

Wirksamkeit von Anti-Stigma- Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche – Kurzforschung

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Wirksamkeit von Anti-Stigma- Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche – Kurzsrecherche

Ergebnisbericht

Autorin:

Katja Antony

Projektassistenz:

Romana Landauer

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorin und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Mai 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Antony, Katja (2020): Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche – Kurzrecherche. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/31/5114

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt einerseits zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlbefinden“, sowie andererseits zum österreichischen Gesundheitsziel 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ wurde im Jahr 2018 im Zuge der Arbeiten zum österreichischen Gesundheitsziel 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“, ins Leben gerufen und verfolgt u. a. die Zielsetzung, einen Empfehlungskatalog für ein koordiniertes multistратегisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankung zu entwickeln.

Die Adressierung des *direkten Stigmas*, d. h. der Diskriminierung im persönlichen Kontakt mit Menschen (durch Abwertung, Ablehnung und Ausgrenzung) in unterschiedlichen Settings (z. B. Arbeitsplatz, Schule, gesundheitliche und psychosoziale Versorgung, Verwaltung) steht im Jahr 2021 im Fokus der Kompetenzgruppe. Empfehlungen, mittels welcher Maßnahmen direkte Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in Österreich adressiert werden könnten, werden 2021 von der Kompetenzgruppe erarbeitet. Dabei soll unter anderem die Zielgruppe der Kinder- und Jugendliche (mit Fokus auf das Setting Schule) adressiert werden.

Vor diesem Hintergrund beauftragte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einer (Kurz-)Recherche zum Thema Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen in der Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Dieser systematische Überblick soll der Kompetenzgruppe als Informationsbasis bei der Erarbeitung von Empfehlungen hinsichtlich der Adressierung direkten Stigmas in Österreich dienen.

Methode

Die Kurzrecherche setzt im Vergleich zu einer systematischen Übersicht vereinfachte Methoden ein (limitierte Auswahl von Datenbanken, Entfall der Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien), um zu einer Aussage über die Evidenz zur Wirksamkeit einer Maßnahme zu gelangen. Die Schlussfolgerungen sind daher mit entsprechenden Limitationen behaftet. Es wurde eine systematische Literatursuche in der Datenbank Medline via Ovid zuletzt im März 2021 durchgeführt, berücksichtigt wurden Publikationen in deutscher und englischer Sprache, die ab dem Jahr 2010 erschienen sind. Die Literatur wurde anhand festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien selektiert.

Ergebnisse

Es wurde eine systematische Übersichtsarbeit (Mellor (2014)) zur Fragestellung identifiziert, darüber hinaus fanden zehn Studien, die Wirkungen von Anti-Stigma-Maßnahmen u. a. auf einen der Stigmamechanismen: Wissen/Einstellungen, Affekt oder intendiertes Verhalten bzw. Verhalten mit einem Nachbeobachtungszeitraum von zumindest zwei Wochen nach Abschluss der Intervention, untersuchten, Eingang in die narrative (textliche und tabellarische) Zusammenschau.

In der systematischen Übersichtsarbeit von Mellor (2014) wird die Frage, welche Elemente zu einer erfolgreichen (nachhaltig wirksamen) Anti-Stigma-Maßnahme beitragen, nicht abschließend beantwortet, da die berücksichtigten Studien, die signifikante positive Effekte auf Stigma zeigten, keine konsistenten Elemente zeigen. Die Studienautorin schließt, dass nicht abschließend beurteilt werden könne, ob Anti-Stigma-Maßnahmen in Schulen keine nachhaltige Wirksamkeit zeigen, die Konzeption der Maßnahmen nicht zielführend war oder das Studiendesign nicht geeignet war, um einen Effekt nachzuweisen.

Seither sind weitere Studien erschienen, welche die nachhaltige Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen untersuchen: Auch wenn diese Studien weiterhin teils unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Effekte auf die Reduktion von Stigma zeigen, belegt ihre Mehrzahl positive Effekte auf Einstellungen, Affekte (wie Angst), aber auch auf intendiertes Verhalten. Dem (intendierten) Verhalten kommt in der Bewertung der Wirksamkeit besondere Bedeutung zu, da das konkrete Verhalten Stigma wirksam werden lässt. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang ein größerer Cluster-RCT von Chisholm et al. (2016), der die nachhaltige Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen, die aus Edukation oder Edukation und Kontakt bestehen, belegt. Der Effekt auf intendiertes Verhalten zeigt im Nachbetrachtungszeitraum von 14 Tagen keinen Unterschied zwischen den Interventionen. Diese Studie bestätigt damit in einem direkten Vergleich von Maßnahmen und einem robusten Studiendesign (C-RCT) die Ergebnisse von Corrigan et al. (2012), die in einer Metaanalyse zeigten, dass bei Jugendlichen kontaktbasierte Anti-Stigma-Maßnahmen reinen Edukationsmaßnahmen *nicht* überlegen sind. Chisholm et al. (2016) zeigten in ihrer Studie für Jugendliche (im Alter von 11–13 Jahren, $\bar{M} = 12,21$ Jahre $SD \pm 0,58$) weiter, dass in der längerfristigen Nachbetrachtung von sechs Monaten eine reine Edukationsmaßnahme sich als effektiver erweist als jene Maßnahme, in der die Jugendlichen in einer Einheit zusätzlich Kontakt mit einer jungen Person hatten, die Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung hatte, allerdings basiert dieses Ergebnis nur auf Daten von zwei der sechs Schulen.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Aufgrund der Heterogenität der in den Studien untersuchten Interventionen hinsichtlich Konzeption und Dauer der einzelnen Maßnahmen, der spezifischen Zielgruppen und des Kontexts der Interventionen (z. B. inklusive Schulen) sowie der unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse sind keine allgemein gültigen Aussagen zur Wirksamkeit von Anti-Stigma Maßnahmen bei Kindern- und Jugendlichen möglich. Vor dem Hintergrund der berücksichtigten Evidenz ergibt sich daraus die Empfehlung, Anti-Stigma-Maßnahmen bei einer Anwendung im regionalen Kontext weiterhin zu evaluieren.

Schlüsselwörter

Stigma, psychische Erkrankungen, Kinder und Jugendliche, Evaluationen

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen.....	VI
Tabellen	VII
Abkürzungen.....	VIII
1 Einleitung	1
2 Fragestellung.....	4
3 Methodik.....	5
3.1 Literatursuche.....	5
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	5
3.3 Berücksichtigte Literatur	6
4 Ergebnisse: Anti-Stigma-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen	8
4.1 Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche.....	8
4.2 Einzelstudien zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche.....	13
4.2.1 Anti-Stigma-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen allgemein.....	14
4.2.2 Anti-Stigma-Maßnahmen bei spezifischen psychischen Erkrankungen... ..	17
4.2.3 Studien zu Interventionen (Mental-Health-Literacy), die Stigma als sekundären Endpunkt betrachten	19
4.3 Nichtberücksichtigte Einzelstudien zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche	31
5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	33
6 Anhang	38
6.1 Suchstrategie	38
6.2 Studien in der systematischen Übersichtsarbeit von Mellor (2014)	40
7 Literatur	42

Abbildungen

Abbildung 3.1: Literaturselektion.....	7
Abbildung 6.1: Übersicht über die Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien bei Mellor (2014).....	40

Tabellen

Tabelle 2.1: PICO: Anti-Stigma-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen	4
Tabelle 3.1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturselektion.....	6
Tabelle 4.1: Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Maßnahmen in Bezug auf psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	12
Tabelle 4.2: Studien zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen.....	23
Tabelle 4.3 Nichtberücksichtigte Studien.....	31
Tabelle 6.1: Suchstrategie.....	38

Abkürzungen

AQ	Attribution Questionnaire
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CAMI	Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale
CBA	kontrollierte Prä-post-Studie (controlled before-after study)
CCT	kontrollierte klinische Studie (controlled clinical trial)
DSS	Depression Stigma Scale
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICD-10	International Classification of Diseases
IOOV	In Our Own Voice (öffentliches Bildungsprogramm)
LMIC	Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (low and middle income countries)
MA	Metaanalyse
MISF	Mental Illness Stigma Framework
PICO	Population, Intervention, Control, Outcome (Schema)
QED	quasiexperimentelles Design
RCT	randomisierte kontrollierte Studie (randomised controlled trial)
RIBS	Reported and Intended Behaviour Scale
SDS	Social Distance Scale
SR	systematische Übersichtsarbeit (systematic review)

1 Einleitung

Projektauftrag

Die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ wurde im Jahr 2018 im Zuge der Arbeiten zum österreichischen Gesundheitsziel 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“, ins Leben gerufen. Ihre Zielsetzung ist unter anderem, einen Empfehlungskatalog für ein koordiniertes multistратегisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankung (im ICD-10 als Kategorie F, „Psychische und Verhaltensstörungen“, klassifiziert) zu entwickeln.

Als ersten Schritt führte die Gesundheit Österreich GmbH 2019 eine Bestandserhebung der aktuellen Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich durch. Dabei konnten über 200 Aktivitäten gezählt werden, allerdings erfolgte nur in Einzelfällen die Evaluierung der stigmaspezifischen Wirkung.

Im Jahr 2020 erarbeitete die Kompetenzgruppe Empfehlungen zur Reduktion *strukturellen Stigmas*, d. h. institutionalisierter Formen von Ungleichbehandlung, ungleicher bzw. ungerechter Ressourcenverteilung (z. B. durch eine geringe Therapiekostenübernahme oder ein geringes Angebot von Therapieplätzen) und Gesetzgebung (z. B. in Form eines unzureichenden Schutzes vor Diskriminierung, des Fehlens eines Rechtsanspruchs auf Teilzeitkrankenstand und von Beschränkungen im Berufsrecht).

Die Adressierung des *direkten Stigmas*, d. h. der Diskriminierung im persönlichen Kontakt mit Menschen (durch Abwertung, Ablehnung und Ausgrenzung) in unterschiedlichen Settings (z. B. Arbeitsplatz, Schule, Gemeinde, psychosoziale Versorgung, soziale Medien, Familie ...) steht im Jahr 2021 im Fokus der Kompetenzgruppe. Empfehlungen, mittels welcher Maßnahmen direkte Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in Österreich adressiert werden könnte, sollen erarbeitet werden. Anti-Stigma-Maßnahmen können dabei in unterschiedlichen Zielgruppen und/oder in unterschiedlichen Settings ansetzen. Vor dem Hintergrund, dass stigmatisierende Einstellungen sich bereits in jungen Jahren ausbilden und weitverbreitet sind und dass das Stigma psychischer Erkrankungen sich als Barriere für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen auch in dieser Population erweisen kann, stellen Schülerinnen und Schüler eine häufig adressierte Zielgruppe von Anti-Stigma-Maßnahmen dar. (vgl. Mellor 2014)

Vor diesem Hintergrund beauftragte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einer Kurzrecherche zum Thema „Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche“.

Zielsetzung

Zielsetzung der vorliegenden Kurzrecherche ist, einen **Überblick über die per systematische Literatursuche in Literaturdatenbanken identifizierte wissenschaftliche Literatur zur Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen, die psychische Erkrankungen adressieren und in der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen eingesetzt wurden**, zu geben. Dieser systematische Überblick soll der Kompetenzgruppe als Informationsbasis bei der Erarbeitung von Empfehlungen hinsichtlich der Adressierung direkten Stigmas in Österreich dienen.

Die Kurzrecherche setzt im Vergleich zu einer systematischen Übersicht vereinfachte Methoden ein, um zu einer Aussage über die Evidenz zur Wirksamkeit einer Maßnahme zu gelangen.

Nichtziel der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Kurzforschung zielt nicht auf die umfassende Aufbereitung aller verfügbaren Evidenz zur Fragestellung im Sinne eines systematischen Reviews ab.

Stigma psychischer Erkrankungen

Entsprechend der Vielzahl der wissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit Stigma (psychischer Erkrankungen) beschäftigen, und der **Vielzahl der Konzepte** bzw. Konstrukte von Stigma gibt es dafür **keine einheitliche wissenschaftliche Begriffsbestimmung**. Überdies wird der Begriff Stigma in der Literatur zum einen für die Einstellungen, die zu Stigmatisierung führen, zum anderen für die Wirkungen der Stigmatisierung verwendet (vgl. Fox et al. 2018). Link/Phelan (2001) stellen fest, dass eine Vielzahl von Publikationen zu Stigma keine Definition des Begriffs oder des dahinterstehenden Konzepts anführen, sondern auf Wortdefinitionen oder einzelne mit Stigma assoziierte Aspekte (wie z. B. soziale Distanz) verweisen. Sie führen die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen neben der obengenannten Vielfalt wissenschaftlicher Disziplinen, die sich mit Stigma befassen, auch auf die Breite der Umstände zurück, auf die das Stigmakonzept angewandt wird (vgl. Link/Phelan 2001).

Eine gängige **Begriffsbeschreibung** von Stigma geht auf Link/Phelan (2001) zurück, die den Begriff wie folgt konzeptualisieren: „[...] *stigma exists when elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination occur together in a power situation that allows them*“ (Link/Phelan 2001, S. 377). Dabei werden die Komponenten, die zu Stigma führen, in dem soziologischen Modell des Autors und der Autorin ausführlich erläutert, wobei festgehalten wird, dass erst eine Kombination aller Komponenten zu einer Stigmatisierung einer Person(engruppe) führt.

Stigmatisierung (als Prozess) wurde in den Arbeiten für die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung in Anlehnung an Finzen (2017) wie folgt umschrieben: „*Stigmatisierung ist ein gesellschaftliches Phänomen, das überall dort auftritt, wo Menschen aufgrund von bestimmten Merkmalen als minderwertig betrachtet, unter Druck gesetzt, in ihrer Identität beschädigt, diskriminiert oder gar aus einer Gesellschaft ausgeschlossen werden.*“ (BMASGK/GÖG 2018)

Auf individueller Ebene beschreibt das Drei-Komponenten-Modell, welches aus der Sozialpsychologie stammt, welche Komponenten zu Stigmatisierung beitragen. Es umfasst

- » eine kognitive Komponente (Stereotype) in Form von Meinungen über Personen(gruppen),
- » eine affektive Komponente (Vorurteile), bei der negative Gefühle zum Tragen kommen, und
- » eine Verhaltenskomponente (Diskriminierung).

Freimüller/Wölwer (2012) unterscheiden in Anlehnung an das Gewaltdreieck Johan Galtungs **vier Ebenen der Stigmatisierung**:

- » *direkte Stigmatisierung*: Diskriminierung im persönlichen Kontakt mit Menschen (durch Abwertung, Ablehnung und Ausgrenzung) in unterschiedlichen Settings (z. B. Arbeitsplatz, Schule, Gemeinde, psychosoziale Versorgung, soziale Medien, Familie ...)
- » *kulturelle Stigmatisierung*: Reproduktion negativer Stereotype (in Sprachgebrauch und Mediendarstellungen)
- » *strukturelle Stigmatisierung*: institutionalisierte Formen von Ungleichbehandlung, basierend auf ungleicher bzw. ungerechter Ressourcenverteilung (z. B. durch geringe Therapiekostenübernahme oder ein geringes Angebot von Therapieplätzen) und Gesetzgebung (z. B. durch

einen unzureichenden Schutz vor Diskriminierung, das Fehlen eines Rechtsanspruchs auf Teilzeitkrankenstand, Beschränkungen im Berufsrecht).

- » *Selbststigmatisierung*: Die bereits zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung im Rahmen der Sozialisation verinnerlichteten kulturellen Stereotype und negativen Vorurteile werden oftmals gegen die eigene Person gerichtet.

Direkte und kulturelle Stigmatisierung werden gemeinsam auch als **öffentliches Stigma** (public stigma) bezeichnet.

2 Fragestellung

Die Fragestellung der vorliegenden Kurzrecherche lautet:

- » Wie ist die Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen in der Zielgruppe Kinder und Jugendliche zu beurteilen?

Die Fragestellung kann nach dem PICO-Schema entlang der Komponenten Population/Zielgruppe, Intervention, Kontrollgruppe und Endpunkt/Outcome wie folgt präzisiert werden:

Tabelle 2.1:

PICO: Anti-Stigma-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

Population	Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre
Intervention	Intervention, die als primäre Zielsetzung oder als eine von mehreren Zielsetzungen die Reduktion von Stigma psychischer Erkrankungen in der Zielgruppe Kinder und Jugendliche verfolgt
Control	keine Intervention eine andere (der obengenannten) Intervention(en) – z. B. edukationsbasierte Anti-Stigma-Maßnahmen vs. kontaktbasierte Anti-Stigma-Maßnahmen (keine Kontrolle)
Outcome	Stigma gemessen über: » Wissensebene: Wissen über psychische Erkrankungen und Einstellungen/Meinungen gegenüber (Menschen mit) psychischen Erkrankungen » Einstellungsebene: Affekt gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen » Verhaltensebene: Verhaltensabsichten bzw. Verhalten gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen

Quelle und Darstellung: GÖG

In Bezug auf das **Studiendesign** wurde festgelegt, dass in einem ersten Schritt systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen sowie Interventions- und Beobachtungsstudien (inkl. Evaluationen) berücksichtigt werden und dass je nach Verfügbarkeit von Literatur in der Folge entsprechend dem Studiendesign Einschränkungen der aufzubereitenden Literatur vorgenommen werden.

3 Methodik

Beim vorliegenden Bericht handelt sich um eine **Kurzrecherche, die Evidenz bedarfsgerecht aufarbeitet**. Die methodischen Voraussetzungen einer umfassenden systematischen Übersichtsarbeit werden in der vorliegenden Arbeit nicht erfüllt (Nicht-Ziel).

Es erfolgte eine (eingeschränkte) systematische Literatursuche (limitierte Auswahl von Datenbanken) und -selektion, jedoch unterblieb aufgrund der Fülle der verfügbaren Literatur eine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Arbeiten.

Die Schlussfolgerungen sind daher mit entsprechenden Limitationen behaftet.

3.1 Literatursuche

Der **Suchzeitraum** erstreckte sich auf Studien (systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen sowie solche innerhalb des Spektrums des breitgefassten Begriffs der Evaluationen), die in den vergangenen zehn Jahren publiziert worden waren. Dazu wurde eine systematische Literatursuche in der Datenbank Medline via Ovid mittels der im Anhang (vgl. Tabelle 6.1) angeführten Suchstrategie am 20. 10. 2020 durchgeführt und am 3. 3. 2021 aktualisiert, wofür je eine Schlagwortgruppe mit Begriffen zu „psychische Erkrankungen / psychische Gesundheit“ und eine weitere mit Begriffen zum Thema „Anti-Stigma“ gebildet wurde, die beide mit „AND“ verknüpft wurden. Es wurden zwei Filter für Studientypen, einer für „systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen“ sowie ein weiterer für „Evaluationen“ verwendet. In der Literatursuche wurden deutsch- und englischsprachige Publikationen berücksichtigt. Insgesamt wurden 137 Treffer mittels des erstgenannten Filters und 487 Treffer in der Kategorie „Evaluationen“ identifiziert.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Zur Identifikation relevanter Publikationen wurden vorab Selektionskriterien definiert (vgl. Tabelle 3.1).

Entsprechend der Fragestellung wurden in einem ersten Schritt Publikationen zu **allen Maßnahmen/ Interventionen** berücksichtigt, die den **Fokus auf die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen** richten. Publikationen, die nicht über Maßnahmen/Interventionen berichteten wurden ausgeschlossen (z. B. Studien zum Vorhandensein von Stigma in der Gesellschaft und Teilgruppen dieser bzw. dem Erleben von Stigma psychischer Erkrankungen). Ebenso wurden Studien ausgeschlossen, die über Entstigmatisierung anderer Erkrankungen berichten (z. B. HIV, Lepra) und die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen nur als einen von mehreren Schwerpunkten betrachten.

Berücksichtigt wurden Publikationen in deutscher und englischer Sprache, die ab dem Jahr 2010 erschienen sind. Aufgrund der Fragestellung nach der Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen wurde auf wirkungsorientierte Untersuchungen fokussiert (Forschungsstudien, Evaluationen oder Übersichtsarbeiten zu solchen Studien); andere Studiendesigns (narrative Reviews, Konzept- oder Prozessevaluationen etc.) wurden ausgeschlossen. Des Weiteren wurden auch Studien exkludiert,

die sich ausschließlich mit Anti-Stigma-Maßnahmen entweder in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (low and middle income countries, LMIC) oder mit spezifischem kulturellem Bezug beschäftigen.

Tabelle 3.1:
Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturselektion

Ausschlusskriterien	
formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien, die vor 2010 publiziert wurden
thematische Ausschlusskriterien	
A4	andere Fragestellung
A5	andere Erkrankungen/Indikationen (z. B. Stigma bei anderen Erkrankungen)
A5a	kein Fokus auf Stigma bei psychischen Erkrankungen
A6	andere Intervention (z. B. Therapie psychischer Erkrankungen, Beratung, zielgruppenspezifische Angebote)
A7	andere stigmaspezifische Fragestellung (z. B. Untersuchungen zu Erfahrungen/Erleben von Stigma)
A14	andere Zielgruppe (nicht Kinder und Jugendliche)
Publikationstyp/Studiendesign	
A8	nicht passendes Studiendesign (z. B. narrative Reviews, Fallberichte)
A9	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“)
A10	Primärstudien, die in einer eingeschlossenen Sekundärstudie (systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, HTAs) zur selben Fragestellung und Intervention bereits berücksichtigt werden und ausreichend beschrieben sind
A11	Konzept- oder Prozessevaluationen
A12	Studien mit spezifischem Länderbezug (z. B. Ostasien, LMIC ...)
A13	Studien mit Fokus auf intrapersonelles Stigma
Einschlusskriterien	
thematische Einschlusskriterien	
E5	Fokus auf Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen – Bewusstseinsbildung
E6	Fokus auf Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen – Schutz vor Diskriminierung; Chancengerechtigkeit, Inklusion
methodische Einschlusskriterien (wenn thematische Kriterien erfüllt)	
E7	systematische Übersichtsarbeiten / Metaanalysen / HTA
E8	Ergebnis-/Wirkungsevaluationen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.3 Berücksichtigte Literatur

Die systematische Literaturrecherche wurde am 20. 10. 2020 durchgeführt und erzielte in Summe 550 Treffer (deduplizierte Treffer ab 2010), über ein Update der Literatursuche am 3. 3. 2021 konnten weitere 74 Treffer identifiziert werden.

137 Treffer sind dem Studientyp systematischer Review bzw. Metaanalyse zuzuordnen, 487 Treffer sind den Evaluationen zuzurechnen. Die Literaturzitate (Titel und Abstract) wurden in einem ersten Schritt entsprechend den obengenannten Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. Tabelle 3.1) geprüft und die potenziell relevanten Artikel im Volltext angefordert. Zusätzlich wurden per Überprüfung von Referenzlisten bzw. Internetsuche (Google Scholar: stigma, mental health, adolescents) 19 potenziell relevante Artikel identifiziert und im Volltext angefordert.

Im Rahmen der Studienelektion wurde nur eine systematische Übersichtsarbeit zu Anti-Stigma-Maßnahmen mit Bezug auf psychische Erkrankungen in der Zielgruppe Kinder und Jugendliche identifiziert, und zwar jene von Mellor (2014). Andere Übersichtsarbeiten schlossen auch junge

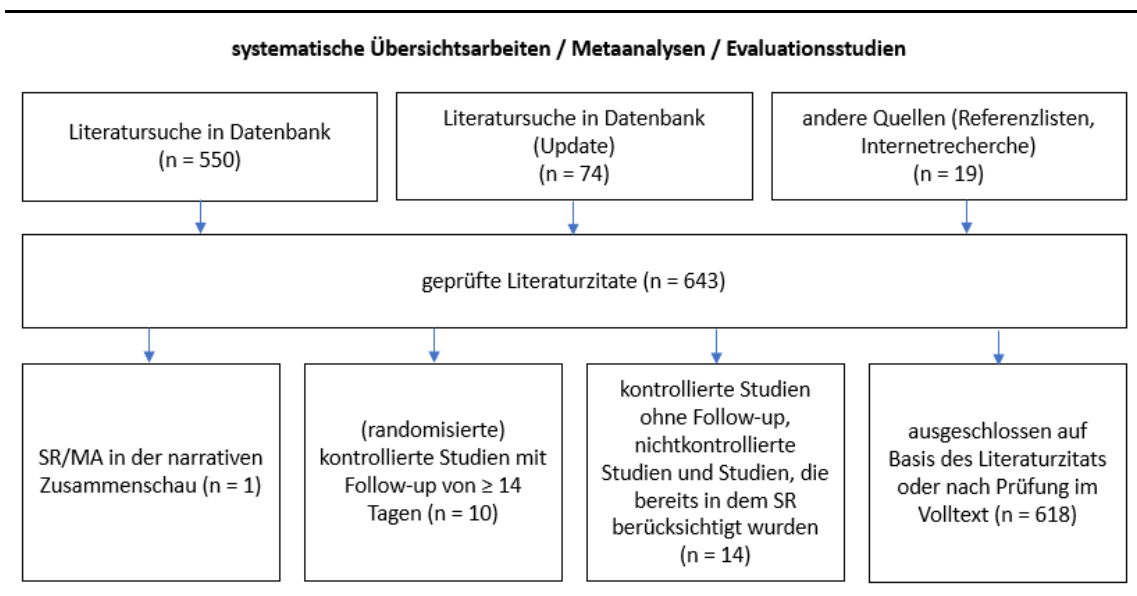
Erwachsenen (v. a. Studierende) ein, diese Arbeiten wurden nicht berücksichtigt, jedoch wurden die Referenzlisten dieser Arbeiten hinsichtlich relevanter Publikationen für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche geprüft.

Zusätzlich konnten 24 Studien unterschiedlichen Studiendesigns zu den Wirkungen von Anti-Stigma-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen identifiziert werden. Zwei Studien (Economou et al. 2012; Pinto-Foltz et al. 2011) wurden bereits in der systematischen Übersichtsarbeit von Mellor (2014) berücksichtigt und werden hier nicht gesondert dargestellt. Von den verbleibenden 22 Publikationen untersuchten zwölf Studien die Wirkung ausschließlich direkt im Anschluss an die Intervention bzw. in den darauffolgenden Tagen. Diese Studien wurden nur tabellarisch (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) erfasst.

Zehn Studien erhoben die Wirkungen u. a. auf einen der Stigmamechanismen: Wissen/Einstellungen, Affekt oder intendiertes Verhalten bzw. Verhalten mit einem Nachbeobachtungszeitraum von zumindest zwei Wochen nach Abschluss der Intervention, diese Studien fanden neben der systematischen Übersichtsarbeit von Mellor (2014) Eingang in die narrative Zusammenschau.

Die Studien wurden nicht hinsichtlich der internen (Biasrisiko) und der externen Validität (Anwendbarkeit von Studienergebnissen auf Patientinnen/Patienten außerhalb der Studienpopulation) Qualitätsbewertet. Die eingeschlossenen Publikationen werden tabellarisch hinsichtlich wesentlicher Parameter dargestellt, relevante Inhalte der identifizierten Literatur werden textlich knapp zusammengefasst.

Abbildung 3.1:
Literatureselektion



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

4 Ergebnisse: Anti-Stigma-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

Zunächst wird in Kapitel 4.1 die systematische Übersichtsarbeit von Mellor (2014) zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen beschrieben, bevor in Kapitel 4.2 ein Überblick über kontrollierte Einzelstudien zur Thematik mit einem Nachbetrachtungszeitraum von zumindest zwei Wochen gegeben wird. Arbeiten, die in der vorliegenden Kurzrecherche aufgrund des Studiendesigns nicht weiter berücksichtigt wurden, werden in Kapitel 4.3 tabellarisch dargestellt.

4.1 Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche

Es konnte nur eine systematische Übersichtsarbeit [SR; Mellor (2014)] im Rahmen der Literatursuche identifiziert werden, die sich mit Interventionen zur Reduktion von Stigma psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen auseinandersetzt. Ein weiterer aktueller Review (Flanigan/Climie 2020), der auf Maßnahmen zur Reduktion von Stigma von Schizophrenie fokussiert, wurde von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen, da zum einen in der Publikation unklar bleibt, inwiefern eine systematische Methodik angewandt wurde, und zum anderen drei der vier kontrollierten Studien, die im Review berücksichtigt wurden, auch in den Review von Mellor (2014) eingeschlossen wurden.

Mellor (2014) geht in ihrem SR – vor dem Hintergrund der Identifikation konsistenter Elemente innerhalb erfolgreicher Programme – der Frage der **Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion des Stigmas psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen im schulischen Setting** nach, wobei die Publikation auf die Evidenz für die Wirksamkeit (positive Effekte) der Maßnahmen fokussiert. Im Rahmen der systematischen Literatursuche (für den Zeitraum 1990 bis Juni 2013) konnte die Studienautorin in Summe 17 relevante Publikationen mit entsprechendem Studiendesign identifizieren: einen RCT, fünf Cluster-RCT, vier nichtrandomisierte kontrollierte Studien (NRT) und sechs kontrollierte Prä-post-Studien (CBA) sowie eine weitere (nichtrandomisierte kontrollierte oder Prä-post-)Studie. Es finden sich keine Angaben, ob die Suche auf bestimmte Länder/Regionen eingeschränkt wurde. Berücksichtigt wurden Studien, wenn sie einen der folgenden Ergebnisparameter untersuchten: Wissen/Überzeugung und Einstellungen in Bezug auf psychische Erkrankungen, Verhaltensabsichten, stigmatisierendes Verhalten oder Affekt. Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Beratungsangeboten (Hilfesuche) wurde bei Mellor (2014) nicht berücksichtigt, da dies nach Meinung der Studienautorin nicht direkt mit stigmatisierenden Einstellungen/Verhaltensweisen assoziiert ist. Hingegen wurde von der Studienautorin der Wissensstand inkludiert, da viele der hier eingesetzten Messinstrumente auch Aussagen zu Überzeugungen und Einstellungen enthalten. Validität und Reliabilität der eingesetzten Messinstrumente waren hingegen keine Einschlusskriterien, wurden jedoch in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt.

Entsprechend der Fragestellung des Reviews, welche Evidenz vorhanden ist, die die Wirksamkeit (positive Effekte in der Reduktion von Stigma) der Anti-Stigma-Maßnahmen belegt, wurde im Review in einem ersten Schritt auf jene Maßnahmen fokussiert, die längerfristige positive Effekte der jeweiligen untersuchten Maßnahme belegen und die Qualität und das Verzerrungsrisiko (Biasrisiko) dieser Studien geprüft. In einem zweiten Schritt wurde die Studienqualität jener Interventionen, die zumindest kurzfristig positive Effekte auf die Reduktion von Stigma erzielen konnten, betrachtet. Ergebnisse von Studien, die eigens entwickelte Messinstrumente mit niedriger Reliabilität verwendeten, wurden von der Betrachtung ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund sollten wirksame

Elemente der Interventionen, die relevanten Untersuchungen zugrunde liegen, identifiziert werden.

Von den 17 Studien untersuchten neun eine reine Edukationsmaßnahme, in acht Studien wurden Maßnahmen untersucht, die auch einen direkten oder indirekten Kontakt zu einer von einer psychischen Krankheit betroffenen Person einschlossen. Fünfzehn Studien untersuchten Maßnahmen bei Schülerinnen/Schülern der Sekundarstufe, zwei bei Schülerinnen/Schülern der Primarstufe¹. Die Interventionsdauer reichte von einmaligen Interventionen im Ausmaß von 30 bis 120 Minuten bis zu mehreren Einheiten über einen Zeitraum von bis zu vier Monaten. Der Fokus der Interventionen lag in elf Studien auf psychischen Erkrankungen allgemein, in dreien auf Schizophrenie und in weiteren dreien auf Depression. Fünf Studien untersuchten die Wirkung bereits etablierter Interventionen. Die Anzahl der Studienteilnehmer/-innen lag zwischen 40 und 616 Personen, und der (Nach-)Beobachtungszeitraum erstreckte sich von einem Zeitpunkt direkt nach der Intervention bis zu einem Jahr danach.

Insgesamt wurden in den Studien (mit Bezug zur Fragestellung) 31 verschiedene Messinstrumente verwendet, die unterschiedlichen Komponenten von Stigma zugeordnet werden konnten, und zwar den Einstellungen, den Verhaltensabsichten und in einer Studie einem Affektmaß. Auch wurde in mehreren Studien der Wissenszuwachs gemessen. Das tatsächliche Verhalten wurde hingegen in keiner Studie gemessen. Mit Ausnahme des Impliziten Assoziationstests (IAT), bei dem die Teilnehmenden Wörter so schnell wie möglich kategorisieren, wurden Fragebögen mit Selbstangaben (dichotome Zustimmung oder Likert-Skalen) zur Ergebnismessung eingesetzt. Bei 14 der Instrumente wurde die Reliabilität als gut angegeben, 13 Instrumente wurden für die jeweilige Intervention oder Studie entwickelt; sieben davon wurden pilotiert und/oder wiesen eine ausreichende interne Konsistenz auf, die anderen sechs (allesamt Wissensmessungen) wiesen eine schlechte (oder nicht getestete) Reliabilität auf, was auch Zweifel an ihrer Validität und damit an den Ergebnissen aufkommen lässt. Diese Messergebnisse wurden im SR daher nicht weiter berücksichtigt. (vgl. Mellor 2014)

Auch hinsichtlich der Studienqualität unterscheiden sich die eingeschlossenen Untersuchungen, wobei die Studienautorin keine zusammenfassende Einstufung der Studienqualität vornimmt, sondern die einzelnen Verzerrungsrisiken nach der Checkliste der Cochrane-EPOC-Gruppe (Randomisierung, Ergebnisparameter zu Baseline, Vergleich von Standortprofilen, Schutz vor Kontaminierung, Maskierung, Vollständigkeit der Ergebnisdaten und Ergebnisberichterstattung) bewertet. Darüber hinaus wurden die Reliabilität und die Validität der verwendeten Instrumente, wie in den Studienberichten dokumentiert, festgehalten. (vgl. Mellor 2014)

Mellor (2014) hält fest, dass, auch wenn in der Literatur häufig auf die vorhandene Evidenz für die Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen im schulischen Setting verwiesen wird, der systematische Review der vorliegenden Evidenz diese Aussage nicht stützt.

Studien, die signifikante Effekte unmittelbar nach Abschluss einer Intervention berichten, welche über selbstberichtete Veränderung in Fragebögen erhoben werden, sind nach Mellor (2014) nicht als ausreichende Evidenzbasis zur breiten Etablierung von Anti-Stigma-Maßnahmen geeignet. Hierzu bedarf es längerer Nachbeobachtungszeiträume. Sieben Studien (zwei Cluster-RCT, zwei

¹ Der Begriff Primarstufe bezieht sich im österreichischen Bildungssystem auf die 1.-4. Schulstufe und umfasst zumeist Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren. Die Sekundarstufe wird in Sekundarstufe I und II unterschieden, wobei die Sekundarstufe I das 5. – 8. Schuljahr umfasst, die Sekundarstufe II das 9. –13. Schuljahr abdeckt. Im Bericht von Mellor (2014) befassen sich zwei Studien mit Schüler/innen der Primarstufe, wobei hier Schüler/innen bis zur 6. Schulstufe erfasst werden, Sekundarstufe bezeichnet in dieser Publikation Schulen ab der 7. Schulstufe.

nichtrandomisierte kontrollierte Studien und drei kontrollierte Prä-post-Studien) konnten in der längerfristigen Betrachtung signifikante positive Effekte auf zumindest einzelne Komponenten von Stigma zeigen, wobei die Studienqualität durch das Risiko für Selektions- und Attrition-Bias in nahezu allen Studien limitiert war. Ein gut bewerteter Cluster-RCT von Economou et al. (2012) aus Griechenland zeigt bei Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe (n = 616, Ø 13,8 Jahre) für eine interaktive Bildungsmaßnahme (Erkrankung: Schizophrenie, 2 Stunden, externe Fachleute) in der kurzfristigen Nachbetrachtung sowohl signifikant positive Effekte hinsichtlich der Überzeugungen/Einstellungen (ausgewählte Fragen des Alberta Pilot Site Questionnaire), als auch bei der sozialen Distanz. (vgl. Economou et al. 2012) In der Nachuntersuchung 12 Monate nach Abschluss der Intervention zeigen sich signifikant positive Effekte bei acht von zehn Items auf ihrem Fragebogen zu Überzeugungen/Einstellungen (ausgewählte Fragen des Alberta Pilot Site Questionnaire), jedoch keine signifikanten Effekte hinsichtlich der Verringerung der sozialen Distanz. (vgl. Mellor 2014)

Ein weiterer Cluster-RCT (Chan et al. 2009) zeigt bei Schülerinnen und Schülern (n = 390, Ø 14,6 Jahre) in Hongkong laut der Studienautorin im Nachbeobachtungszeitraum (ein Monat nach der Intervention) eine signifikante positive Veränderung des Wissens und der sozialen Distanz, aber nicht des „Stigmas“ (gemessen über „Public Stigma Scale“). Hier wurden drei Interventionen zum Thema Schizophrenie verglichen: (1) indirekter Kontakt und Schulung (n = 73) in dieser Reihenfolge, (2) Schulung und danach indirekter Kontakt (n = 94) und (3) nur Schulung (n = 88). 35 Prozent der Daten wurden (wegen Nichtvorhandenseins von Messwerten oder Rücksendung unvollständiger Messwerte) in dieser Studie nicht berücksichtigt, wobei unklar bleibt, auf welche Gruppe(n) diese fehlenden Daten zurückzuführen sind.

Der dritte Cluster-RCT (Pinto-Foltz et al. 2011) konnte im Nachbeobachtungszeitraum keine Wirkungen der Intervention „In Our Own Voice“ (ein- bis eineinhalbstündige Intervention, bestehend aus Aufklärung und Kontakt) bei Schülerinnen und Schülern (n = 156, Ø 15 Jahre) gegenüber keiner Intervention erfassen. Zur Messung der Wirkungen (eine, vier und acht Wochen nach der Intervention) wurden der „Revised Attribution Questionnaire“ und das „In Our Own Voice‘ Knowledge Measure“ eingesetzt.

Zwei bzw. drei von vier bzw. fünf nichtrandomisierten Studien [Ventieri et al. (2011), Wahl et al. (2011), Robinson et al. (2010), Naylor et al. (2009) und Conrad et al. (2009)] messen die Wirkung im Nachbeobachtungszeitraum: Zwei zeigen positive Effekte (Ventieri et al. (2011), Wahl et al. (2011)), eine Studie [Conrad et al. (2009)], deren Studiendesign unklar bleibt, zeigt keine signifikanten Effekt auf Stigma. Bei den kontrollierten Prä-post-Studien messen fünf von sechs Studien einen Ergebnisparameter zu Stigma im Nachbetrachtungszeitraum [O’Kearney (2006), O’Kearney et al. (2009), Schulze et al (2003), Ng & Chan (2002) und Esters et al. (1998)]: zwei zeigen keinerlei positive Effekte [O’Kearney (2006) und O’Kearney et al. (2009)], zwei zeigen positive Effekte auf ausgewählte Ergebnisparameter [Schulze et al. (2003) und Ng & Chan (2002)], und eine Studie [Esters et al. (1998)], welche einen positiven Effekt zeigt, misst nur einen Ergebnisparameter.

Eine detaillierte Übersicht über die in die systematische Übersichtsarbeit von Mellor (2014) eingeschlossenen Studien und Interventionen findet sich im Anhang (vgl. Abbildung 6.1 und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Mellor (2014) hält fest, dass die Frage, welche Elemente zu einer erfolgreichen Anti-Stigma-Maßnahme beitragen, anhand der identifizierten Studien nicht beantwortet werden könne, da es in jenen Studien, die signifikante positive Effekte auf „Stigma“ zeigen, keine konsistenten Elemente (z. B. hinsichtlich der konkreten Inhalte, Gestaltung, Dauer) gebe.

Die Studienautorin schließt, dass aufgrund der identifizierten Studien nicht abschließend beurteilt werden könne, ob Anti-Stigma-Maßnahmen in Schulen nicht wirksam seien, die Konzeption der Maßnahmen nicht zielführend oder das Studiendesign nicht geeignet gewesen sei, um einen Effekt nachzuweisen.

Abschließend rät Mellor (2014) zur Vorsicht, in Ermangelung klarer Evidenz von ähnlichen Studien bei Erwachsenen auf Kinder und Jugendliche zu extrapolieren: Zum einen habe das Programm „In Our Own Voice“ positive Ergebnisse bei Erwachsenen gezeigt, aber „enttäuschende“ Ergebnisse bei Jugendlichen. Aber auch eine Metaanalyse von Corrigan et al. (2012) zeige, dass kontaktbasierte Anti-Stigma-Maßnahmen bei Erwachsenen reinen Bildungsmaßnahmen überlegen gewesen seien, bei Jugendlichen sich diese Überlegenheit von Kontakt in Anti-Stigma-Maßnahmen aber nicht gezeigt habe.

Nach Meinung der Studienautorin sei es zwar verlockend, zu glauben, dass schulbasierte Interventionen die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen verringern würden, jedoch zeige ihre systematische Übersichtsarbeit, dass zum Zeitpunkt der Studiererstellung keine überzeugende Evidenz vorliege, welche diese Schlussfolgerung stützen würde (vgl. Mellor 2014).

Tabelle 4.1:

Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Maßnahmen in Bezug auf psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Publi- kation (Jahr)	Stu- dien- typ	berücksichtigte Studiendesigns	Zielgruppe	Re- gion	Thema/ Erkran- kung	Interven- tionen/ Maßnahmen	Ergebnisparameter	Ergebnisse
Mellor (2014)	SR	RCT, Cluster-RCT, nichtrandomisierte kontrollierte Studien, Prä-post-Studien	Schüler/-innen der Sekundar- sowie Primarstufe	k. A.	psychische Erkrankung	Interventionen im Setting Schule	Wissen/Überzeugung und Einstellungen bezüglich psychischer Erkrankungen, Verhaltensabsichten, stigmatisierendes Verhalten oder Affekt gemessen über unterschiedliche Skalen: mehrfach verwendet: OMI und DSS. Andere Skalen wurden nur je einmal verwendet: z. B. CAMI, PANAS, IOOV, SDS, IAT, Knowledge-Test	unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Wirkungen auf Stigma in einem Nachbetrachtungszeitraum: Sieben Studien (zwei Cluster-RCT, zwei nichtrandomisierte kontrollierte Studien und drei kontrollierte Prä-post-Studien) konnten in der längerfristigen Betrachtung signifikante positive Effekte auf zumindest einzelne Komponenten von Stigma zeigen, wobei die Studienqualität durch das Risiko für Selektions- und Attrition-Bias in nahezu allen Studien limitiert war. Die Frage, welche Elemente zu einer erfolgreichen Anti-Stigma-Maßnahme beitragen, kann nicht beantwortet werden, da es in den identifizierten Studien, die signifikante positive Effekte auf „Stigma“ zeigten, keine konsistenten Elemente gab.

CAMI = Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale
 IAT = Implicit Attitudes Test
 IOOV = IOOV Attitudes and Knowledge
 k. A. = keine Angabe
 OMI = (Modified) Opinions about Mental Illness
 PANAS-X = Positive and Negative Affect Scale
 SDS = Social Distance Scale

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

4.2 Einzelstudien zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche

Insgesamt wurden auf Basis der systematischen Literatursuche fünf (Cluster-)RCT und fünf kontrollierte Studien zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen identifiziert, die Wirkungen auf Komponenten von Stigma in einem Nachbetrachtungszeitraum von zumindest zwei Wochen untersuchen.

Drei Studien (Chisholm et al. 2016; Giannakopoulos et al. 2012; Gonçalves et al. 2015) untersuchen Anti-Stigma-Maßnahmen, die auf Stigma psychischer Erkrankungen generell zielen, vier Studien (Campbell et al. 2011; Chung et al. 2019; Economou et al. 2014; Ranson/Byrne 2014; Staniland/Byrne 2013) befassen sich mit Anti-Stigma-Maßnahmen bzw. Maßnahmen zur psychischen Gesundheitskompetenz bei spezifischen psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, höherfunktionaler Autismus und Psychosen) und betrachten Komponenten von Stigma als primären Ergebnisparameter, drei Studien (Perry et al. 2014; Skre et al. 2013; Swartz et al. 2017) untersuchen Maßnahmen zur psychischen Gesundheitskompetenz, die Stigma als sekundären Endpunkt betrachten.

Neun Interventionen untersuchen die Wirkungen von Anti-Stigma-Maßnahmen im Vergleich zu keiner Intervention (inkl. Wartelistenkontrollgruppe) bzw. zu einer Intervention zu einem anderen gesundheitsrelevanten Thema (z. B. Impfen oder normalem Fachunterricht mit Gesundheitsbezug). Nur die Studie von Chisholm et al. (2016) geht der Frage nach, ob sich eine reine Edukationsmaßnahme oder eine Edukationsmaßnahme plus direktem Kontakt als wirksamer hinsichtlich der Reduktion von Stigma psychischer Erkrankungen erweist. Insgesamt drei Studien (Campbell et al. 2011; Ranson/Byrne 2014; Staniland/Byrne 2013) untersuchen Maßnahmen, die Edukation mit direktem oder indirektem Kontakt kombinieren, eine Studie (Gonçalves et al. 2015) befasst sich mit der Wirksamkeit eines indirekten Kontakts (Video), während fünf Studien reine Bildungsmaßnahmen, darunter die drei Interventionen zur psychischen Gesundheitskompetenz (Perry et al. 2014; Skre et al. 2013; Swartz et al. 2017), sowie zwei weitere Studien Untersuchungen von Anti-Stigma-Maßnahmen (Economou et al. 2014; Giannakopoulos et al. 2012) betrachten.

Mit Ausnahme der Studie von Giannakopoulos et al. (2012), welche die Wirkungen einer Anti-Stigma-Maßnahme in einer öffentlichen höheren Schule (Alter 16-18 Jahre) beleuchtet, untersuchten alle Studien Maßnahmen bei Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe. Die Interventionsdauer reichte von kurzen Interventionen (einem einstündigen Workshop oder einem zehnminütigen Video mit anschließender Diskussion) bis zu mehreren Einheiten über einen Zeitraum von bis zu acht Wochen oder mehrtätigen Workshops, wobei vor allem die Interventionen zur psychischen Gesundheitskompetenz eine längere Interventionsdauer umschlossen. Sechs Untersuchungen wurden im europäischen Ausland (UK, Griechenland, Portugal und Norwegen) durchgeführt, drei Untersuchungen in Australien, und eine Studie stammt aus den USA.

Die Anzahl der Studienteilnehmer/-innen lag zwischen 92 und 6.679 Personen, der (Nach-)Beobachtungszeitraum betrug in einem Fall ausschließlich 14 Tage nach der Intervention, zwei Studien betrachteten die Effekte einen bzw. zwei Monate nach der Intervention, bei der Mehrzahl der

Studien wurden die Effekte zwischen zehn Wochen und sechs Monaten nach der Intervention (zumindest für Teilgruppen) betrachtet.

In den Studien wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Messinstrumente verwendet, die Stigma über Einstellungen und Affekt sowie Verhaltensabsichten erfassen. In einer Vielzahl von Studien, vor allem in solchen zur psychischen Gesundheitskompetenz wurde darüber hinaus auch der Wissenszuwachs gemessen. Das tatsächliche Verhalten wurde hingegen in keiner Studie gemessen. Eine Studie (Skre et al. 2013) setzte ausschließlich ein selbstkonstruiertes Messinstrument ein, die anderen Studien griffen auch auf Messinstrumente, die in der Literatur bereits beschrieben und validiert waren, zurück. Bis auf eine Studie setzten alle für die Wirkungsmessung auch validierte Messinstrumente ein.

Von einer Bewertung der Studienqualität wurde aus Ressourcengründen im Rahmen der Kurzrecherche abgesehen.

4.2.1 Anti-Stigma-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen allgemein

Die Untersuchung von **Chisholm et al. (2016)** geht vor dem Hintergrund widersprüchlicher Studienergebnisse der Effektivität bewusstseinsbildender Maßnahmen, die nur aus der Komponente Edukation bestehen, im Vergleich zu Maßnahmen, die ein zusätzliches Element des Kontakts mit Betroffenen psychischer Erkrankungen enthalten, in Bezug auf das Stigma psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen nach. Eine Metaanalyse von Corrigan et al. aus dem Jahr 2012, in der Interventionen, die nur Kontakt bzw. Edukation und Kontakt verwendet hatten, mit solchen verglichen wurden, die nur Edukation verwendet hatten, ergab, dass in jugendlichen Populationen Edukation allein die bessere Strategie sein könnte. Drei Studien [Meise et al. (2000), Husek (1965) und Chan et al. (2009)], die Kontakt und Edukation direkt mit Edukation allein verglichen, stellten jedoch fest, dass Kontakt nach Edukation das Stigma im Vergleich zu Edukation allein signifikant reduzierte.

Chisholm et al. (2016) führten einen pragmatischen Cluster-RCT in 31 Klassen an sechs Sekundarschulen in einer jungen Zielgruppe (Alter 11–13 Jahre, \bar{x} 12,21 Jahre $SD \pm 0,58$) durch. Die Daten wurden beim Vortest ($n = 769$) und beim Zwei-Wochen-Follow-up ($n = 657$) erhoben und auf einer Intention-to-treat-Basis analysiert. Die Intervention bestand aus einem eintägigen Aufklärungsprogramm, das von Fachkräften für psychische Gesundheit geleitet wurde, wobei in der „Kontakt“-Gruppe eine Einheit mit einer jungen Person stattfand, die Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung hatte – diese Tatsache wurde der Gruppe erst mitgeteilt, nachdem sich die Person schon länger am Workshop beteiligt hatte. Die Vergleichsgruppe hatte in diesen 20 Minuten eine zusätzliche Edukationseinheit (zum Thema ‚Die Geschichte psychischer Erkrankungen‘). Als primärer Endpunkt der Untersuchung wurde die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, gemessen über die Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS), gewählt. Zu den sekundären Ergebnissen gehörten das Wissen über psychische Erkrankungen (gemessen über die Mental Health Knowledge Schedule [MAKS]), die psychische Gesundheitskompetenz (Vignetten zu psychischen

Erkrankungen von Jorm et al.), psychische Gesundheit / emotionales Wohlbefinden (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]) und Resilienz (15-Item-Version der Resilience Scale) sowie die Einstellung zur Hilfesuche.

Die Follow-up-Untersuchung nach zwei Wochen zeigte, gemessen über die RIBS in beiden Gruppen, eine signifikante Verbesserung des Stigmas ohne signifikanten Effekt des zusätzlichen Elements des Kontakts (Effekt für Edukation und Kontakt gegenüber Edukation [RIBS] $-0,09$, 95 % CI $-0,40$ bis $0,22$; $p = 0,5$; $d = 0,01$). Statistisch signifikante Verbesserungen fanden sich in beiden Gruppen für den sekundären Ergebnisparameter Wissen über psychische Erkrankungen (MAKS), wobei in der reinen Edukationsgruppe im Vergleich zur Edukation- und Kontaktgruppe ein signifikant größerer Effekt festgestellt wurde. Dasselbe gilt für das emotionale Wohlbefinden der Teilnehmer gemessen über SDQ. Ein statistisch signifikanter Zuwachs der psychischen Gesundheitskompetenz konnte nur in der Edukationsgruppe festgestellt werden, dieser Zuwachs zeigte sich auch statistisch signifikant größer als jener der Edukations- und Kontaktgruppe. Bei den Resilienzwerten zeigte sich nur in der reinen Edukationsgruppe eine statistisch signifikante Verbesserung gegenüber der Baseline-Messung, während die Werte in der Edukations- und Kontaktgruppe (statistisch nicht signifikant) sanken, es zeigte sich jedoch kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied. Bei der Hilfesuche wurde für keine der beiden Gruppen eine signifikante Veränderung vor und nach der Intervention festgestellt, wobei sich in der reinen Edukationsgruppe im Vergleich zur Edukations- und Kontaktgruppe der Zuwachs in der Bereitschaft zur Hilfesuche statistisch signifikant zeigte. Damit zeigte sich, dass das Kontaktelement im Vergleich zur reinen Edukation die Wirkung der Intervention für eine Reihe von Ergebnisparametern negativ beeinflusst. (vgl. Chisholm et al. 2016)

Für zwei Schulen ($n = 270$) wurden in weiterer Folge noch Daten zu einem Follow-up nach sechs Monaten erhoben, hier zeigte sich die reine Edukation ebenfalls als vorteilhaft gegenüber der Edukation plus Kontakt (IG) in der Reduktion von Stigma (primärer Ergebnisparameter, gemessen über RIBS; Effekt für Edukation und Kontakt gegenüber Edukation (RIBS) $-0,69$, 95 % CI: $-1,31$ bis $-0,06$, $p = 0,03$, $d = 0,06$), aber auch hinsichtlich des Zuwachses an Wissen über psychische Erkrankungen (gemessen über MAKS). Festzuhalten ist auch, dass jedoch in beiden Gruppen ein signifikanter positiver Effekt auf Stigma, gemessen über RIBS, aber auch auf Wissen, gemessen über MAKS, erzielt wurde. Wie in der Untersuchung nach zwei Wochen konnte ein statistisch signifikanter Zuwachs der psychischen Gesundheitskompetenz nur in der Edukationsgruppe festgestellt werden, wobei sich dieser wieder als statistisch signifikant größer als jener der Edukations- und Kontaktgruppe erwies. Bei den Resilienzwerten wie auch im psychischen Wohlbefinden zeigten sich in der Nachbetrachtung nach 6 Monaten keine statistisch signifikanten Veränderungen gegenüber der Baseline-Messung. Während sich im Gruppenvergleich beim psychischen Wohlbefinden keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigten, war der Zuwachs der Resilienz in der Edukations- und Kontaktgruppe statistisch signifikant größer als in der reinen Edukationsgruppe. Bei der Hilfesuche waren die Werte zwischen Baseline und Nachbetrachtung nahezu unverändert, eine tiefergehende Analyse konnte nicht durchgeführt werden.

Die Studienautorinnen und -autoren schließen, dass Vorsicht geboten sei, bevor man Kontakt mit Betroffenen in Anti-Stigma-Maßnahmen bei jüngeren Altersgruppen von Schülerinnen/Schülern einsetzt. Die Edukationskomponente der Maßnahme scheint den Studienautoren demnach geeignet für die Reduktion von Stigmatisierung, gemessen über die RIBS, die Förderung von Wissen

über psychische Gesundheit und die psychische Gesundheitskompetenz (mental health literacy) sowie die Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens und der Resilienz. Die Autoren diskutieren auch anhand von Ergebnissen einer qualitativen Exploration mögliche Gründe für dieses Ergebnis wie beispielsweise jenen, dass der Kontakt die Aufmerksamkeit der Schüler/-innen gebunden hätte und andere Informationen überlagert hätte, oder das relativ zu anderen Studien junge Alter der Teilnehmenden.

Gonçalves et al. (2015) untersuchten in ihrer Pilotstudie den Effekt einer kurzen videobasierten Intervention im Setting Schule zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen mit Fokus auf die Inanspruchnahme psychologischer Hilfeleistungen. 207 Schülerinnen und Schüler einer Schule in Portugal nahmen an der Untersuchung teil und wurden klassenweise der Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeteilt. Der IG wurde das zehnmündige Video eines Mädchens aus der Zielgruppe vorgestellt, das unter anderem über seine Erfahrungen mit der Inanspruchnahme psychologischer Hilfe sprach, das Video wurde im Anschluss in den Klassen diskutiert. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. In beiden Gruppen wurde zu drei Erhebungszeiträumen – prä, post und ein Monat nach der Intervention, Stigma mittels dreier Skalen, Self Stigma of Seeking Help Scale (SSOSH) (Vogel et al., 2006), Social Stigma for Receiving Psychological Help Scale (SSRPH) (Komiya et al., 2000) und Attribution Questionnaire-Children form (AQ-8-C) (Corrigan, 2005), erhoben. Im Posttest (direkt nach der Intervention) zeigte sich in der Difference-in-Difference-Analyse ein Rückgang aller drei Scores in der IG, welcher signifikant größer als jener in der KG war. Im Nachbeobachtungszeitraum erreichten die Ergebnisse keine statistische Signifikanz. Nach Adjustierung für sozioökonomische Faktoren wie Klasse und Geschlecht wurden signifikante Interventionseffekte im Nachbeobachtungszeitraum auf der Self Stigma of Seeking Help Scale (SSOSH) und der Social Stigma for Receiving Psychological Help Scale (SSRPH) festgestellt. Die Studienautorinnen und der Studienautor schließen, dass diese vorläufigen Ergebnisse (Pilotstudie) zeigen, dass eine schnelle, kostengünstige videobasierte Interventionen einen Beitrag zur Reduktion von Stigma (wie in der Untersuchung gemessen) leisten könnte, jedoch in einem größeren Sample (C-RCT) getestet werden müsste.

Giannakopoulos et al. (2012) untersuchten in ihrer Arbeit die Effekte einer schulbasierten Bildungsintervention zur Verbesserung der Einstellungen und zur Verringerung des Wunsches nach sozialer Distanz von Jugendlichen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in ihrer Gemeinschaft leben. Die Intervention, eine edukative Maßnahme, wurde als Workshop mit drei Einheiten à 90 Minuten konzipiert, in denen zum einen Informationen zu psychischen Erkrankungen, Lebenssituationen davon Betroffener, der rechtlichen Situation und Stigmatisierung psychisch Erkrankter gegeben wurden und zum anderen in Diskussionen die positiven Einstellungen, die soziale Akzeptanz, Toleranz und Wohlwollen gegenüber psychisch Kranken gefördert werden sollten. Insgesamt wurden 161 Schüler/-innen zweier Schulen im Alter von 16 bis 18 Jahren in die Studie eingeschlossen, eine Schule erhielt die Intervention (IG = 86 Schüler/-innen), die andere Schule wurde als Kontrollgruppe genutzt (KG = 75). Die Einstellungen und die soziale Distanz wurden mithilfe der Skala Community Attitudes towards the Mentally Ill (CAMI) und eines zehnstufigen Fragebogens, der auf dem „Self-report Inventory of Fear and Behavioural Intentions“ basiert, vor und einen Monat nach der Intervention gemessen. Basierend auf Daten, die von 140 Schülerinnen und Schülern vorlagen, zeigte im Follow-up einen Monat nach der Intervention im

Gruppenvergleich die IG statistisch signifikant bessere Ergebnisse in allen Dimensionen der Einstellung (CAMI) als die KG, während sich im Prätest kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt hatte. Bei dem intendierten Verhalten war die Hälfte der gemessenen Aussagen zur sozialen Distanz in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant besser. Bei Aussagen, die laut den Studienautorinnen / dem Studienautor engere soziale Beziehungen messen, zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt. Die Studienergebnisse blieben auch nach Berücksichtigung der Ausgangswerte (Prämessung) in der Analyse bestehen. Die Studienautorinnen und der Studienautor schließen, dass eine kurze pädagogische Interventionen zu einem gewissen Grad hinsichtlich der Reduktion diskriminierender Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam sein könne, nicht jedoch tief verwurzelte negative Stereotype verändere.

4.2.2 Anti-Stigma-Maßnahmen bei spezifischen psychischen Erkrankungen

Die Mixed-Methods-Studie von **Economou et al. (2014)** zielte darauf ab, die Einstellung Jugendlicher zu Schizophrenie zu erfassen und die Wirkung einer edukativen Intervention auf Stigma von Schizophrenie bei diesen Jugendlichen zu erfassen. Im Folgenden wird nur auf den quantitativen Teil eingegangen: Dazu wurde in 20 Sekundarschulen, die sich zur Studienteilnahme bereiterklärten, je eine Klasse der gleichen Jahrgangsstufe zufällig der Intervention zugeteilt, die andere diente als Kontrollgruppe. Die Studienautorinnen und -autoren beschreiben das Untersuchungsdesign als RCT, wobei es sich um einen Cluster-RCT handelt, weil ganze Klassen der Intervention zugewiesen wurden. Insgesamt wurden die Daten von $n = 1.081$ Sekundarschülerinnen/-schülern ausgewertet. Die Intervention bestand aus einem zweistündigen Workshop zur Bewusstseinsbildung (Information, Diskussion, Gruppenübungen) zu psychischen Erkrankungen, Schizophrenie und Stigma, der von zwei Psychologen abgehalten wurde. In der Kontrollgruppe wurde über Impfungen diskutiert. Die Erfassung des Stigmas erfolgte im quantitativen Teil mittels ausgewählter Fragen des Alberta Pilot Site Questionnaire Toolkits (nach Thompson et al. 2002), welche für die Altersgruppe adaptiert worden waren. Die Ansichten und Einstellungen zu Personen mit Schizophrenie sowie die soziale Distanz wurden zu Beginn der Intervention sowie zwei Wochen nach der Intervention bei den Schülerinnen und Schülern erhoben. Die Mittelwerte für den zusammengesetzten Score sowohl zu Ansichten und Einstellungen als auch für die soziale Distanz gingen in der Interventionsgruppe statistisch signifikant zurück. In der Kontrollgruppe war keine statistische Veränderung zu beobachten. Gender und Medienkonsum zeigten keinen Einfluss auf die beiden zusammengesetzten Scores, hingegen zeigte die Familiarität mit Menschen mit psychischen Erkrankungen einen positiven Einfluss auf die soziale Distanz.

Staniland/Byrne (2013) widmeten sich in ihrer Studie vor dem Hintergrund der zunehmenden Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Autismusspektrumstörungen in Schulen der Effektivität einer Anti-Stigma-Maßnahme bei höherfunktionalem Autismus für Jugendliche in Bezug auf Wissen, Einstellungen und Verhaltensabsichten gegenüber Gleichaltrigen mit Autismus. Die Intervention bestand aus sechs einstündigen Einheiten Edukation (deskriptive, erklärende und anleitende

Informationen), aber auch aus Kontakt zu Betroffenen und wurde bei Schülern einer achten Schulstufe einer reinen Bubenschule durchgeführt. Klassen mit einem höheren Anteil von Kindern mit höherfunktionalem Autismus wurden von der Intervention ausgeschlossen, aber als KG herangezogen, aus den übrigen achten Schulstufen wurden zufällig zwei Klassen der IG zugewiesen. Die anderen Klassen derselben Schulstufe dienten als Kontrollgruppe, wobei hier vermutet wurde, dass es zu „Spill-over“-Effekten kommen würde. Der Jahrgang über und jener unter der achten Schulstufe wurden daher als Kontrollgruppe, für die keine Spill-over-Effekte erwartet wurden, ausgewählt. Das Anti-Stigma-Programm verbesserte das Wissen (gemessen über den Autism Knowledge Questionnaire – revised, eine selbstentwickelte Skala), die Einstellung (gemessen über die Adjective Checklist (ACL) nach Siperstein [1980] und Siperstein and Bak [1977]), nicht aber die Verhaltensabsichten der Teilnehmer gegenüber den Gleichaltrigen mit Autismus (gemessen über den Shared Activities Questionnaire [SAQ]). Das Wissen und die Einstellungsänderungen blieben bei der Nachuntersuchung (im nächsten Schul-„Term“, etwa nach 10 Wochen) erhalten. Es gab keine Spill-over-Effekte des Programms auf die Kontrollgruppe. Die Studienautorin und der Studienautor schließen, dass ihre Studienergebnisse vorläufige Evidenz für die Wirksamkeit mehrteiliger Anti-Stigma-Programme liefern würden, die kombinierte Informationen für jugendliche Schüler in integrativen Bildungsumgebungen enthalten. Diese Wirksamkeit zeige sich in der Verbesserung von Wissen und Einstellungen.

Eine weitere Studie zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei höherfunktionalem Autismus wurde von **Ranson/Byrne (2014)** durchgeführt. Die Intervention war ähnlich konzipiert wie jene in der Studie von Staniland/Byrne (2013), wurde jedoch um zwei Aspekte erweitert: Zum einen wurden zwei Einheiten ergänzt, um die Verhaltensabsichten stärker zu beeinflussen, zum anderen wurde die Nutzung des webbasierten Programms, das im Rahmen der Intervention angeboten wurde, für die Teilnehmerinnen verbindlich gemacht, indem es in den Schulunterricht und in die Benotung aufgenommen wurde (Hausübung). Die Intervention wurde nun an einer reinen Mädchenschule durchgeführt, auch wurde ein Erhebungsinstrument (Wissen) angepasst. Sonst wurden wieder drei Gruppen (IG: 2 Klassen einer 8. Schulstufe, KG1 = andere Klassen der 8. Schulstufe mit möglichem Spill-over-Effekt und KG2 = 7. und 9. Schulstufe) gebildet und wurde die Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensabsichten der Jugendlichen (gegen)über Gleichaltrigen mit höherfunktionalem Autismus mit denselben Erhebungsinstrumenten wie in der Untersuchung von Staniland/Byrne (2013) direkt nach der Intervention sowie im Follow-up (ein Schul-„Term“ später, nach ca. 10 Wochen) gemessen. Die Teilnahmerate war mit 45 Prozent der Schülerinnen gering, weswegen es hier systematische Verzerrungen geben kann. Auch bei dieser Zielgruppe konnten statistisch signifikante positive Effekte auf das Wissen, aber auch auf die Einstellungen der Schülerinnen in der kurzfristigen und in der Follow-up-Messung festgestellt werden. Die Ergebnisse hinsichtlich der Änderung der Verhaltensabsichten zeigen im Follow-up keine statistisch signifikanten Effekte der Intervention. Auch hier schließen die Studienautorin und der Studienautor, dass die Ergebnisse vorläufige Evidenz liefern würden, welche die Wirksamkeit für Schülerinnen maßgeschneiderter Anti-Stigma-Maßnahmen in Bezug auf Mädchen mit höherfunktionalem Autismus aufzeige, und zwar hinsichtlich der Kategorien Wissen und Einstellungen. Sie schließen aber auch, dass die Ergebnisse aufgrund des speziellen Settings (katholische Privatschule mit Wertebetonung der sozialen Gerechtigkeit) nicht direkt auf andere Settings übertragbar seien.

In dem Cluster-RCT (C-RCT) von **Campbell et al. (2011)** wird die Wirksamkeit einer einmaligen, etwa einstündigen Intervention, basierend auf Edukation und Kontakt (Workshop zur Förderung der psychosozialen Gesundheit), in Bezug auf die Verringerung von Diskriminierung in puncto Psychosen bei Jugendlichen untersucht. Die Studienautorin und die Studienautoren verstehen die Intervention als Antidiskriminierungsmaßnahme, die vom Konzept des Stigmas, welches sie als eine individualisierte Form eines sozialen Problems verstehen, abrücken will. 92 von rund 218 Schülerinnen und Schülern nahmen nach Zustimmung ihrer Eltern zu Beginn der Studie daran teil (IG = 43, KG = 49). Diskriminierung wurde vor und nach der Intervention sowie in einem Follow-up zehn Wochen nach der Intervention mittels dreier Subskalen des Attribution Questionnaire nach Corrigan gemessen. Zur Analyse der Ergebnisse wurde ein Mehrebenenmodell verwendet. Die Diskriminierungswerte in der Interventionsgruppe sanken unmittelbar nach der Intervention signifikant stärker als jene in der Kontrollgruppe (mittlere Effektgröße). Dieser Effekt blieb bei der zehnwöchigen Nachuntersuchung nicht erhalten. Die Studienautorin und die Studienautoren diskutieren, dass durch die eingeschränkte Bereitschaft zur Teilnahme die Studie nur noch geeignet war, große Effekte aufzuzeigen. Sie schließen, dass, um tatsächliche Veränderungen in Hinblick auf die soziale Eingliederung von Menschen mit Psychose und verbesserte Ergebnisse für sie zu bewirken, intensivere Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit erforderlich seien.

4.2.3 Studien zu Interventionen (Mental-Health-Literacy), die Stigma als sekundären Endpunkt betrachten

Die Autorengruppe **Swartz et al. (2017)** untersuchte die Wirkungen des „Adolescent Depression Awareness Program“ (ADAP) im Vergleich zu Unterricht nach dem Standardlehrplan hinsichtlich der (nachhaltigen) Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz für Depression sowie der selbstberichteten Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Stigmatisierung psychischer Erkrankungen wird hier als sekundärer Endpunkt betrachtet. Die Intervention ist ein schulbasiertes Programm zur Aufklärung über Depressionen bei Jugendlichen, welches sich an die Jugendlichen, aber auch Lehrer/-innen, Berater/-innen und Eltern richtet. Die Komponente für Jugendliche ist ein dreistündiges Programm, welches im Rahmen des Fachs „Gesundheitserziehung“ an Sekundarschulen von der Lehrperson unterrichtet wird. Die konkrete Intervention besteht aus interaktiven Vorträgen, Videos (in welchen auch Teenager porträtiert werden, die verschiedene Aspekte ihrer psychischen Erkrankung beschreiben), Aufgaben zu den Filmen, Hausaufgaben und Gruppenaktivitäten. Den Lehrpersonen wird ein Paket, welches neben den Unterrichtsmaterialien auch ein Handbuch und eine DVD zur Umsetzung enthält, zur Verfügung gestellt. Insgesamt erklärten sich 66 Sekundarschulen in vier US-amerikanischen Bundesstaaten zur Teilnahme am Programm bereit. Die Schulen wurden gemäß Region, Größe und demografischen Faktoren der Schülerinnen und Schüler gematcht und innerhalb dieser Paare zufällig der Intervention zugeteilt. In der Kontrollgruppe wurde planmäßig unterrichtet, und die Schule nahm erst im Folgejahr an dem Programm teil. Die Wirkung des Programms auf das intendierte Verhalten der Schülerinnen und Schüler hinsichtlich (des sekundären Endpunkts) Stigmatisierung wurde über eine adaptierte Version der Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) erhoben. Die sekundären Endpunkte wurden – wie auch die primären Endpunkte: Wissens über Depression und Einstellungen zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten – zu Beginn der Intervention, sechs Wochen nach deren Abschluss und im Follow-

up vier Monate nach der Intervention erfasst. Mit Bezug auf das Wissen über Depression und Hilfsangebote zeigte sich die Intervention (unter Berücksichtigung der Ausgangswerte) als signifikanter Prädiktor für eine höhere psychische Gesundheitskompetenz (mental health literacy) in Bezug auf Depression, sowohl in der Messung sechs Wochen nach der Intervention (Adjusted Odds-Ratio (AOR) = 3,1; $p < 0,001$; 95 % CI: 2,0–5,0) als auch im Follow-up vier Monate nach der Intervention (AOR = 3,3; $p < 0,001$; 95 % CI: 2,2–5,0). Hingegen zeigte die ADAP-Intervention keinen signifikanten Effekt auf die Stigmatisierung (RIBS), weder 6 Wochen nach der Intervention (AOR = 0,5; $p = 0,1$; 95 % CI: 0,2–1,2) noch im Follow-up nach vier Monaten (AOR = 1,2; $p = 0,7$; 95 % CI: 0,5–3,0). Das Geschlecht zeigte sich als signifikanter Prädiktor für die Stigmatisierung der psychischen Erkrankung nach der Intervention (AOR = 0,5; $p = 0,001$; 95 % CI: 0,3–0,7), wobei Mädchen eine geringere Wahrscheinlichkeit für eine hohe Stigmatisierung der psychischen Erkrankung 6 Wochen nach der Intervention hatten. Die Autorinnen und der Autor diskutieren als mögliche Gründe dafür, dass das ADAP keinen Einfluss auf die Stigmatisierung, gemessen über das intendierte Verhalten, zeige, dass die Ausgangswerte für Stigmatisierung in der Studienpopulation zu niedrig gewesen sein könnten, aber auch dass Maßnahmen, die Stigma adressieren, über die Vermittlung von Wissen hinausgehen müssten.

Ein Cluster-RCT (C-RCT) von **Perry et al. (2014)** untersucht die Wirkungen von „HeadStrong“, einer schulbasierten Intervention, auf die psychische Gesundheitskompetenz (mental health literacy), Stigma, Hilfesuchverhalten, psychische Belastung und Suizidgedanken. Die Intervention wird von Lehrerinnen/ Lehrern im Rahmen des Unterrichtsfachs Persönlichkeitsbildung, Gesundheit und Sport erbracht und besteht aus fünf Modulen zu psychischem Wohlbefinden, Hilfe bei psychischen Problemen und Bewusstseinsbildung und Empowerment, die in zehn Stunden über einen Zeitraum von fünf bis acht Wochen durchgenommen werden. Insgesamt 380 Schüler/-innen (IG = 207, KG = 173) in 22 Klassen an zehn nichtstaatlichen Sekundarschulen wurden in den Clustern randomisiert, um entweder „HeadStrong“ oder normalen Fachunterricht zu erhalten. Die Teilnehmer/-innen wurden vor und nach der Intervention sowie sechs Monate später mittels unterschiedlicher Messinstrumente schriftlich befragt. Die Wirkung auf das Stigma wurde mittels der Subskala für personelles Stigma, der Depression Stigma Scale (DSS; nach Griffiths et al., 2004) erhoben. Die Teilnehmenden wurden hier um die Stärke der Zustimmung zu Aussagen über Depressionen (z. B. „Menschen mit Depressionen sind unberechenbar“) befragt. Die Werte der DSS waren in beiden Gruppen (IG und KG) über die Messzeitpunkte rückläufig, wobei sich die Werte der Interventionsgruppe signifikant stärker zwischen t_0 (vor der Erhebung) und t_2 (nach 6 Monaten) verbesserten als in der Kontrollgruppe. Zu t_1 (nach der Intervention) war der Unterschied zwischen den Gruppen nicht signifikant. Die Betrachtung der Subskalen zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied für die Subskala „gefährlich/unberechenbar“, wobei die Werte in der IG stärker rückläufig waren als in der KG. Der Effekt auf der Subskala „schwach / nicht krank“ zeigte in beiden Gruppen einen Rückgang der stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen ohne statistisch signifikantem Gruppenunterschied. Die Intervention zeigte positive Effekte auf die Steigerung der mentalen Gesundheitskompetenz, während sich keine Unterschiede innerhalb oder zwischen den Gruppen in Bezug auf die Einstellung zur Hilfesuche, die psychische Belastung oder die Suizidgedanken zeigten. Die Autorinnen/Autoren schließen, dass die Studie erste Belege dafür liefere, dass „HeadStrong“ die psychische Gesundheitskompetenz verbessere und die Stigmatisierung von Depressionen im Nachbetrachtungszeitraum – in Bezug auf die Überzeugung der Schüler/-innen, dass psychisch erkrankte Menschen gefährlich und unberechenbar seien – reduziere.

Dieses Ergebnis sei konsistent mit anderen Untersuchungen, die einen positiven Zusammenhang zwischen Bewusstseinsbildung und Reduktion von Stigma psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen zeigen. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um den ersten Teil der Wirksamkeitsuntersuchung (d. h. die Studie hatte noch nicht ausreichend „Power“, um kleine Effekte aufzuzeigen), künftige Studien von „HeadStrong“ sollten nach Perry et al. (2014) auch die Wirkungen auf die soziale Distanz und Diskriminierung untersuchen.

Skre et al. (2013) untersuchten in ihrer Studie die Wirkung von „Mental Health for everyone“, einem schulbasierten Programm für die psychische Gesundheitskompetenz (mental health literacy) Jugendlicher, auf das Erkennen psychischer Erkrankungen (Benennen von Symptomprofilen), auf den Abbau von Vorurteilen über psychische Erkrankungen und das Wissen über Hilfsangebote bei psychischen Problemen. Als weitere Ziele werden die Messung des Einflusses von Alter und Geschlecht auf die psychische Gesundheitskompetenz sowie die Untersuchung des Einflusses von Vorurteilen über psychische Erkrankungen auf das Wissen über diesbezüglich verfügbare Hilfe genannt. Das Programm wird von Lehrpersonen im normalen Schulalltag an drei aufeinanderfolgenden Schultagen vermittelt. Die Unterrichtsmaterialien (Schüleraufgaben und Videomaterial) wurden für drei Altersstufen (8.-10. Schulstufe) konzipiert und haben je ein Grundthema: Für die achte Klasse ist das „Selbstwahrnehmung und Identität“, für die neunte Klasse „Anderssein und Einsamkeit“ und für die zehnte Klasse „Angst vor dem Unbekannten“. Die Programmbeschreibung und die Materialien stehen kostenlos auf einer Website zur Verfügung. Alle Schüler/-innen sollen aktiv in Gruppenarbeiten und -dialoge einbezogen werden. Das Programm will mittels dieser Aktivitäten, die Einstellungen und Vorurteile gegenüber psychischen Problemen und psychisch Kranken infrage stellen, zur Prävention psychischer Erkrankungen sowie zu Offenheit und Vertrauen im Umgang mit psychischen Problemen beitragen und Wissen über die Verfügbarkeit und den Zugang zu Hilfsangeboten bei psychischen Problemen vermitteln. In der vorliegenden Studie wurde der Schwerpunkt für die achte Schulstufe (Selbstwahrnehmung und Identität) untersucht. Das Programm zielt auf positive Aspekte psychischer Gesundheit, und nur eine Einheit setzt sich aktiv mit psychischen Erkrankungen auseinander; diese Einheit wurde in knapp drei Viertel aller Klassen durch eine externe Person erbracht. Die Intervention wurde an einer Sekundarschule (IG, n = 520) durchgeführt, zwei weitere Schulen (KG, n = 570) in der Region agierten als Kontrollgruppe. Die Erhebungen der psychischen Gesundheitskompetenz (Benennung von Erkrankungen, Vorurteile, Wissen über Hilfsangebote) wurden vor Beginn der Intervention und zwei Monate nach deren Abschluss mittels eigens konstruierter Fragebögen (die auch offene Fragen enthielten) durchgeführt. Als Studienergebnis zeigte sich, dass sich die psychische Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit von der Intervention verbesserte. Die Intervention zeigte weiters einen signifikanten Effekt auf den Rückgang der Vorurteile: Auch wenn sowohl in der KG als auch in der IG Vorurteile im Zeitverlauf (geringfügig) rückläufig waren, unterschied sich der Effekt in der IG statistisch signifikant von jenem in der KG. Weiters zeigten das Geschlecht und das Alter Einfluss auf die Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen, wobei die Vorurteile unter jüngeren Kindern und bei Burschen jeweils höher waren. Die Studienautorinnen und -autoren schließen, dass das Programm die psychische Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen verbessern könne, jedoch Geschlecht und Alter bei der Konzeption der Programme zu berücksichtigen seien. Auch sollten Vorurteile thematisiert werden, bevor Wissen zu psychische Erkrankungen vermittelt werde.

Tabelle 4.2:
Studien zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen

Publikation (Jahr)	Studien- typ	Anzahl Teilneh- mer/-innen (n)	Teilnehmer/ -innen	Setting/Schulen und Gruppen- zuteilung	Region	Erkran- kung	Interventionen/ Maßnahmen	Kontroll- gruppe	Follow-up	Ergebnis- parameter	Effekte
Anti-Stigma-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen allgemein											
Chisholm et al. (2016)	C-RCT	14-Tage-Follow-up n = 657 (IG = 354, KG = 303) 6-Monate-Fol- low-up n = 2017 (IG = 138, KG = 132)	Schüler/ -innen von Se- kundarschulen (Ø 12,21 Jahre SD ± 0,58, 11-13 Jahre)	6 ausgewählte öffentliche Schulen, 31 Klassen; Randomisie- rung auf Klas- senebene	UK	psychi- sche Erkran- kungen	Edukation und Kontakt („SchoolSpace“) eintägiges Aufklärungs- programm durch zwei externe Fachkräfte zusätzlich gegenüber KG eine Einheit mit Kontakt zu einer jungen Betroffenen	Edukation eintägiges Aufklä- rungspro- gramm durch zwei externe Fach- kräfte. Zusätzli- che Auf- klärungs- einheit anstatt Kontakt wie in der IG	Posttest (14 Tage nach Inter- vention) zusätzlich Follow-up 6 Monate nach Inter- vention für 2 von 6 Schulen	primärer End- punkt: Verhal- tensabsichten Reported and Intended Behav- iour Scale (RIBS) sekundäre End- punkte: Wissen über psychische Erkrankungen (Mental Health Knowledge Schedule [MAKS]) sowie psychi- sche Gesund- heit (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ] 30) Resilienz (Resilienzskala) Hilfesuche	primärer Endpunkt: 14 Tage-Follow-up: kein statistisch signifikanter Effekt des zusätzlichen Kontakts (IG) ge- genüber der Edu- kationsgruppe (KG); statistisch signifi- kanter Rückgang von Stigma (RIBS) in beiden Gruppen 6-Monate-Follow- up (nur 2 von 6 Schulen): statistisch signifi- kant stärkerer Ef- fekt in der Edukati- onsgruppe (KG) gegenüber der Gruppe mit Kon- takt (IG); statistisch signifi- kanter Rückgang von Stigma (RIBS) in beiden Gruppen sekundärer End- punkt (MAKS) 14-Tage-Follow-up:

Publikation (Jahr)	Studien- typ	Anzahl Teilneh- mer/-innen (n)	Teilnehmer/ -innen	Setting/Schulen und Gruppen- zuteilung	Region	Erkran- kung	Interventionen/ Maßnahmen	Kontroll- gruppe	Follow-up	Ergebnis- parameter	Effekte
											<p>statistisch signifi- kanter negativer Effekt des zusätzli- chen Kontakts (IG) gegenüber der Edukationsgruppe (KG) bei dem se- kundären Ergeb- nisparameter (MAKS); statistisch signifi- kanter Zuwachs von Wissen (MAKS) in beiden Gruppen</p> <p>6 -Monate-Follow- up (nur 2 von 6 Schulen): statistisch signifi- kant stärkerer Ef- fekt auf den se- kundären End- punkt (MAKS) in der Edukations- gruppe (KG) ge- genüber der Gruppe mit Kon- takt (IG); statistisch signifi- kanter Zuwachs von Wissen (MAKS) in beiden Gruppen</p>
Gonçalves et al. (2015)	Pilot- studie, CCT	n = 207 (IG = 115, KG = 92)	Schüler/ -innen einer Sekundar- schule	1 Schule, zufällige Zutei- lung der Klas- sen in IG und KG	Portu- gal	psychi- sche Erkran- kungen	indirekter Kontakt (10-minütiges Video und Diskussion)	keine In- tervention	Posttest und 1 Monat	Stigma gemes- sen über Self Stigma of Seeking Help Scale (SSOSH)	statistisch signifi- kanter, kurzfristi- ger Rückgang der Scores auf allen drei Stigmaskalen

Publikation (Jahr)	Studien- typ	Anzahl Teilneh- mer/-innen (n)	Teilnehmer/ -innen	Setting/Schulen und Gruppen- zuteilung	Region	Erkran- kung	Interventionen/ Maßnahmen	Kontroll- gruppe	Follow-up	Ergebnis- parameter	Effekte
			(8. und 9. Schulstufe)							(Vogel et al., 2006); Social Stigma for Receiving Psychological Help Scale (SSRPH) (Komiya et al., 2000); Attribution Questionnaire- Children form (AQ-8-C) (Corri- gan, 2005).	in der IG gegenüber der KG (nach Interven- tion) kein statistisch signifikanter Ef- fekt im Follow-up (1 Monat nach In- tervention)
Giannakopoulos et al. (2012)	CCT	N = 161 (IG = 86, KG = 75)	Schüler/-innen im 2. Schul- jahr einer öf- fentlichen hö- heren Schule (16-18 Jahre)	2 Schulen Zuordnung der Schulen in IG und KG	Grie- chen- land	Psychi- sche Erkran- kungen	Edukation: Workshop mit drei Einhei- ten à 90 Minuten durch externe Trainer/-innen	keine Angabe	Follow-up 1 Monat nach Intervention	Einstellungen: Community At- titudes towards the Mentally Ill (CAMI) soziale Distanz: basierend auf Self report In- ventory of Fear and Behavioural Intentions to- ward the men- tally Ill (FABI)	signifikant positive Effekte auf Einstel- lungen (CAMI) im Follow-up im Ver- gleich zur KG. Hinsichtlich des in- tendierten Verhal- tens (FABI) unter- schiedliche Ergeb- nisse nach einzel- nen (spezifischen) Fragestellungen. Fünf von zehn Fra- gen zu intendier- tem Verhalten zei- gen positive Ef- fekte gegenüber der KG

Publikation (Jahr)	Studien- typ	Anzahl Teilneh- mer/-innen (n)	Teilnehmer/ -innen	Setting/Schulen und Gruppen- zuteilung	Region	Erkran- kung	Interventionen/ Maßnahmen	Kontroll- gruppe	Follow-up	Ergebnis- parameter	Effekte
Anti-Stigma-Maßnahmen bei spezifischen psychischen Erkrankungen											
Economou et al. (2014)	RCT und qualita- tive Un- tersu- chung der Stigma- tisie- rung	n = 1.081 (IG = 551, KG = 530)	Schüler/ -innen von Se- kundarschulen (13-15 Jahre)	20 öffentliche Schulen, Randomisie- rung auf Klas- senebene in- nerhalb dersel- ben Schule und Schulstufe	Grie- chen- land	Schizo- phrenie	Edukation zweistündiger Workshop durch zwei Psychologen	Diskus- sion über Impfungen	Posttest (14 Tage nach Interven- tion)	Stigma gemes- sen über An- sichten und Einstellungen sowie soziale Distanz über ausge- wählte, adap- tierte Fragen des Alberta Pilot Site Ques- tionnaire Tool- kit (nach Thompson et al. 2002)	statistisch signifi- kante Reduktion der Mittelwerte für beide zusammen- gesetzten Scores (Ansichten und Einstellungen, so- ziale Distanz) in der IG; keine sta- tistisch signifikante Ver- änderung in der KG
Ranson/Byrne (2014)	CCT	n = 273 (IG = 48, KG1 = 56 (spill-over, d. h. Peers derselben Schulstufe) und KG2 = 169, non-spill- over, je eine Schulstufe niedriger oder höher)	Schülerin- nen einer Sekundar- schule (IG 8. Schul- stufe, KG 7.-9. Schul- stufe)	1 Mädchen- schule zufällige Zuteilung der Klassen der 8. Schulstufe in IG und KG (spill-over), Klassen je einer Schul- stufe über o- der unter den Inter- ventions- klassen als KG (non-spill- over)	AUS	höher- funktio- naler Autis- mus	Adaption der Interven- tion von Staniland/Byrne (2013): Edukation und Kontakt: 8-stündiges Programm „Understanding our peers“ zur Bewusst- seinsbildung inkl. Kon- takt mit höherfunktiona- lem Autismus, erbracht durch eine externe Trai- nerin. Zusätzlich webba- siertes Programm (hier als Bestandteil der Beur- teilung)	keine Inter- vention	Posttest (eine Woche nach Interven- tion) und im nach- folgenden Schul- „Term“ (bis zu 10 Wochen)	Wissen: Autism Knowledge Questionnaire - revised (selbstentwi- ckelte Skala) Einstellungen: Adjective Checklist (ACL); (Siper- stein, 1980; Siperstein and Bak, 1977); intendiertes Verhalten: Shared Acti- vities Ques- tionnaire (SAQ)	Im Posttest und Follow-up sta- tistisch signifi- kanter positiver Effekt auf Wis- sen im Ver- gleich zur Kon- trollgruppe und statistisch sig- nifikanter posi- tiver Effekt auf Einstellungen (ACL) in der IG und Spill-over- KG1; im Ver- gleich zur Non- Spill-over-KG2 im Posttest und Follow-up; keine statistisch signifikanten

Publikation (Jahr)	Studien- typ	Anzahl Teilneh- mer/-innen (n)	Teilnehmer/ -innen	Setting/Schulen und Gruppen- zuteilung	Region	Erkrän- kung	Interventionen/ Maßnahmen	Kontroll- gruppe	Follow-up	Ergebnis- parameter	Effekte
											Effekte auf die Verhaltensabsichten (SAQ) im Follow-up
Staniland/Byrne (2013)	CCT	n = 395 (IG = 46, KG1 = 66 (spill-over, d.h. Peers derselben Schulstufe) und KG2 = 283, non-spill-over, Schulstufe niedriger und höher)	Schüler einer Sekundar-schule (IG 8. Schulstufe, KG 7.-9. Schulstufe)	1 Buben-schule bewusster Ausschluss von Klassen mit einem höheren Anteil an Kindern mit Autismus aus der IG; zufällige Zuteilung zweier verbleibender Klassen als IG, Klassen derselben Schulstufe als KG (spill-over) und Klassen je einer Schulstufe über oder unter den Interventions-klassen als KG (non-spill-over)	AUS	höher-funktio-naler Autis-mus	Eduktion und Kontakt: 6-stündiges Programm „Understanding our peers“ aus Edukation und Kontakt mit höherfunktionalem Au-tismus, erbracht durch eine externe Trainerin. Zusätzlich webbasiertes Programm	keine Inter-vention	Posttest (eine Wo-che nach Interven-tion) und Follow-up im nach-folgenden Schul-„Term“ (bis zu 10 Wochen)	Wissen: eigens entwi-ckelte Skalen (Autism Knowledge Questionnaire) Einstellungen: Adjective Checklist (ACL; Siperstein, 1980; Siperstein and Bak, 1977) intendiertes Verhalten: Shared Activities Questionnaire (SAQ)	Im Posttest und follow-up sta-tistisch signifi-kanter Effekt auf Wissen und Einstellung (ACL), nicht aber auf die Verhaltensab-sichten (SAQ) der Teilnehmer gegenüber ih-ren Peers mit Autismus.

Publikation (Jahr)	Studien- typ	Anzahl Teilneh- mer/-innen (n)	Teilnehmer/ -innen	Setting/Schulen und Gruppen- zuteilung	Region	Erkran- kung	Interventionen/ Maßnahmen	Kontroll- gruppe	Follow-up	Ergebnis- parameter	Effekte
Campbell et al. (2011)	C-RCT	n = 92 (IG = 43, KG = 49)	Schüler/-innen einer Sekun- darschule (14-15 Jahre) hoher Anteil an Schülerin- nen	1 Schule; zufällige Zuteilung von Klassen/Lern- gruppen in IG und KG zu je 5 Clustern	UK	Psycho- sen	Information und Kontakt einstündiger Workshop durch Trainer/-innen (und einen Betroffenen)	keine In- tervention	Posttest und 10 Wochen	„Diskriminie- rung“, gebildet aus drei Sub- skalen (Angst, Wut und Zwang/Segre- gation) des Corrigan's At- tribution Ques- tionnaire (AQ)	kurzfristiger Rückgang der „Diskriminierung“ (nach Interven- tion) in der IG im Vergleich zur KG (mittlere Effektgröße). keine statistisch signifikante Diffe- renz im Follow-up (10 Wochen nach Intervention)
Studien zu Interventionen (Mental-Health-Literacy), die Stigma als sekundären Endpunkt betrachten											
Swartz et al. (2017)	C-RCT	n = 6.679 (IG = 3.681, KG = 2.998)	Schüler/-innen von Sekundar- schulen (14-15 Jahre)	66 Sekundar- schulen in Paare ge- matcht (basie- rend auf Region, Größe, Schülercharak- teristika), Randomisie- rung auf Ebene der Schulen	USA	Interven- tion: Dep- ression Stigma psychi- scher Er- krankun- gen	Eduktion (Mental-Health- Literacy-Programm mit in- direktem Kontakt) Adolescent Depression Awareness Program (ADAP): ca. dreistündiges Pro- gramm zur Bewusstseins- bildung hinsichtlich De- pression und bipolarer Störung und zum Aufzei- gen der Möglichkeiten der Hilfeleistung/ der Hilfsan- gebote. Erbracht durch Lehrperso- nen im Rahmen des Unterrichts (Fach: Ge- sundheitserziehung) Einschulung der Lehrper- sonen	Wartelis- tenkon- troll- gruppe: normaler Unterricht, ADAP in Jahr 2	Posttest sechs Wo- chen nach Ende der Intervention und Follow- up nach 4 Monaten	sekundärer Endpunkt: Stigma, gemes- sen über die Reported and Intended Beha- viour Scale (RIBS) primärer End- punkt: Adoles- cent Depression Knowledge Scale (ADKQ) weiterer sekundärer Endpunkt für Teilgruppe: Child and Ado- lescent Service Assessment	kein statistisch signifikanter Ef- fekt auf die Stig- matisierung (RIBS) im Posttest (6 Wo- chen nach Inter- vention) (AOR = 0,5; P = 0,1; 95 % CI = 0,2-1,2) bzw. im Follow-up (4 Monate nach Intervention; AOR = 1,2; P = 0,7; 95 % CI = 0,5-3,0)

Publikation (Jahr)	Studien- typ	Anzahl Teilneh- mer/-innen (n)	Teilnehmer/ -innen	Setting/Schulen und Gruppen- zuteilung	Region	Erkran- kung	Interventionen/ Maßnahmen	Kontroll- gruppe	Follow-up	Ergebnis- parameter	Effekte
										(adaptierte Ver- sion)	
Perry et al. (2014)	C-RCT	N = 380 (IG = 207, KG = 173)	Schüler/-innen von Sekundär- schulen (Ø 14,75 Jahre, 13-16 Jahre)	10 nichtstaatli- che Schulen Randomisierung auf Schulebene, 22 Klassen	AUS	psychi- sche Ge- sundheit (Stigma gemessen über De- pression Stigma Scale)	Edukation (Mental-Health- Literacy) „HeadStrong“ 10-stündiges Programm über 5-8 Wochen (fünf Module) zur Bewusstseins- bildung hinsichtlich psy- chischer Gesundheit / psy- chischer Erkrankungen und Möglichkeiten der Hilfe- leistung / der Hilfsange- bote im Rahmen des Un- terrichts (Fach: Persönlich- keitsbildung, Gesundheit und Sport) eintägige Schulung für Lehrpersonen	keine In- tervention (normaler Unterricht im Fach Persön- lichkeits- bildung, Gesund- heit und Sport)	Posttest und 6 Monate	sekundärer Endpunkt: Subskala für „personal stigma“ (DSS- personal) der Depression Stigma Scale (DSS, Griffiths 2014) Faktoren (schwach / nicht krank, gefähr- lich/unbere- chenbar); primärer End- punkt: Depres- sion Literacy Scale	statistisch signifi- kanter Effekt hin- sichtlich des Rückgang von Stigma (DSS- personal) zwi- schen IG und KG. Statistisch signifi- kanter Unter- schied zwischen IG und KG im Nachbetrach- tungszeitraum (6 Monate). Der Effekt zeigte sich betreffend die Subskala „gefähr- lich/unberechen- bar“ statistisch signifikant, nicht aber für die Sub- skala „schwach / nicht krank“.
Skre et al. (2013)	CCT	n = 1.070 (IG = 520, KG = 550)	Schüler/-innen von Sekundär- schulen (12- 17 Jahre, IG: Ø 14,06 Jahre SD ± 0,85; KG: Ø 14,29 Jahre SD ± 0,82)	3 Schulen (eine Schule IG, zwei Schulen KG)	NOR	psychi- sche Er- krankun- gen	Edukation (Mental-Health- Literacy) „Mental Health for every- one“ dreitägiges Programm zu psychischer Gesundheit, das einem salutogenen	keine In- tervention	Posttest und 2 Monate	eigens konstru- iertes Erhebungs- instrument: Be- nennung von Erkrankungen, Vorurteile, Wis- sen über Hilfs- angebote	statistisch signifi- kanter positiver Effekt der Inter- vention auf Vorur- teile im Follow-up. Die Vorurteile zeigten einen sta- tistisch signifi- kanten Rückgang

Publikation (Jahr)	Studien- typ	Anzahl Teilneh- mer/-innen (n)	Teilnehmer/ -innen	Setting/Schulen und Gruppen- zuteilung	Region	Erkran- kung	Interventionen/ Maßnahmen	Kontroll- gruppe	Follow-up	Ergebnis- parameter	Effekte
							Ansatz folgt und durch Lehrkräfte oder extern erbracht wird; Zielsetzung des Programms ist die Steigerung des Wissens und die Senkung der Vorurteile über psychische Erkrankungen und die Steigerung des Wissens über Hilfsangebote				innerhalb der IG und gegenüber der KG.

Studientyp:

C-RCT= Cluster Randomised Controlled Trail, CCT = clusterkontrollierte Studie

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

4.3 Nichtberücksichtigte Einzelstudien zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche

In der vorliegenden Kurzforschung wurden 14 Studien unterschiedlichen Studiendesigns zu den Wirkungen von Anti-Stigma-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen identifiziert, welche nicht weiter aufbereitet bzw. ausgeschlossen wurden:

Nichtkontrollierte Studien wurden aufgrund des höheren Biasrisikos nicht aufbereitet.

Studien, die bereits in der systematischen Übersichtsarbeit von Mellor (2014) berücksichtigt wurden, werden in der vorliegenden Kurzforschung nicht gesondert dargestellt.

Aber auch (randomisierte) kontrollierte Studien, welche die Wirkung der Anti-Stigma-Maßnahme direkt im Anschluss an die Intervention bzw. in den darauffolgenden Tagen erheben, haben limitierte Aussagekraft. Anti-Stigma-Maßnahmen bezüglich psychischer Erkrankungen zielen auf längerfristige Veränderungen des Stigmas, trotzdem werden in einer Reihe von Studien kurzfristige Veränderungen (zumeist direkt nach Abschluss einer kontakt- oder informationsbasierten Intervention) gemessen. Die Wahl dieses Vorgehens liegt vermutlich in erhebungspraktischen Gründen, eine relevante Wirkung der Maßnahmen auf das Stigma kann so jedoch nicht belegt werden (vgl. auch Mellor 2014). Clement et al. (2013) weisen darauf hin, dass zukünftige Studien eine Ergebnisbewertung über die unmittelbare Zeit nach der Intervention hinaus – vorzugsweise bis zu einem Follow-up von sechs Monaten oder länger – vornehmen sollten.

Diese Studien wurden der Übersicht halber tabellarisch erfasst. (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** Tabelle 4.3)

Tabelle 4.3
Nichtberücksichtigte Studien

Autorschaft und Jahr	Titel
Studien, die in der Übersichtsarbeit von Mellor (2014) berücksichtigt sind	
Pinto-Foltz et al. (2011)	Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents
Economou et al. (2012)	Fighting psychiatric stigma in the classroom: the impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia
kontrollierte (randomisierte) Studien mit Nachbetrachtungszeitraum < 2 Wochen	
Milin et al. (2016)	Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial
Hart et al. (2018)	Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-randomised crossover trial of teen Mental Health First Aid
Howard et al. (2018)	Can a brief biologically-based psychoeducational intervention reduce stigma and increase help-seeking intentions for depression in young people? A randomised controlled trial
Lanfredi et al. (2019)	Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students
Sarge et al. (2020)	An <i>Auti-Sim</i> Intervention: The Role of Perspective Taking in Combating Public Stigma with Virtual Simulations

Autorschaft und Jahr	Titel
Vila-Badia et al. (2016)	Effectiveness of an intervention for reducing social stigma towards mental illness in adolescents
Cangas et al. (2017)	Stigma-Stop: A Serious Game against the Stigma toward Mental Health in Educational Settings
Farina et al. (2020)	The effect of a dementia awareness class on changing dementia attitudes in adolescents
nichtkontrollierte Studien	
Kohlbauer et al. (2010)	Does education focusing on depression change the attitudes towards schizophrenia? A target-group oriented anti-stigma-intervention
Schiller et al. (2014)	Increasing knowledge about depression in adolescents: effects of an information booklet
Ke et al. (2015)	Healthy young minds: the effects of a 1-hour classroom workshop on mental illness stigma in high school students
Yang et al. (2018)	Adolescent mental health education InSciEd Out: a case study of an alternative middle school population

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Um die breite Fragestellung nach der Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen in der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen zu beurteilen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, in deren Rahmen eine Übersichtsarbeit (Mellor 2014) und zehn (randomisierte) kontrollierte Studien (Campbell et al. 2011; Chisholm et al. 2016; Economou et al. 2014; Giannakopoulos et al. 2012; Gonçalves et al. 2015; Perry et al. 2014; Ranson/Byrne 2014; Skre et al. 2013; Staniland/Byrne 2013; Swartz et al. 2017), welche die längerfristige Wirksamkeit von Interventionen in Bezug auf die Reduktion von Stigma psychischer Erkrankungen untersuchen, identifiziert werden konnten.

Eine **Übersichtsarbeit** von Mellor (2014), die Literatur bis inklusive Juni 2013 berücksichtigt, widmet sich der Fragestellung nach der **Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion des Stigmas psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen im schulischen Setting** und zielt auf die Identifikation konsistenter Elemente innerhalb erfolgreicher Programme ab. Die Studienautorin hält fest, dass, auch wenn in der Literatur häufig auf die vorhandene Evidenz für die Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen im schulischen Setting verwiesen werde, der systematische Review der inkludierten Literatur (17 Studien: sechs [Cluster-]RCT, fünf nichtrandomisierte kontrollierte Studien und sechs kontrollierte Prä-post-Studien) diese Aussage nicht stütze. Studien, die signifikante Effekte unmittelbar nach Abschluss einer Intervention berichten, welche über selbstberichtete Veränderung in Fragebögen erhoben werden, liefern keine ausreichende Evidenzbasis zur breiten Etablierung von Anti-Stigma-Maßnahmen. Hierzu bedürfe es längerer Nachbeobachtungszeiträume. Die Minderheit der inkludierten Studien (sieben von 17 inkludierten Studien) konnten in der längerfristigen Betrachtung signifikante positive Effekte auf zumindest einzelne Komponenten von Stigma (v. a. Wissen/Überzeugungen und Einstellungen) zeigen, wobei die Studienqualität in nahezu allen Studien limitiert war. Mellor (2014) hält fest, dass auf Basis der Evidenz die Frage, welche Elemente zu einer erfolgreichen Anti-Stigma-Maßnahme beitragen, nicht beantwortet werden könne, da es in den identifizierten Studien, die signifikante positive Effekte auf „Stigma“ zeigten, keine konsistenten Elemente gegeben habe. Auf Basis der identifizierten Studien könne nicht abschließend beurteilt werden, ob Anti-Stigma-Maßnahmen in Schulen nicht wirksam gewesen seien, die Konzeption der Maßnahmen nicht zielführend oder das Studiendesign nicht geeignet gewesen sei, um einen Effekt nachzuweisen. Abschließend rät Mellor (2014) zur Vorsicht, in Ermangelung klarer Evidenz von ähnlichen Studien bei Erwachsenen auf Kinder und Jugendliche zu extrapolieren: Zum einen habe das Programm „In Our Own Voice“ positive Ergebnisse bei Erwachsenen gezeigt, aber „enttäuschende“ Ergebnisse bei Jugendlichen. Aber auch eine Metaanalyse (Corrigan et al. 2012) zeige, dass kontaktbasierte Anti-Stigma-Maßnahmen zwar bei Erwachsenen reinen Edukationsmaßnahmen überlegen gewesen seien, bei Jugendlichen sich diese Überlegenheit von Kontakt gegenüber Edukation in Anti-Stigma-Maßnahmen aber nicht gezeigt habe. (vgl. Mellor 2014)

Von den **zehn eingeschlossenen Einzelstudien mit einem Follow-up von zumindest zwei Wochen** untersuchen neun Studien die Wirkungen im Vergleich zu keiner Intervention (inkl. Wartelistenkontrollgruppe) bzw. zu einer Intervention zu einem anderen gesundheitsrelevanten Thema (z. B. Impfen oder normalem Fachunterricht mit Gesundheitsbezug). Nur die Studie von Chisholm et al. (2016) geht der Frage nach, ob eine reine Edukationsmaßnahme oder eine Edukationsmaßnahme plus direktem Kontakt sich als wirksamer hinsichtlich der Reduktion von Stigma psychischer Erkrankungen erweist.

Die zehn Studien weisen auch deutliche Unterschiede hinsichtlich der Intervention (Dauer, Thematik, Ansatz, Zielsetzung), der adressierten Zielgruppe (Alter, Geschlecht), der Untersuchung / des Studiendesigns (von kleinen Pilotstudien bzw. Erprobungen von Maßnahmen bis zur umfassenden Testung bereits erprobter Konzepte), des Follow-up-Zeitraums (14 Tage bis 6 Monate) und der adressierten Komponenten von Stigma ([Wissen], Überzeugungen, Einstellungen, Affekt und [intendiertes] Verhalten) sowie der eingesetzten Messinstrumente zur Erfassung der Wirkungen, auf. (vgl. Kapitel 4.2)

Vier Untersuchungen zeigen positive Effekte auf die Reduktion von Stigma: Eine große randomisierte kontrollierte Studie an 20 öffentlichen Schulen von Economou et al. (2014), welche die Wirkung eines zweistündigen Workshops über Schizophrenie (Edukation ohne Kontakt) auf Ansichten/Einstellungen sowie soziale Distanz über ausgewählte Fragen des Alberta Pilot Site Questionnaire misst, zeigt signifikant positive Effekte auf beide zusammengesetzten Scores zu Ansichten/Einstellungen und zu sozialer Distanz. Der Follow-up-Zeitraum betrug in der Studie jedoch nur 14 Tage. Eine kleinere kontrollierte Studie von Giannakopoulos et al. (2012) an zwei Schulen (einer Interventions- und einer Kontrollschule) zeigte die positive Wirkung eines Workshops mit drei 90-minütigen Einheiten (Edukation ohne Kontakt) bei älteren Schülerinnen und Schülern auf Einstellungen, gemessen über eine validierte Skala (CAMI), und teils positive Wirkungen auf soziale Distanz (bei fünf von zehn Fragen, gemessen über die FABI) im Follow-up nach einem Monat. Zwei Untersuchungen der nahezu identischen Intervention (Ranson/Byrne 2014; Staniland/Byrne 2013), bestehend aus einem mehrstündigen Workshop zu höherfunktionalem Autismus, der Edukation und Kontakt umfasste und an je einer inklusiven Schule abgehalten wurde, zeigten eine positive Wirkung auf Wissen und Einstellungen, nicht jedoch auf die Verhaltensabsichten im Nachbetrachtungszeitraum von zehn Wochen.

Zwei Studien zu Anti-Stigma-Interventionen zeigen keine statistisch signifikante Wirkung im Follow-up: Bei beiden handelt es sich um kontrollierte Studien, die jeweils an nur einer Schule (n = 207 bzw. n = 92 Teilnehmende) durchgeführt wurden und Kontakt als ein Element bzw. das bestimmende Element enthielten. Bei der Pilotstudie von Gonçalves et al. (2015) wurde den Schülerinnen und Schülern ein zehnminütiges Video über eine junge Betroffene (indirekter Kontakt) gezeigt, anschließend wurden die Eindrücke der Jugendlichen diskutiert. Bei der anderen Intervention handelt es sich um einen einstündigen Workshop mit Kontakt zu einer Person mit Erfahrung mit psychischer Erkrankung, wobei hier kurzfristig positive Effekte erzielt werden konnten, die sich jedoch im Follow-up nach zehn Wochen nicht mehr zeigten (vgl. Campbell et al. 2011). Beide Studien setzten ein validiertes Instrument zur Messung von Stigma, den Attribution Questionnaire (AQ) von Corrigan et al., in einer für Jugendliche adaptierten Version (AQ-8-C) bzw. Subskalen des AQ (Angst, Wut und Zwang/Segregation) ein. Der AQ umfasst 27 Items zu neun Subskalen bzw. in

der verkürzten Version einzelne Fragen zu den neun Subskalen, in der Version für Jugendliche wird die Subskala zu Zwang (Therapie) nicht gemessen. Die neun Subskalen decken dabei die Bereiche Einstellungen, Affekt und Verhaltensabsichten ab.

Von den drei Studien, die Mental-Health-Literacy-Interventionen untersuchen und die Stigma als sekundären Ergebnisparameter betrachten, zeigt die größte, ein Cluster-RCT von Swartz et al. (2017) bei über 6.500 Schülerinnen und Schülern, der ein dreistündiges Programm (Adolescent Depression Awareness Program ADAP) untersucht, weder sechs Wochen nach der Intervention noch im Follow-up von vier Monaten einen statistisch signifikanten Effekt auf das intendierte Verhalten der Teilnehmenden, gemessen über die Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS), ein validiertes Messinstrument. Ein kleinerer Cluster-RCT von Perry et al. (2014), der die Wirkungen eines zehnstündigen Mental-Health-Literacy-Programms („HeadStrong“) an mehreren Schulen untersucht, zeigt in der Nachuntersuchung nach sechs Monaten statistisch signifikante Effekte auf der Personal-Stigma-Subskala der Depression Stigma Scale, eines validierten Instruments von Griffith, das primär Fragen zu Einstellungen, aber auch zu Affekt und intendiertem Verhalten umfasst. Die Wirkungen zeigten sich auf der Subskala „gefährlich/unberechenbar“, jedoch nicht auf der Subskala „schwach / nicht krank“. Die Studie berichtet dabei die erste Studienphase, die eigentlich noch nicht genug Power aufwies, um kleine Effekte feststellen zu können. Auch eine kontrollierte Studie zu „Mental Health for everyone“ von Skre et al. (2013) zeigt statistisch signifikante Effekte des dreitägigen Programms im Follow-up nach zwei Monaten auf Vorurteile, wobei hier eine eigene Skala aus vier Fragen konstruiert wurde, um die Effekte zu messen.

Vor dem Hintergrund der Metaanalyse von Corrigan et al. (2012), welche die Wirksamkeit unterschiedlicher Zugänge zur Reduktion von Stigma – vor allem Edukation vs. Kontakt – untersucht und zu dem Schluss kommt, dass bei Jugendlichen sowohl Edukation als auch Kontakt als Interventionen zu positiven Wirkungen führen, jedoch Edukation in dieser Zielgruppe auf die Einstellungen stärker wirkt als Kontakt, untersuchen **Chisholm et al. (2016) diese Fragestellung in einem RCT**. Sie vergleichen die Wirksamkeit einer Intervention, die nur aus Edukation besteht mit jener derselben Maßnahme, die ein 20-minütiges Edukationselement (zur ‚Geschichte psychischer Erkrankungen‘) durch einen Kontakt mit einer von psychischer Erkrankung betroffenen Person ersetzt. Für die Follow-up-Untersuchung zwei Wochen nach der Intervention zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Stigmas, gemessen über die Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) in beiden Gruppen, ohne signifikanten Effekt des zusätzlichen Elements des Kontakts. Hingegen fanden sich in der reinen Edukationsgruppe im Vergleich zur Edukations- und Kontaktgruppe auch signifikante Verbesserungen für die sekundären Ergebnisparameter wie das Wissen über psychische Erkrankungen (gemessen per MAKs), die psychische Gesundheitskompetenz (mental health literacy), das emotionale Wohlbefinden und die Resilienz sowie die hilfeschende Einstellung. Damit zeigte sich die Wirkung der Intervention der reinen Edukation gegenüber der Intervention, die aus Edukation und Kontakt bestand, hinsichtlich einer Reihe von Outcomes in der Zielgruppe der Schülerinnen und Schüler im Alter von 11–13 Jahren überlegen. Für zwei Schulen (n = 270) wurden in der Folge noch Daten zu einem Follow-up nach sechs Monaten erhoben, hier zeigte sich die Intervention ohne Kontakt gegenüber der Intervention mit Kontakt als vorteilhafter in der Reduktion von Stigma (primärer Ergebnisparameter, gemessen über RIBS), aber auch hinsichtlich des Wissen über psychische Erkrankungen (gemessen über MAKs).

Limitationen

Die vorliegende Kurzrecherche weist die nachstehenden Limitationen auf, die bei einer Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen sind:

- » Eine Bewertung der eingeschlossenen Studien hinsichtlich der internen und externen Validität wurde im Rahmen der Kurzrecherche nicht durchgeführt.
- » Zur Beantwortung der Fragestellung wurden nur Übersichtsarbeiten, die von kontrollierten Studien mit einem Nachbeobachtungszeitraum von zumindest zwei Wochen berichten, sowie Studien, die diesen Kriterien entsprechen und nicht in der Übersichtsarbeit berücksichtigt wurden, herangezogen.
- » Eine umfassende Aufbereitung der Evidenz nach Endpunkten wurde nicht vorgenommen. Es existiert eine Vielzahl von Messinstrumenten zu Stigma, die unterschiedliche Komponenten von Stigmatisierung messen. Die eingeschlossenen Studien setzen unterschiedliche Messinstrumente ein, deren eindeutige Zuordnung zu unterschiedlichen Komponenten, die bei Stigmatisierung wirken – das sind Überzeugungen bzw. Einstellungen, Affekt und (intendiertes) Verhalten –, dabei nicht immer eindeutig möglich ist, da manche Messinstrumente Subskalen zu mehreren dieser Komponenten enthalten.

Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung und Empfehlungen zur Evaluation von Anti-Stigma-Maßnahmen

Zusammenfassend kann die Fragestellung nach der Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen in der Zielgruppe Kinder und Jugendliche wie folgt beantwortet werden:

Mellor (2014) kommt zu dem Schluss, dass auf Basis der identifizierten Studien nicht abschließend beurteilt werden könne, ob Anti-Stigma-Maßnahmen in Schulen keine nachhaltige Wirksamkeit zeigen, die Konzeption der Maßnahmen nicht zielführend war oder das Studiendesign nicht geeignet war, um einen Effekt nachzuweisen. Damit könne auch die Frage, welche Elemente zu einer erfolgreichen (nachhaltig wirksamen) Anti-Stigma-Maßnahme beitragen, nicht abschließend beantwortet werden, da es in den identifizierten Studien, die signifikante positive Effekte auf Stigma zeigten, keine konsistenten Elemente gegeben habe.

Seither sind weitere Studien erschienen, welche die nachhaltige Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen untersuchen: Auch wenn diese Studien weiterhin teils unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Effekte auf die Reduktion von Stigma zeigen, belegt ihre Mehrzahl positive Effekte auf Einstellungen, Affekt, aber auch auf intendiertes Verhalten. Dem (intendierten) Verhalten kommt in der Bewertung der Wirksamkeit besondere Bedeutung zu, ist es doch das konkrete Verhalten, das Stigma wirksam werden lässt. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang ein größerer Cluster-RCT von Chisholm et al. (2016), der die nachhaltige Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen, die aus Edukation oder Edukation und Kontakt bestehen, belegt. Der Effekt auf intendiertes Verhalten (RIBS) zeigt im Nachbetrachtungszeitraum von 14 Tagen keinen Unterschied zwischen den Interventionen. Diese Studie bestätigt damit in einem direkten Vergleich von Maßnahmen und einem robusten Studiendesign (C-RCT) die Ergebnisse von Corrigan et al. (2012), die in einer Metaanalyse

zeigten, dass bei Jugendlichen kontaktbasierte Anti-Stigma-Maßnahmen reinen Edukationsmaßnahmen *nicht* überlegen sind. Chisholm et al. (2016) zeigten in ihrer Studie für Jugendliche (im Alter von 11–13 Jahren, \bar{M} 12,21 Jahre $SD \pm 0,58$) weiter, dass in der längerfristigen Nachbetrachtung von sechs Monaten eine reine Edukationsmaßnahme sich als effektiver erweist als jene Maßnahmen, die auch ein Kontaktelement enthalten, allerdings basiert dieses Ergebnis nur auf Daten von zwei der sechs Schulen.

Aufgrund der Heterogenität der in den Studien untersuchten Interventionen hinsichtlich Konzeption und Dauer der einzelnen Maßnahmen, der spezifischen Zielgruppen und des Kontexts der Interventionen (z. B. inklusive Schulen) sowie der unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse ist es weiterhin notwendig, Anti-Stigma-Maßnahmen bei einer Anwendung im regionalen Kontext zu evaluieren.

Die Konzeption der Maßnahmen sollte sich hierbei an Anti-Stigma-Maßnahmen orientieren, für welche die Wirksamkeit in Studien mit möglichst robustem Studiendesign bereits nachgewiesen wurde. Es gibt deutliche Hinweise, dass kontaktbasierte Elemente die Effektivität rein edukativer Anti-Stigma-Maßnahmen – jedenfalls in der Zielgruppe der jüngeren Schülerinnen und Schüler – nicht verstärken (vgl. Chisholm et al. 2016; Corrigan et al. 2012). Auch das sollte bei der Konzeption von Anti-Stigma-Maßnahmen bzw. vor deren breiter Etablierung berücksichtigt werden.

Die Evaluation von Anti-Stigma-Maßnahmen, die auf längerfristige Veränderungen von Stigma psychischer Erkrankungen zielen, sollte jedenfalls einen entsprechenden Nachbetrachtungszeitraum von mehreren Wochen/Monaten berücksichtigen. Auch wenn erhebungspraktische Gründe dagegensprechen mögen, sollten zukünftige Studien eine Ergebnisbewertung bis zu einem Follow-up von sechs Monaten oder länger vornehmen.

Relevant für die wirkungsorientierte Evaluation von Anti-Stigma-Maßnahmen ist überdies, dass die meisten Messinstrumente intermediäre Ergebnisse messen (z. B. Wissen, Einstellungen, Affekt und Handlungsabsichten), jedoch sich erst im konkreten Verhalten von Personen Stigmatisierung zeigt. Die Wirkungen auf das tatsächliche Verhalten sind schwer zu erfassen und werden in den Untersuchungen üblicherweise nicht berücksichtigt. Weil Stigma als komplexes, mehrdimensionales Phänomen zu verstehen ist, das seine Wirkungen über verschiedene Mechanismen entfaltet, ist der Einsatz mehrerer Messinstrumente zur Erfassung der Wirkkomponenten durchaus zu empfehlen, auch um allfällige nicht-intendierte Wirkungen zu erfassen. Die Messung von Stigma bzw. der unterschiedlichen (intermediären) Ergebnisparameter sollte mit validierten und häufig eingesetzten Messinstrumenten erfolgen.

Eine Übersicht über weitere gut untersuchte und etablierte Messinstrumente findet sich in der Arbeit von Fox et al. (2018), wobei einzelne Instrumente wie beispielsweise der Attribution Questionnaire nach Corrigan oder auch der Fragebogen zu „Knowledge and Attitudes about Mental Illness“ nach Wahl gezielt für Jugendliche angepasst und untersucht wurden.

6 Anhang

6.1 Suchstrategie

Datenbank: Medline via Ovid

Datum der Suche: 20. 10. 2020, Update am 3. 3. 2020 (siehe unten)

Tabelle 6.1:
Suchstrategie

NR	Suchwörter	Treffer	Anmerkungen
1	exp Mental Disorders/	1251258	psychische Erkrankungen/ Gesundheit
2	exp Mental Health/	39584	
3	((mental* or psychiatr* or psychological*) adj (ill* or disorder* or disease* or problem* or health* or treatment)).ab,ti.	270719	
4	((reduc* or eliminat* or target* or adress* or oppos* or overcom*) adj1 (stigma or discrimination or stereotyping)).ab,ti.	2753	Anti-Stigma
5	"anti*stigma".ab,ti.	106	
6	(anti adj1 stigma).ab,ti.	432	
7	"destigmati*".ab,ti.	396	
8	4 or 5 or 6 or 7	3558	OR Verknüpfung Anti-Stigma
9	exp meta-analysis as topic/	20223	Suchfilter für systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen
10	exp meta-analysis/	121060	
11	"meta analy*".tw.	181945	
12	"metaanaly*".tw.	2127	
13	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	182476	
14	"Review Literature as Topic"/	7773	
15	9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14	313775	
16	cochrane.ab.	88312	
17	embase.ab.	97485	
18	(psychlit or psychlit).ab.	915	
19	(psychinfo or psycinfo).ab.	37948	
20	(cinahl or cinhal).ab.	29992	
21	science citation index.ab.	3173	
22	reference list\$.ab.	18412	
23	bibliograph\$.ab.	18574	

NR	Suchwörter	Treffer	Anmerkungen	
24	hand-search\$.ab.	7080		
25	relevant journals.ab.	1196		
26	selection criteria.ab.	30895		
27	data extraction.ab.	22262		
28	26 or 27	50813		
29	"review"/	2706597		
30	28 and 29	29458		
31	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25	179351		
32	exp comment/ or exp editorial/ or exp letter/	1893914		
33	15 or 30 or 31	376304		
34	33 not 32	361998		
35	exp evaluation study/	254270		Suchfilter für Evaluationen
36	exp Program Evaluation/	76702		
37	exp "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/	1176535		
38	exp "Surveys and Questionnaires"/	1048992		
39	exp qualitative research/	57631		
40	exp Feasibility Studies/	69433		
41	exp evaluation studies/	254270		
42	(program adj1 evaluation).ab,ti.	4682		
43	(evaluation adj1 study).ab,ti.	4231		
44	35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43	2445052		
45	1 or 2 or 3	1393843	OR Verknüpfung psychische Erkrankungen/Gesundheit	
46	8 and 45	1677	AND Verknüpfung Psyche UND Anti-Stigma	
47	34 and 46	110	Psyche UND Anti-Stigma UND syst. Übersichtsarbeiten/ Metaanalysen	
48	limit 47 to yr="2000 -Current"	110	Treffer syst. Reviews / Metaanalysen	
49	44 and 46	552	Psyche UND Anti-Stigma UND Evaluationen	
50	limit 49 to yr="2000 -Current"	541	Treffer Evaluationen	

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Bei der systematischen Literatursuche in Medline (via Ovid) wurden 106 Treffer mittels des Filters „systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen“ (sowie vier weitere Treffer, welche vor 2010 publiziert worden waren, Summe: 110 Treffer) und 444 Treffer in der Kategorie „Evaluationen“ (sowie 97 weitere, die vor 2010 publiziert worden waren, Summe: 541 Treffer) identifiziert.

Ein Update der Suche wurde am 3. 3. 2021 durchgeführt und erzielte 31 Treffer mittels des Suchfilters „systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen“ und 43 Treffer via den Filter „Evaluationen“.

6.2 Studien in der systematischen Übersichtsarbeit von Mellor (2014)

Abbildung 6.1:

Übersicht über die Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien bei Mellor (2014)

Reference and country	Study type	n	Participant characteristics	Schools, n and group allocation	Intervention group	Comparison group	Follow-up	Outcome measures used in study
Economou <i>et al</i> (2011) ³² (Greece)	CI-RCT	616	School pupils age 13–15, mean age 13.8	11 schools Intervention and control class from each	Schizophrenia intervention Education and experiential, 2 h semi-structured programme including role-play, led by outside professionals (psychiatrist and psychologist) (n = 308)	A talk about nutrition and healthy living, by external professionals (n = 308)	Post-test and 12 months	Selected questions from Alberta Pilot Site Questionnaire: beliefs attitudes and social distance
Pinto-Foltz <i>et al</i> (2011) ³³ (USA)	CI-RCT	156	Female school pupils in Year 9 and 10, mean age 15	2 schools Year 9 from one and Year 10 from other as intervention (vice versa for control)	Mental health intervention. 'In Our Own Voice' Education and contact. 60–90 min duration, including narrative storytelling, discussion and video delivered by people with lived experience (n = 95)	No intervention (n = 61)	1, 4 and 8 weeks	Revised Attribution Questionnaire 'In our Own Voice' Knowledge Measure
Saporito <i>et al</i> (2011) ³⁴ (USA)	RCT	159	School pupils, mean age 15.7	1 school Individual pupils from physical education classes assigned to intervention or control	Mental health intervention Education and indirect contact (video) 35 min presentation Interactive power point, video (of young person with attention-deficit hyperactivity disorder and depression), delivered by psychology students (n = 80)	At same time 35 min video presentation (not interactive) Intervention on smoking (n = 76)	Post-test	Modified Community attitudes towards the mentally ill – CAMI, social restrictiveness scale only Attitudes to seeking help Brief Implicit Association Test (IAT) Semantic differential scales – explicit attitudes Willingness to seek treatment Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
Ventieri <i>et al</i> (2011) ³¹ (Australia)	NRT	228	Primary school pupils in grade 5 and 6, age 9–12	5 schools 1 school intervention, 4 as control	Mental health intervention Education and experiential (role-play) 2 lessons, 90 min and 75 min on consecutive days. Delivered by a 'consultant teacher' and facilitated by first author (n = 69)	No intervention (n = 126)	Post-test and 4 months	Attitude measure, designed for this research Social distance measure Knowledge measure designed to match this intervention
Wahl <i>et al</i> (2011) ³⁵ (USA)	NRT	409	School pupils, grade 7–8, mean age 12.5	4 schools Intervention and control class from each	Mental health intervention 'Breaking The Silence' Education 3 interactive activity sessions in 1 week delivered by class teacher (n = 106)	No intervention (n = 87)	Post-test and 6 weeks	Knowledge and Attitude scales developed for study (and piloted previously) A social distance scale modified for children
Robinson <i>et al</i> (2010) ³⁶ (Australia)	NRT	343	Male school pupils, year 10, age 14–16, mean age 15.2	1 school 13 classes, each assigned to either intervention or control groups	Depression intervention Education and contact 2 h workshop. Interactive keypad, video, animations, communication game and role-play Run by 1 external, 1 pastoral teacher and a famous sportsman with lived experience (n = 118)	No intervention (n = 128)	Post-test	Questionnaire based on those used in the National Mental Health Literacy survey (covering depression recognition, help-seeking, help to others, stigma and attitudes)
Chan <i>et al</i> (2009) ³⁷ (Hong Kong)	CI-RCT	390	School pupils in grade 9, age 13–18, mean age 14.6	3 schools 10 classes across the schools assigned to 1 of 3 comparison groups	Schizophrenia intervention Delivered by author or psychologist trainee 3 comparison groups: (1) Education and indirect contact, 15 min video (recovery from schizophrenia) then a 30 min demythologising lecture (n = 73); (2) Education and indirect contact, lecture then video (n = 94)	(3) Education, lecture only (n = 88)	Post-test and 1 month	Public Stigma Scale Social Distance Scale Knowledge Test
Conrad <i>et al</i> (2009) ³⁸ (Germany)	?NRT	210	School pupils in year 9 and 10, age 13–18	4 schools Unclear if intervention and control groups from each school, or if different sites used as comparison	Mental health intervention. 'Crazy? So What!' 1-day programme of interactive education and contact. Delivered by professionals and young people with lived experience (n = 120)	No intervention (n = 90)	3 months	Self Efficacy Scale Help-seeking behaviour Social distance

CI-RCT, cluster randomised controlled trial, RCT, randomised controlled trial; NRT, non-randomised controlled trial; No intervention, normal lessons.

Übersicht über die Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien bei Mellor (2014) (Fortsetzung)

Table DS1 Study characteristics (continued)								
Reference and country	Study type	n	Participant characteristics	Schools, n and group allocation	Intervention group	Comparison group	Follow-up	Outcome measures used in study
Naylor <i>et al</i> (2009) ²⁹ (UK)	NRT	416	School pupils in year 10, age 14–15	2 schools 1 school intervention, 1 school control	Mental health intervention Education, experiential and (non-contact) video 6 × 50 min weekly lessons by tutors, including video and role-play (n = 174)	No intervention (n = 242)	6 months	Strengths and Difficulties Questionnaire Specifically developed Mental Health Quiz (modified from Royal College of Psychiatry questionnaire for adults)
Pitre <i>et al</i> (2007) ³⁰ (Canada)	CI-RCT	173	Primary school pupils in grade 3–6, age 8–11	5 schools Schools assigned to be intervention or control	Mental health intervention Education 3 × 45 min puppet-show plays written and performed by the authors, depicting schizophrenia, dementia, depression/anxiety, aimed at 'demythologising'. Over what duration? (n = 93)	No intervention (n = 51)	Post-test	Modified Opinions about Mental Illness (OMI) – refactored and modified
Rickwood <i>et al</i> (2004) ³¹ (Australia)	CBA	457	School pupils age 14–18, mean age 16	8 schools 7 schools as intervention 1 school as control (absentee students from intervention school also used in control group)	Mental health intervention 'The MIE-ACT program' Education and contact One interactive, standardised, presentation including personal stories given by pairs of people with lived experience. 50–90 min duration (n = 309)	No intervention (n = 148)	Post-test	Stigma score: novel questions about attitude and social distance after vignette Knowledge: novel quiz General Intentions to Seek Help Questionnaire
Schulze <i>et al</i> (2003) ³² (Germany)	CBA	150	School pupils age 14–18, mean age 14.8	5 schools Intervention and control groups from each	Schizophrenia intervention. 'Crazy? So What?' Education and contact: 1 week interactive programme. Delivered by external professionals, included 2 days with young people with lived experience	No intervention – different project group running at school (n = 60)	Post-test and 1 month	Specifically developed questionnaire to assess stereotypes of schizophrenia and social distance
Ng & Chan (2002) ³³ (Hong Kong)	CBA	219	School pupils, age 13–21	13 schools Intervention and control groups from each	Mental health intervention Education and contact 10 weekly 1h sessions delivered by external professionals (social workers), promotion day organised by students, talks, exhibits, contact with patients in mental health hospitals (n = 117)	No intervention (n = 102)	Post-test and 7 months	Opinion about Mental Illness in Chinese Community developed by authors, based on OMI
Esters <i>et al</i> (1998) ²⁵ (USA)	CBA	40	School pupils in ninth grade, age 13–17, mean age 14.7	1 school Intervention and control group selected	Mental health intervention Education and (non-contact) video led by experimenters Delivered during 3 regularly scheduled health classes over 3 days (n = 20)	No intervention (n = 20)	Post-test and 12 weeks	The OMI Questionnaire Fischer-Turner Pro-Con attitude scale Question about help-seeking
Rahman <i>et al</i> (1998) ³⁴ (Pakistan)	CI-RCT	100	School pupils in year 8, age 12–16	4 schools 2 schools as intervention, 2 as control	Mental health intervention Education and experiential Diverse intervention programme over 4 months including daily lectures, plays and competitions led by external professionals (n = 50)	No intervention (n = 50)	Post-test (after the 4-month programme)	19-item questionnaire designed for study: knowledge and attitudes about 5 mental illnesses
O'Kearney (2009) ³⁵ (Australia)	CBA	157	Female school pupils in year 10, age 16–17	One school Classes assigned to either intervention or control	Depression intervention Education: MoodGYM (Education and cognitive-behavioural therapy (CBT) skills), 5 × 30–60 min online modules, weekly (n = 67)	No intervention (n = 90)	Post-test and 5 months	Secondary Outcomes. Attitudes: the 9 items from the personal attitudes subscale of the Depression Stigma Scale Depression Literacy Scale
O'Kearney <i>et al</i> (2006) ³⁶ (Australia)	CBA	78	Male school pupils in year 9, age 15–16	One school Classes assigned to either intervention or control	Depression intervention Education: MoodGYM (Education and CBT skills), 5 × 30–60 min online modules, weekly (n = 40)	No intervention (n = 38)	Post-test and 5 months	Attitudes as secondary outcome: the 9 items from the personal attitudes subscale of the Depression Stigma Scale

CI-RCT, cluster randomised controlled trial; NRT, non-randomised controlled trial; CBA, controlled before–after studies; No intervention, normal lessons.

Quelle: Mellor (2014)

7 Literatur

- BMASGK; GÖG (2018): Kompetenzgruppe Entstigmatisierung – Kick.Off Sitzung, 07.07.2018. Wien
- Campbell, Michelle; Shryane, Nick; Byrne, Rory; Morrison, Anthony P. (2011): A mental health promotion approach to reducing discrimination about psychosis in teenagers. In: *Psychosis* 3/1:41–51
- Cangas, A. J.; Navarro, N.; Parra, J. M. A.; Ojeda, J. J.; Cangas, D.; Piedra, J. A.; Gallego, J. (2017): Stigma–Stop: A Serious Game against the Stigma toward Mental Health in Educational Settings. In: *Front Psychol* 8/:1385
- Chisholm, K.; Patterson, P.; Torgerson, C.; Turner, E.; Jenkinson, D.; Birchwood, M. (2016): Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. In: *BMJ Open* 6/2:e009435
- Chung, K. F.; Tse, S.; Lee, C. T.; Chan, W. M. (2019): Changes in Stigma Experience Among Mental Health Service Users over Time: A Qualitative Study with Focus Groups. In: *Community Mental Health Journal* 55/8:1389–1394
- Clement, S.; Lassman, F.; Barley, E.; Evans–Lacko, S.; Williams, P.; Yamaguchi, S.; Slade, M.; Rusch, N.; Thornicroft, G. (2013): Mass media interventions for reducing mental health–related stigma. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*7:CD009453
- Corrigan, P. W.; Morris, S. B.; Michaels, P. J.; Rafacz, J. D.; Rusch, N. (2012): Challenging the public stigma of mental illness: a meta–analysis of outcome studies. In: *Psychiatric Services* 63/10:963–973
- Economou, M.; Louki, E.; Peppou, L. E.; Gramandani, C.; Yotis, L.; Stefanis, C. N. (2012): Fighting psychiatric stigma in the classroom: the impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. In: *International Journal of Social Psychiatry* 58/5:544–551
- Economou, M.; Peppou, L. E.; Geroulanou, K.; Louki, E.; Tsaliagkou, I.; Kolostoumpis, D.; Stefanis, C. N. (2014): The influence of an anti–stigma intervention on adolescents' attitudes to schizophrenia: a mixed methodology approach. In: *Child Adolesc Ment Health* 19/1:16–23
- Farina, N.; Hughes, L. J.; Jones, E.; Parveen, S.; Griffiths, A. W.; Galvin, K.; Banerjee, S. (2020): The effect of a **dementia awareness class on changing dementia attitudes in adolescents**. In: *BMC Geriatrics* 20/1:188
- Finzen, Asmus (2017): Stigma and Stigmatisation Within and Beyond Psychiatry. In: *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* . Hg. v. Gaebel, Wolfgang; Rössler, Wulf; Sartorius, Norman. Springer International Publishing Switzerland, Cham. S. 42–S. 29
- Flanigan, L. K.; Climie, E. A. (2020): A Review of School–Based Interventions to Reduce Stigma towards Schizophrenia. In: *Psychiatric Quarterly* 91 /4:983–1002

- Fox, A. B.; Earnshaw, V. A.; Taverna, E. C.; Vogt, D. (2018): Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. In: *Stigma Health* 3/4:348–376
- Freimüller, Lena; Wölwer, Wolfgang (2012): *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis*. Schattauer Verlag, Stuttgart
- Giannakopoulos, G.; Assimopoulos, H.; Petanidou, D.; Tzavara, C.; Kolaitis, G.; Tsiantis, J. (2012): Effectiveness of a school-based intervention for enhancing adolescents' positive attitudes towards people with mental illness. In: *Ment Illn* 4/2:e16
- Gonçalves, M.; Moleiro, C. ; Cook, B. (2015): The Use of a Video to Reduce Mental Health Stigma Among Adolescents. In: *Adolescent Psychiatry* 5/3:204–211
- Hart, L. M.; Morgan, A. J.; Rossetto, A.; Kelly, C. M.; Mackinnon, A.; Jorm, A. F. (2018): Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-randomised crossover trial of teen Mental Health First Aid. In: *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 52/7:638–651
- Howard, K. A.; Griffiths, K. M.; McKetin, R.; Ma, J. (2018): Can a brief biologically-based psychoeducational intervention reduce stigma and increase help-seeking intentions for depression in young people? A randomised controlled trial. In: *J Child Adolesc Ment Health* 30/1:27–39
- Ke, S.; Lai, J.; Sun, T.; Yang, M. M.; Wang, J. C.; Austin, J. (2015): Healthy young minds: the effects of a 1-hour classroom workshop on mental illness stigma in high school students. In: *Community Mental Health Journal* 51/3:329–337
- Kohlbauer, D.; Meise, U.; Schenner, M.; Sulzenbacher, H.; Frajo-Apor, B.; Meller, H.; Gunther, V. (2010): [Does education focusing on depression change the attitudes towards schizophrenia? **A target-group oriented anti-stigma-intervention**]. In: *Neuropsychiatrie* 24/2:132–140
- Lanfredi, M.; Macis, A.; Ferrari, C.; Rilloso, L.; Ughi, E. C.; Fanetti, A.; Younis, N.; Cadei, L.; Gallizioli, C.; Uggeri, G.; Rossi, R. (2019): Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students. In: *Psychiatry Research* 281/:112581
- Link, B. G.; Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing Stigma. In: *Annual Review of Sociology* 27/1:363–385
- Mellor, C. (2014): School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. In: *The Psychiatric Bulletin* 38/4:164–171
- Milin, R.; Kutcher, S.; Lewis, S. P.; Walker, S.; Wei, Y.; Ferrill, N.; Armstrong, M. A. (2016): Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 55/5:383–391.e381

- Perry, Y.; Petrie, K.; Buckley, H.; Cavanagh, L.; Clarke, D.; Winslade, M.; Hadzi-Pavlovic, D.; Manicavasagar, V.; Christensen, H. (2014): Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: a cluster randomized controlled trial. In: *J Adolesc* 37/7:1143-1151
- Pinto-Foltz, M. D.; Logsdon, M. C.; Myers, J. A. (2011): Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a **knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents**. In: *Social Science & Medicine* 72/12:2011-2019
- Ranson, N. J.; Byrne, M. K. (2014): Promoting peer acceptance of females with higher-functioning autism in a mainstream education setting: a replication and extension of the effects of an **autism anti-stigma program**. In: *Journal of Autism & Developmental Disorders* 44/11:2778-2796
- Sarge, M. A.; Kim, H. S.; Velez, J. A. (2020): An Anti-Sim Intervention: The Role of Perspective Taking in Combating Public Stigma with Virtual Simulations. In: *Cyberpsychology, behavior and social networking* 23/1:41-51
- Schiller, Y.; Schulte-Körne, G.; Eberle-Sejari, R.; Maier, B.; Allgaier, A. K. (2014): **Increasing knowledge about depression in adolescents: effects of an information booklet**. In: *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49/1:51-58
- Skre, I.; Friberg, O.; Breivik, C.; Johnsen, L. I.; Arnesen, Y.; Wang, C. E. (2013): A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. In: *BMC Public Health* 13/:873
- Staniland, J. J.; Byrne, M. K. (2013): The effects of a **multi-component higher-functioning autism anti-stigma program on adolescent boys**. In: *Journal of Autism & Developmental Disorders* 43/12:2816-2829
- Swartz, K.; Musci, R. J.; Beaudry, M. B.; Heley, K.; Miller, L.; Alfes, C.; Townsend, L.; Thornicroft, G.; Wilcox, H. C. (2017): School-Based Curriculum to Improve Depression Literacy Among US Secondary School Students: A Randomized Effectiveness Trial. In: *American Journal of Public Health* 107/12:1970-1976
- Vila-Badía, R.; Martínez-Zambrano, F.; Arenas, O.; Casas-Anguera, E.; García-Morales, E.; Vilellas, R.; Martín, J. R.; Pérez-Franco, M. B.; Valduciel, T.; Casellas, D.; García-Franco, M.; Miguel, J.; Balsera, J.; Pascual, G.; Julia, E.; Ochoa, S. (2016): Effectiveness of an intervention for reducing social stigma towards mental illness in adolescents. In: *World J Psychiatry* 6/2:239-247
- Yang, J.; Lopez Cervera, R.; Tye, S. J.; Ekker, S. C.; Pierret, C. (2018): Adolescent mental health education InSciEd Out: a case study of an alternative middle school population. In: *Journal of Translational Medicine* 16/1:84