälligkeiten seit dem Beginn der „coronavirus disease 2019“ (COVID-19)-Pandemie. Die Förderung mentaler Gesundheitskompetenz (mGeKo) erfährt in den vergangenen Jahren als möglicher Ansatzpunkt zunehmende Aufmerksamkeit.

Fragestellung: Welche Evidenzen gibt es für die Förderung der mGeKo im Jugendalter im schulischen Setting, und wie gestaltet sich die praktische Umsetzung in Deutschland?

Methode: Literaturübersicht, Recherche in Datenbanken zu Programmen zur Förderung der mGeKo im schulischen Kontext (Sekundarstufe I).

Ergebnisse: Die Förderung der mGeKo erscheint, gerade bei einer Implementierung im Schulkontext, als ein vielversprechender Ansatz: Erste Programme existieren, Metaanalysen weisen auf signifikante Effektstärken im unteren bis mittleren Bereich hin. Es bestehen jedoch ein weiterer Forschungsbedarf (z. B. hinsichtlich distaler Endpunkte) und Schwierigkeiten bei der Umsetzung in die Praxis.

Schlussfolgerungen: Durch eine theorie- und evidenzbasierte Umsetzung kann Schule als Lern- und Lebensort für das wichtige Thema psychische Gesundheit sensibilisiert und für unterstützende Maßnahmen motiviert werden; eine Berücksichtigung der Hürden im deutschen Schulsystem erscheint für eine erfolgreiche Umsetzung maßgeblich.

Schlüsselwörter

Psychologische Resilienz · Gesundheitsförderung · Prävention · Schulen · Empowerment

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00278-022-00622-w>) enthält eine Liste mit universellen Programmen zur Förderung der mentalen Gesundheitskompetenz (mGeKo) im Schulkontext.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Die (mentale) Gesundheitskompetenz ([m]GeKo) stellt ein bildungsnahes Konstrukt dar, das zugleich das Potenzial hat, soziale Ungleichheiten zu reduzieren. Durch die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen wird ein „Empowerment“ angestrebt, das gesundheitsförderliche Verhaltensweisen sowie die Inanspruchnahme von Unterstützung und Behandlungsmöglichkeiten begünstigen soll.

Hintergrund

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen betrug vor der durch die „coronavirus disease 2019“ (COVID-19) ausgelösten Pandemie 17,6% und wurde im Herbst 2021, nach einem zwischenzeitlichen Anstieg auf über 30%, noch mit 27% angegeben (Ravens-Sieberer et al. 2022). Bei einer Klassenstärke von 30 Schülerinnen und Schülern (SuS) entspricht dies 8 Betroffenen. Auch der

Infobox 1

Die Begriffe *Prävention* und *Gesundheitsförderung* sind eng verwoben und Gegenstand einer fortlaufenden Debatte. Im Sinne einer Abgrenzung kann argumentiert werden, dass Prävention die Verhinderung von Krankheit zum Ziel hat, während sich Gesundheitsförderung auf das Stärken intrapersoneller Schutzfaktoren und gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen bezieht (Prümel-Philippson und Grossmann 2021).

Anteil derer, die eine niedrige Lebensqualität angeben, hat sich in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt (15,3 % vs. 35,1 %; Ravens-Sieberer et al. 2022). Ein Blick auf die Lebensspanne zeigt, dass 50 % der Menschen mit psychischen Erkrankungen eine erstmalige Manifestation in der mittleren Adoleszenz erleben (Kessler et al. 2007). Derzeit zeigt die Pandemie den Bedarf ähnlich einem Brennglas auf. Jedoch war schon zuvor deutlich, dass, auch aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive heraus, Gesundheitsförderung und Prävention (■ Infobox 1) in der Adoleszenz eine Schlüsselrolle für die Reduktion psychischer Störungen sowie sämtlicher nichtübertragbarer Krankheiten einnehmen (Sawyer et al. 2012). Gleichzeitig weisen Jugendliche und auch Erwachsene Defizite hinsichtlich ihrer Gesundheitskompetenz auf (Paakkari et al. 2020), und es existieren Vorbehalte gegenüber der Inanspruchnahme von geeigneten Präventions- und Interventionsmaßnahmen (Stuckey et al. 2021; Yap et al. 2013). Gerade in der Jugend, dem Alter, in dem viele psychische Erkrankungen erstmalig auftreten (Kessler et al. 2007), erscheinen dieses Wissen sowie förderliche Einstellungen und Kompetenzen zum Hilfesuchverhalten von zentraler Bedeutung. Unter dem Begriff der mGeKo (■ Abb. 1; Kutcher et al. 2016) findet dieses Thema in den vergangenen Jahren zunehmend größere Beachtung in Politik, Bildung und Wissenschaft. Im internationalen Vergleich fallen deutsche Jugendliche durch eine geringe Gesundheitskompetenz auf, was u. a. mit einer vergleichsweise späten Berücksichtigung und fehlenden Verankerung in den Lehrplänen in Verbindung gebracht wird (Paakkari et al. 2020).

Im Folgenden werden das Konzept der mGeKo und die Idee einer Verankerung

im Schulkontext näher erläutert. Hierzu werden politische Rahmenbedingungen und das Feld der Gesundheitsförderung im Schulkontext zunächst allgemeiner beleuchtet, bevor anschließend eine Übersicht über und eine kritische Einordnung von entsprechenden Interventionen im Bereich der mGeKo gegeben werden. Wenngleich dieser Beitrag den Schulkontext fokussiert, ergeben sich mehrere Anknüpfungspunkte für die Psychotherapie, die im Abschn. „Fazit für die (therapeutische) Praxis“ aufgezeigt werden.

Mentale Gesundheitskompetenz und Destigmatisierung

Der Begriff der mGeKo stammt aus dem übergeordneten Bereich der Gesundheitskompetenz und umfasst Wissen um psychische Gesundheit, Krankheit und (Selbst-)Hilfemöglichkeiten, förderliche Einstellungen und Kompetenzen (Kutcher et al. 2016). Die Förderung der Gesundheitskompetenz scheint ein zentraler Faktor zu sein, um Gesundheitsparameter von Individuen zu verbessern, gesundheitliche Benachteiligungen in der Bevölkerung zu verringern und die Funktionsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu optimieren (Amado-Rodríguez et al. 2022; Kutcher et al. 2016). Die mGeKo gilt als wichtiger Prädiktor für das Hilfesuchverhalten (Kutcher et al. 2016).

Ebenfalls als hoch relevant wird der Zusammenhang zwischen mGeKo und Stigmatisierung beschrieben (Frejtan et al. 2021; Kutcher et al. 2016): Das Inanspruchnahmeverhalten scheint insbesondere von Barrieren wie Scham beeinträchtigt zu werden, die sogar zentraler als strukturelle Hürden sind (Yap et al. 2013). Dementsprechend geht das sozial-kognitive Modell der Stigmatisierung (■ Abb. 2) davon aus, dass Betroffene Behandlungen nicht in Anspruch nehmen, um das öffentliche Stigma und Label, aber auch eine Selbststigmatisierung zu vermeiden. Selbststigmatisierung kann als Kontinuum angesehen werden, wobei der selbstbestimmte Umgang mit einer psychischen Erkrankung den entgegengesetzten Pol bildet – das *Empowerment* (Rüsch et al. 2005). Sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene existieren inzwischen wirksame Maßnah-

men, um Stigmata entgegenzuwirken. Hier sind v. a. Aufklärung und Kontakt zu nennen (Corrigan et al. 2012; Frejtan et al. 2021). Im Schulkontext ist die Unterscheidung von öffentlichem und Selbststigma besonders interessant, da sie auf die Rolle des Schulklimas und die von den SuS wahrgenommenen Normen verweist. Zwar werden die Effekte schulbasierter Interventionen gegen Stigmata und zur Förderung der mGeKo bisher meist auf der Ebene des individuellen Erlebens und Verhaltens gemessen (Corrigan et al. 2012), Veränderungen des Stigmas auf Gruppenebene sind jedoch wahrscheinlich und könnten für das Hilfesuchverhalten sogar zentral sein. Das geht aus einer Untersuchung Studierender hervor; in dieser wurden Veränderungen von Selbststigmata im Zusammenhang mit veränderten Einstellungen zum Hilfesuchverhalten untersucht. Dabei waren die Veränderungen der Selbststigmata der Mitglieder der Gruppe entscheidender für die Einstellung des Einzelnen als dessen Selbststigmaveränderung (Keum et al. 2018). Die Förderung von Gesundheitskompetenz und Destigmatisierung ist folglich eng mit dem Kontext des Individuums verwoben. Im Folgenden soll daher die Einbettung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Schule, dem Ort, in dem die Kinder und Jugendlichen einen Großteil ihrer Zeit verbringen, erörtert werden, bevor anschließend auf die Förderung der mGeKo im Speziellen eingegangen wird.

Gesundheitsförderung in der Schule

Die Verortung von Gesundheitsförderung im Schulkontext erfolgt in der Tradition der Ottawa-Charta, der zufolge Gesundheitsförderung auf einen Prozess zielt, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 1): Sie sieht „die Verantwortung für Gesundheitsförderung ... nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“. Dies wird auch



Abb. 1 ◀ Komponenten der Förderung mentaler Gesundheitskompetenz (vgl. Kutcher et al. 2016; eigene Darstellung)



Abb. 2 ▲ Sozialkognitives Modell der Stigmatisierung. (Mod. nach Rüscher et al. 2005)

mit dem Verständnis von Gesundheit begründet, nach dem es sich um „ein positives Konzept (handelt), das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 1). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden hinsichtlich zweier komplementärer Strategien unterschieden: Die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen bezieht sich v. a. auf Veränderungen der strukturellen Ebene und steht eng im Zusammenhang mit gesundheitspolitischen Maßnahmen. Verhaltensbezogene Maßnahmen zielen hingegen auf die direkte Förderung individueller Fähigkeiten

ab und beinhalten u.a. das Steigern von Bewusstsein und Motivation, Wissensvermittlung sowie darauf aufbauend die Förderung von gesundheitsbezogenen Fertigkeiten wie z.B. Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkontrolle und Selbstregulation. Für eine gelingende Gesundheitsförderung wird die Relevanz des komplementären Zusammenspiels der beiden Ansätze betont (Dadaczynski und Hering 2021; Ungar und Theron 2020).

National und international verweisen zahlreiche Leitlinien auf die Rolle des Bildungssystems für die Gesundheitsförderung (Braddick und Jané-Llopis 2008; Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesre-

publik und Deutschland 2012). Schulen bieten die Möglichkeit, jede/jeden zu erreichen und damit zur Reduktion sozialer Ungleichheiten beizutragen. Zugleich existiert eine wachsende Zahl von Befunden, die positive Effekte der Maßnahmen auf die schulische Leistungsfähigkeit aufzeigen und die Verortung der Gesundheitsförderung im Schulkontext weiter untermauern (Durlak et al. 2011).

Inzwischen gibt es vermehrt gesellschaftspolitische Bemühungen, um die Ein- und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu verbessern (u.a.: *Schools for Health in Europe*: <https://www.schoolsforhealth.org/>; *Anschub.de*: <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/ueber-uns/was-wir-erreicht-haben/anschub/>). Zentral ist der durch die WHO geprägte Begriff der *gesundheitsfördernden Schule* (*Health Promoting School*). Statt sich auf einzelne Gesundheitsdeterminanten oder Zielgruppen zu fokussieren, wird im Rahmen der *gesundheitsfördernden Schule* ein möglichst ganzheitlicher Ansatz verfolgt (*Whole School Approach*; ▣ Abb. 3a). In Deutschland wird konzeptionell weiterhin zwischen der *gesundheitsfördernden Schule* und dem Ansatz der *guten gesunden Schule* (▣ Abb. 3b) unterschieden (Dadaczynski und Hering 2021; Goldberg et al. 2019).

Während der letzten Jahrzehnte wurde im Bereich der Gesundheitsförderung die Frage nach protektiven Prozessen zunehmend in den Fokus gerückt, was sich auch in der Definition des Konstruktes der mGeKo widerspiegelt: Neben Wissen über psychische Störungen wird inzwischen auch Wissen über psychische Gesundheit bzw. -erhaltung als Teil des Konstruktes angesehen (Kutcher et al. 2016). Hier gibt die Resilienzforschung wichtige Impulse. Resilienz wird als das Ergebnis eines dynamischen Prozesses aufgefasst; dieser läuft unter dem Einfluss von Ressourcen, den Resilienzfaktoren im Umfeld des Individuums und internen Resilienzfaktoren ab und wird durch Resilienzmechanismen wie die kognitive Emotionsregulation vermittelt (Wessa 2019). Ob interne Faktoren und Mechanismen ihr protektives Potenzial entfalten, hängt vom Zugang zu und der Nutzung von Ressourcen ab, beispielweise in der sozialen, aber auch physischen

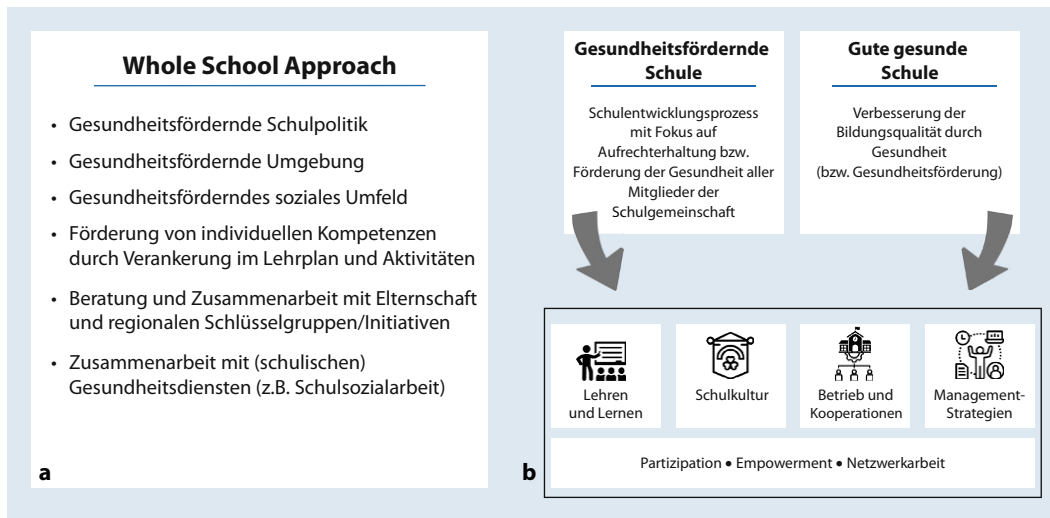


Abb. 3 ◀ a Whole School Approach (vgl. Goldberg et al. 2019; eigene Darstellung). b Gesundheitsfördernde Schule und gute gesunde Schule (vgl. Dadaczynski und Hering 2021; eigene Darstellung)

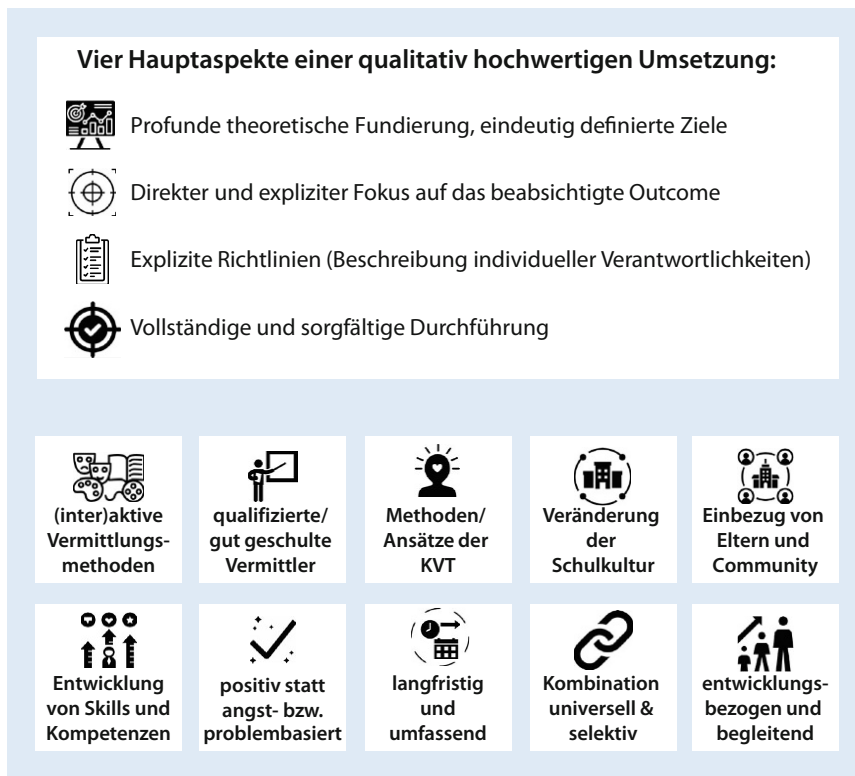


Abb. 4 ▲ Moderatoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Präventionsprogrammen. KVT kognitive Verhaltenstherapie. (vgl. Weare und Nind 2011; eigene Darstellung)

Umwelt einer Person (Familie, Wohnraum, Umwelt). Dabei wird eine Vielzahl von Interaktionsprozessen zwischen dem ökologischen System, in dem ein Mensch lebt, sowie seinem biologischen, psychischen und sozialen System angenommen (Ungar und Theron 2020). Gerade durch diese sog. multisystemischen Modelle bietet sich das Resilienzkonzept – trotz erheblicher Kritik an der Vielzahl von Definitionen –

als theoretischer Rahmen für die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, die insbesondere im System Familie oder Schule stattfindet, an.

Für eine Übersicht der Resilienzdefinitionen und in diesem Kontext häufiger genutzter, teilweise unscharf abgegrenzter Begriffe wie Widerstandsfähigkeit oder Wohlbefinden wird auf weiterführende Arbeiten verwiesen (Schultze-Lutter

et al. 2016; Ungar und Theron 2020; Wessa 2019).

Vielfalt und Evidenz

Blickpunkt Programmlandschaft in Deutschland

Weltweit existiert eine beachtliche Zahl an Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit (Weare und Nind 2011), und auch für den speziellen Bereich der mGeKo konnten in einem systematischen Review aus dem Jahr 2020 über 100 international durchgeführte Maßnahmen erfasst werden (Patafio et al. 2021). In Deutschland finden sich vielfältige Angebote zur Gesundheitsförderung, die sowohl thematisch als auch strukturell eine große Bandbreite abdecken (Hurrelmann et al. 2016). Unterscheidungen lassen sich neben den bereits geschilderten strukturellen Merkmalen (Fokus auf Verhalten des Individuums, organisationale Rahmenbedingungen, kombinierte Ansätze) hinsichtlich thematischer Schwerpunkte treffen (z.B. sozioemotionale Entwicklung, Stress- oder Mobbing-Prävention), sowie hinsichtlich Dauer und Umfang. Weitere Untergliederungsmerkmale bestehen in der Zielgruppe (universell, Risikozielgruppe), den Akteuren, die die Projekte umsetzen, sowie der Verbreitung (kommunal, regional, bundesweit) und der Einbindung von unterstützenden, außerschulischen Strukturen und Gesundheitspartnern (Hurrelmann et al. 2016).

Infobox 2

Schulbasierte Programme zur Förderung der mentalen Gesundheitskompetenz in Deutschland

- GeKoOrg^a (Organisationsentwicklung für die Stärkung der Gesundheitskompetenz; <https://gekoorg-schule.de/>)
- IMPRES (Improving mental health literacy in children and adolescents to reduce stigma; <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/erziehungswissenschaft/zpi/projekte/impres-stabil/>)
- Mind Matters (<https://mindmatters-schule.de/home.html>)
- ProHead^a (Promoting Help-Seeking using E-technology for Adolescents; <https://www.prohead.de/zentral/>)
- Verrückt? Na und! (<https://www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-lernen/psychisch-fit-schule/>)

^aDiese Programme sind für Schulen bisher nur im Rahmen von wissenschaftlichen Evaluationen verfügbar.

Je nach Bundesland bzw. Kommune stehen den Schulen unterschiedliche Programme zur Verfügung. Informationen über diese Verfügbarkeit finden sich aufseiten der pädagogischen Landesinstitute bzw. jeweiligen Kultus-/Bildungsministerien, Landesbildungsservern oder bei Vereinen zur Gesundheitsförderung, etwa dem Portal *Communities That Care*, das mit der *Grünen Liste Prävention* eine Übersicht evaluierter Präventionsprogramme bereitstellt. Unter Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Kultusministerkonferenz wurde außerdem ein Innovationsportal erstellt, auf dem Projekte und Programme zur Qualitätsentwicklung des Bildungssystems gelistet sind. Auch auf den Seiten der Fachgruppen für Gesundheitspsychologie innerhalb des Berufsverband Deutscher PsychologInnen und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie werden schulbasierte Angebote gelistet.

Um eine Übersicht über in Deutschland verfügbare Programme zur Förderung der mGeKo im Jugendalter zu generieren, haben die Autorinnen eine Liste mit universellen Programmen im Schulkontext zusammengestellt, die sich im weitesten Sinne mit der Förderung der mGeKo bei Jugendlichen (Sekundarstufe I) befassen oder einzelne ihrer Elemente enthalten (Zusatzmaterial online). Es wurden insge-

samt 28 Programme gefunden, davon liegen 5 einen konkreten Schwerpunkt auf die Förderung der mGeKo (■ Infobox 2).

Die meisten Programme sind temporär auf wenige Schulstunden oder Projektstage ausgelegt; *Mind Matters* stellt das einzige in Deutschland für die Sekundarstufe I verfügbare Programm mit einem *Whole School Approach* dar. Ein Programm, das niederschwellig und flächendeckend über die gesamte Schulzeit der Sekundarstufe I hinweg die mGeKo fördert, konnte nicht identifiziert werden.

Hinsichtlich der Frage, welche Programme an welchen Schulen mit welchem Erfolg eingesetzt werden, fehlt bislang eine Übersicht (Dadaczynski und Hering 2021). Einen groben Anhaltspunkt kann eine Befragung von Schulleitungen geben, die im Rahmen der Studie *Health Behaviour of School-aged Children* zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten deutscher Kinder und Jugendlicher 2013/2014 durchgeführt wurde. Demnach haben 42% der befragten Schulen ($n=273$) einen Schwerpunkt im Bereich Gesundheit. Lediglich bei einem Fünftel dieser Schulen beinhaltet dies auch explizit die psychische Gesundheit (Dadaczynski et al. 2016), wobei nicht näher spezifiziert wurde, worin die konkrete Umsetzung an den jeweiligen Schulen besteht und inwieweit Maßnahmen langfristig oder im Sinne eines *Whole School Approach* implementiert wurden.

Die Frage der Wirksamkeit der Programme zur mGeKo wurde jedoch in den vergangenen Jahren zunehmend befohrt. Im Folgenden wird zunächst ein kurzer Einblick in die inzwischen umfassende Wirksamkeitsforschung zur schulbasierten Gesundheitsförderung insgesamt gegeben, um anschließend auf die mGeKo im Speziellen einzugehen.

Blickpunkt Wirksamkeitsforschung

Basierend auf einem europäischen Projekt (*DataPrev project*), das in einer groß angelegten Metaanalyse 52 Reviews untersuchte, um Evidenzen für Interventionen, Schlüsselmerkmale und Vorgehensweisen und, davon abgeleitet, Richtlinien und Strategien für den europäischen Raum zu generieren, zeigen sich konsistent positive Effekte von schulbasierten

Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit (Weare und Nind 2011). In einer Metaanalyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung konnte mit einer durchschnittlichen Gesamteffektstärke von $d=0,24$ ein kleiner, aber signifikanter Effekt gefunden werden. Die Autoren ordnen die Ergebnisse als vergleichbar mit denen der internationalen Forschung ein (Beelmann et al. 2014).

Einen weiteren zentralen Befund bei der Studien stellt die große Varianz der Effektgrößen dar; es scheint eine Reihe von Moderatoren zu geben, die beeinflussen, *wie gut* die Programme wirken. Dieser Befund hat eine hohe Praxisrelevanz, bieten entsprechende Faktoren doch wichtige Ansatzpunkte, um das Potenzial der verschiedenen Programme an den Schulen voll zu entfalten (Weare und Nind 2011). Einige der relevanten Komponenten illustriert ■ Abb. 4.

Neben Merkmalen von Programmkonzeption und -durchführung variieren die Effekte auch in Abhängigkeit von den Zielgrößen: Substanzuelle Veränderungen finden sich v. a. hinsichtlich Wissens und sozial-kognitiver Kompetenzen, wohingegen in Bezug auf Verhaltensaspekte deutlich geringere Effekte berichtet werden (Beelmann et al. 2014).

Diese Befunde decken sich auch mit den Befunden zur Wirksamkeitsforschung bezüglich der spezifischen Programme zur Förderung der mGeKo. Eine Metaanalyse von Frejšan et al. (2021) berichtet signifikante, als mittelgroß einzuschätzende Effektstärken sowohl direkt nach der Intervention ($d=0,62$) als auch in den Follow-up-Untersuchungen ($d=0,48$). Den Hauptteil der untersuchten Programme machten Interventionen aus, die entweder über eine Vermittlung von Wissen durch eine Expertin oder Lehrkraft oder über den Kontakt zu bzw. die Wissensvermittlung durch einen Betroffenen auf eine Förderung der mGeKo abzielten, wobei die wissensbasierten Interventionen gegenüber den kontaktbasierten Interventionen etwas wirksamer zu sein scheinen (Frejšan et al. 2021). Auch hinsichtlich stigmatisierender Einstellungen wurden signifikante Effekte gemessen, wenn auch etwas geringer ($d=0,30$). Weitere Metaanalysen sprechen ebenfalls für die Wirksamkeit der Programme (Amador-Rodríguez et al. 2022; Patafio et al. 2021).

Infobox 3

Mentale Gesundheitskompetenz und Resilienz

Die Förderung von gesundheitsbezogenem Grundwissen und Fertigkeiten soll dazu beitragen, Individuen in der eigenständigen Gestaltung des Lebens/der sozialen Lebenswelt zu unterstützen bzw. zu befähigen (Definition der Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation 1986) und sie damit auch in ihrer Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich der eigenen mentalen Gesundheit zu stärken. Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung werden als Mechanismen der Resilienz angenommen (Schultze-Lutter et al. 2016), ein Einfluss der mentalen Gesundheitskompetenz (mGeKo) auf die individuelle Resilienz erscheint naheliegend, wobei für eine entsprechende empirische Überprüfung zunächst eine fundierte theoretische Einordnung der beiden Konzepte sowie eine Hypothesenbildung bezüglich der spezifischen Wirkmechanismen erfolgen sollte.

Einschränkend ist anzumerken, dass lediglich hinsichtlich des Wissens konsistent positive Effekte dieser Größenordnung berichtet werden. Für andere Zielgrößen wie verändertes Hilfesuchverhalten oder soziale Distanz werden hingegen geringe Effektstärken, z. T. auch nichtsignifikante Ergebnisse berichtet (Amado-Rodríguez et al. 2022; Freĵian et al. 2021). Wie im Folgenden aufgezeigt wird, ist derzeit dennoch nicht davon auszugehen, dass diese Endpunkte grundsätzlich nicht förderbar sind. Die fehlenden Wirksamkeitsbelege sollten vielmehr im Kontext der Heterogenität der Programme (z. B. hinsichtlich der Inhalte und Durchführung) und methodischen Herausforderungen betrachtet werden.

Gerade hinsichtlich distaler Endpunkte wie etwa dem Gesundheitsverhalten, einer langfristigen Verbesserung von Entwicklungschancen und individueller Resilienz (▣ Infobox 3), Einstellungsveränderungen oder Veränderungen der Schulkultur (z. B. im Rahmen der Prüfung der Wirksamkeit des *Whole School Approach*) können sich die Erstellung und Durchführung geeigneter Evaluationskonzepte schwierig gestalten (Goldberg et al. 2019; Weare und Nind 2011). Um Effekte messbar zu machen, sind langfristig angelegte Programme und Untersuchungszeiträume sowie eine intensive Prozessbegleitung und Qualitätssicherung notwendig (Goldberg et al. 2019;

Weare und Nind 2011). Eine solche längerfristige Präventionsforschung ist wünschenswert, erfordert jedoch gewisse logistische und finanzielle Voraussetzungen (Beelmann et al. 2014). Darüber hinaus existieren noch weitere methodische Probleme, wie etwa ein Mangel an validen Instrumenten, um die mGeKo und ihre Facetten erschöpfend zu erfassen (Mansfield et al. 2020).

Hürden und Hindernisse

Auch das sorgfältigste erstellte und bestevaluierteste Programm kann keine Wirksamkeit entfalten, wenn es keinen gewinnbringenden Transfer in die Versorgungspraxis erfährt. Als wichtige Einflussfaktoren für die konkrete Umsetzung von schulbasierten Programmen zur Gesundheitsförderung können die Abhängigkeit von externen Partnern bzw. Referenten, die Rolle der Schulleitung, der Fokus der Schulen auf Bildungsergebnisse sowie (mangelnde) personelle Ressourcen diskutiert werden (Dadaczynski und Hering 2021; Herlitz et al. 2020). So ist beispielsweise bei der Auswahl des Programms der *Whole School Approach* zwar theoretisch das Mittel der Wahl, die Ein- und Durchführung des Ansatzes erfordert jedoch aufgrund des notwendigen Schulentwicklungsprozesses viel Engagement seitens der Schule. Dies kann zum einen eine große Hürde für die Entscheidung für das Programm darstellen und zum anderen dazu führen, dass das Programm – sofern an einer Schule eingeführt – nicht mit aller Konsequenz umgesetzt wird und seine Wirkung nicht voll entfalten kann (Dadaczynski und Hering 2021; Weare und Nind 2011).

Besondere Sensibilität ist in der Durchführung in Bezug auf die mGeKo-Facette Stigma geboten. So scheint beispielsweise das Zugrundelegen von biogenetischen bzw. neurochemischen Krankheitsmodellen Stigmata eher zu verstärken (Walsh und Foster 2021). Bei einer universellen Thematisierung im Schulkontext sollte weiterhin berücksichtigt werden, dass im Klassenverband mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit selbst erkrankte bzw. sekundärbetroffene SuS (psychische Erkrankung im Umfeld) anwesend sein werden. Ein entsprechend umsichtiger Umgang sollte im Kon-

zept und in der Kommunikationsstrategie verankert werden, um Bloßstellungen, unerwünschte Verstärkung von Selbststigmatisierungen oder impulsive Outings zu vermeiden (eine mögliche Anregung bietet z. B. das Programm *In Würde zu sich stehen* <https://inwuerde.de/>).

Ausblick

Die Adoleszenz ist eine Lebensphase, die bedeutende Chancen zur Förderung der Gesundheit bietet, auch mit Blick auf die gesamte Lebensspanne (Sawyer et al. 2012). Langfristig und nachhaltig implementierte Programme zur Förderung der mGeKo könnten einen wichtigen Grundstein legen, um dem Thema der mentalen Gesundheit an den Schulen mehr Raum zu geben und Relevanz zu verleihen. Wichtige Argumente für eine entsprechende Sensibilisierung sind nicht nur die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen unter Kindern und Jugendlichen oder das Bestreben, individuelles Leid und gesellschaftliche Kosten zu minimieren, sondern – in Bezug auf eine Thematisierung im Kontext Schule und die wichtige Funktion, die mentale Gesundheit als Voraussetzung für und Einflussfaktor auf akademische Leistungen und den Lebensverlauf besitzt – auch die besondere Möglichkeit, zur Reduktion sozialer Ungleichheiten beizutragen (Braddick und Jané-Llopis 2008; Durlak et al. 2011; Sawyer et al. 2012).

Fazit für die (therapeutische) Praxis

- Die Förderung psychischer Gesundheit besitzt für das Individuum und die Gesellschaft hohe Relevanz; wichtige Bausteine zur Befähigung sind Wissens- und Kompetenzvermittlung (Psychoedukation).
- Schule kann als optimales Setting zur Verbesserung der mentalen Gesundheitskompetenz (mGeKo) gesehen werden; neben der Wissensvermittlung spielen Entstigmatisierung sowie Begünstigung des Hilfesuchverhaltens eine zentrale Rolle.
- Die mGeKo besitzt im therapeutischen Setting neben der zentralen Rolle der Psychoedukation von Patientinnen und Patienten auch in der Steigerung der mGeKo im Umfeld von Kindern und Jugendlichen (Arbeit mit Bezugspersonen, Einbezug von Lehrkräften) hohe Relevanz. Der Abbau von (Selbst-)Stigmatisierung erhöht den Behandlungserfolg und der Umgang hinsichtlich der Kommunikation der eige-

nen psychischen Erkrankung erscheint ein wichtiger Baustein einer Behandlung zu sein.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Michèle Wessa

Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR)
gGmbH
Wallstr. 7, 55122 Mainz, Deutschland
michele.wessa@lir-mainz.de

Förderung. Die Arbeitsgruppe wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen eines Projektes zur Entwicklung eines schulischen Programms zur Förderung der mentalen Gesundheitskompetenz, das in Kooperation mit dem Bildungsministerium Rheinland-Pfalz durchgeführt wird, mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit gefördert.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Edelmann, L. Eppelmann und M. Wessa geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- Amado-Rodríguez I, Casaña R, Mas-Expósito L et al (2022) Effectiveness of mental health literacy programs in primary and secondary schools: A systematic review with meta-analysis. *Children* 9:480. <https://doi.org/10.3390/children9040480>
- Beelmann A, Pfost M, Schmitt C (2014) Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. *Z Gesundheitspsychol* 22:1–14. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000104>
- Braddick F, Jané-Llopis E (2008) Mental health in youth and education. European Commission, Brussels
- Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ et al (2012) Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv Wash DC* 63:963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Dadaczynski K, Hering T (2021) Health promoting schools in Germany. Mapping the implementation of holistic strategies to tackle NCDs and promote health. *Int J Environ Res Public Health* 18:2623. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052623>
- Dadaczynski K, Bucksch J, Paulus P (2016) Schulische Gesundheitsförderung aus Sicht von Schulleitungen: Umsetzungsstand und Einflussfaktoren. In: Bilz L, Sudeck G, Bucksch J et al (Hrsg) *Sch. Gesundh. Ergeb. WHO-Jugendgesundheits surveys „Health Behav. Sch.-Aged Child, 1. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim, Basel, S 240–266*
- Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB et al (2011) The impact of enhancing students' social

Promotion of mental health literacy in adolescence. School as a setting for health education and imparting skills

Background: Internationally as well as nationally there is a strong call to anchor health promotion in schools, not only but especially in connection with the growing rate of psychological problems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. In recent years the promotion of mental health literacy has received increasing attention as a possible approach.

Objective: What evidence is there for promoting mental health literacy in adolescents in the school setting and how is it practically implemented in Germany?

Method: Literature review, search in databases on programs to promote mental health literacy in a school setting (lower secondary level).

Results: The promotion of mental health literacy appears to be a promising approach, especially when implemented in the school context. Initial programs exist and meta-analyses point to significant effect sizes in the lower and middle range; however, there is a need for further research (e.g. with respect to distal endpoints) and there are difficulties in the practical implementation.

Conclusion: A theory-based and evidence-based implementation has the potential to sensitize schools to this important topic and motivate them to take further steps in health promotion. Consideration of barriers specific to the German school system appears to be decisive for a successful implementation.

Keywords

Psychological resilience · Health promotion · Prevention · Schools · Empowerment

- and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev* 82:405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Fręćjan AM, Graf P, Kirchoff S et al (2021) The long-term effectiveness of interventions addressing mental health literacy and stigma of mental illness in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 66:1604072. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604072>
- Goldberg JM, Sklad M, Elfrink TR et al (2019) Effectiveness of interventions adopting a whole school approach to enhancing social and emotional development: a meta-analysis. *Eur J Psychol Educ* 34:755–782. <https://doi.org/10.1007/s10212-018-0406-9>
- Herlitz L, MacIntyre H, Osborn T, Bonell C (2020) The sustainability of public health interventions in schools: a systematic review. *Implement Sci* 15:4. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0961-8>
- Hurrelmann K (2016) Bildung und Gesundheit im Jugendalter. In: Bilz L, Sudeck G, Bucksch J et al (Hrsg) *Sch. Gesundh. Ergeb. WHO-Jugendgesundheits surveys „Health Behav. Sch.-Aged Child, 1. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim, Basel, S 18–34*
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S et al (2007) Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 20:359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Keum BT, Hill CE, Kivlighan DM, Lu Y (2018) Group- and individual-level self-stigma reductions in promoting psychological help-seeking attitudes among college students in helping skills courses. *J Couns Psychol* 65:661–668. <https://doi.org/10.1037/coo0000283>
- Kutcher S, Wei Y, Coniglio C (2016) Mental health literacy: past, present, and future. *Can J Psychiatry* 61:154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Mansfield R, Patalay P, Humphrey N (2020) A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC Public Health* 20:607. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08734-1>
- Paakkari L, Torppa M, Mazur J et al (2020) A comparative study on adolescents' health literacy in Europe: findings from the HBSC study. *Int J Environ Res Public Health* 17:3543. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103543>
- Patafio B, Miller P, Baldwin R et al (2021) A systematic mapping review of interventions to improve adolescent mental health literacy, attitudes and behaviours. *Early Interv Psychiatry* 15:1470–1501. <https://doi.org/10.1111/eip.13109>
- Prümel-Philippson U, Grossmann B (2021) Von der Krankheitsprävention zur Gesundheitsförderung – Hintergründe, Stand und Perspektiven in Deutschland. In: Tiemann M, Mohokum M (Hrsg) *Prävent. Gesundheitsförderung*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 37–46
- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Devine J et al (2022) Child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic: results of the three-wave longitudinal COPSYP study. *SSRN Electron J*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4024489>
- Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW (2005) Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatr Prax* 32:221–232. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834566>
- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH et al (2012) Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 379:1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Schmidt SJ (2016) Resilience, risk, mental health and well-being: associations and conceptual differences.

Die fünf Gründe des Weinens

Weshalb weinen Menschen aus Freude oder Angst? Psychologinnen und Psychologen der Universitäten Ulm und Sussex haben in mehreren Studien untersucht, warum wir in bestimmten Situationen weinen.

- EurChild Adolesc Psychiatry 25:459–466. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0851-4>
- Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2012) Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule: Beschluss der Kultusministerkonferenz
- Stuckey H, Hivner EA, Kraschnewski JL et al (2021) "I wouldn't even know what to do," adolescent and parent perspectives on identifying, understanding, and seeking help for adolescent depression. *Psychiatr Q*. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09918-7>
- Ungar M, Theron L (2020) Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry* 7:441–448. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30434-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30434-1)
- Walsh DAB, Foster JLH (2021) A call to action. A critical review of mental health related anti-stigma campaigns. *Front Public Health* 8:990. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.569539>
- Weare K, Nind M (2011) Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int* 26(Suppl 1):i29–i69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- Weltgesundheitsorganisation (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz). WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- Wessa M (2019) Hot Topic: Resilienz und Prävention. *Handb. Psychiatr.*, Bd. 2019
- Yap MBH, Reavley N, Jorm AF (2013) Where would young people seek help for mental disorders and what stops them? Findings from an Australian national survey. *J Affect Disord* 147:255–261. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.014>

Der Mensch ist wahrscheinlich das einzige Lebewesen, das in der Lage ist, emotionale Tränen zu vergießen, das heißt aufgrund von Gefühlen zu weinen. Dazu zählen Freudentränen oder Tränen aus Trauer, Angst oder Wut. Neben den untersuchten emotionalen Tränen existieren auch basalen Tränen, die das Auge stets feucht halten und schützen. Die dritte Art sind Reflextränen, die beispielsweise bei Kälte, Wind oder beim Zwiebelschneiden auftreten.

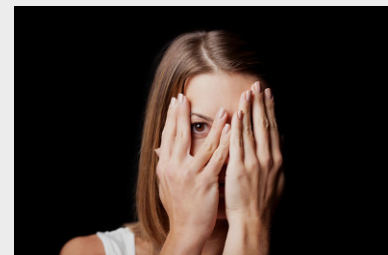
Laut einer neuen Untersuchung von Forschenden der Universität Ulm und der University of Sussex in Brighton, Großbritannien, lassen sich die meisten Episoden, in denen Erwachsene aus emotionalen Gründen weinen, zuverlässig einer von fünf Kategorien zuordnen. Dazu zählen **Einsamkeit, Machtlosigkeit, Überforderung, Harmonie und Medienkonsum.**

Der Einteilung in diese Kategorien liegt die Überlegung zugrunde, dass emotionale Tränen immer dann auftreten, wenn psychologische Grundbedürfnisse entweder verletzt oder sehr intensiv befriedigt werden. „Ähnlich wie bei biologischen Grundbedürfnissen, wie Schlaf oder Essen, geht man davon aus, dass die Frustration oder die Befriedigung dieser psychologischen Faktoren unser subjektives Wohlbefinden beeinflussen“, erklärt Erstautor Michael Barthelmäs in der Abteilung Sozialpsychologie der Universität Ulm.

Als zentrale psychologische Grundbedürfnisse haben sich in der Forschung die Bedürfnisse nach „Nähe“, „Autonomie“ und „Kompetenz“ etabliert. Wie erwartet, zeichnete sich in der Studie „Einsamkeit“ insbesondere durch eine erlebte Frustration des Bedürfnisses nach Nähe aus. Dieser Kategorie wurden beispielsweise Tränen aus Liebeskummer zugeordnet. Tränen der Kategorie „Harmonie“ waren hingegen durch eine intensive Befriedigung des Bedürfnisses nach Nähe gekennzeichnet und traten als Freudentränen bei einer Hochzeitsfeier auf. Ein Beispiel für „Machtlosigkeit“ waren Tränen in Reaktion auf eine Todesnachricht;

Tränen der „Überforderung“ wurden häufig im Arbeitskontext berichtet.

Die Kategorie „Medienkonsum“ weist mehrere Besonderheiten auf: Im Vergleich zu den anderen Kategorien ist die weinende Person dabei nur indirekt betroffen und die Tränen treten „stellvertretend“ auf. Der Auslöser ist ein Erlebnis, das der Hauptfigur eines Buches oder Filmes widerfährt, in die sich die Person hineinversetzt.



© contrastwerkstatt / stock.adobe.com

Die neuen Untersuchungen der Forschenden der Universitäten Ulm und Sussex schließen eine Lücke in der Erforschung von emotionalen Tränen. Die Einteilung bildet einen wichtigen Grundstein in der weiteren Erforschung des Phänomens emotionale Tränen. „Bislang weiß man bislang relativ wenig darüber, welche Rolle emotionale Tränen bei psychischen Erkrankungen spielen. Außerdem fehlen systematische Erkenntnisse darüber, wie Tränen soziale Interaktionen regulieren. Das heißt, welchen Einfluss Tränen zum Beispiel darauf haben, ob ein Mensch einen anderen unterstützt“, so Professor Johannes Keller, Leiter der Abteilung Sozialpsychologie der Universität Ulm. Die Identifikation der fünf häufigsten Gründe des Weinens kann dabei helfen, diese Fragen in Zukunft zu beantworten.

Zur Publikation: Barthelmäs, M., Kesberg, R., Hermann, A. et al. Five reasons to cry—FRC: a taxonomy for common antecedents of emotional crying. *Motiv Emot* (2022) <https://doi.org/10.1007/s11031-022-09938-1>

Quelle: Universität Ulm (www.uni-ulm.de [15.08.2022])