



Angewandte
Psychologie

Pilotprojekt Integration arbeitsloser Jugendlicher und junger Erwachsener

Projektabschlussbericht

Zürich, Juni 2014

Herausgeber:

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Angewandte Psychologie
Forschungsschwerpunkt Psychotherapie und psychische Gesundheit
www.psychologie.zhaw.ch

Autoren:

lic. phil. Filomena Sabatella
Prof. Dr. Agnes von Wyl

Erscheinungsdatum:

Juni 2014

Mit finanzieller Unterstützung:

Gesundheitsförderung Schweiz

Vorwort und Dank

Wir danken allen Jugendlichen, die sich für ein Interview zur Verfügung gestellt und uns ihre Offenheit und ihr Vertrauen im Gespräch entgegen gebracht haben. Unser Dank richtet sich ebenfalls an die Teilnehmenden Motivationssemester. In einem intensiven Alltag Zeit zu finden um einen Beitrag zu leisten für Forschungs- und Präventionsprojekte ist keine Selbstverständlichkeit. Die Begeisterung die uns entgegengebracht wurde und die Bereitschaft an der Studie teilzunehmen, unterstreicht die Wichtigkeit des Projekts und hat uns in unserem Vorhaben gestärkt.

Wir bedanken uns ebenfalls bei der Gesundheitsförderung Schweiz, mit deren finanzieller Unterstützung das Projekt realisiert werden konnte. Namentlich danken möchten wir auch Kathrin Bollok, die das Projekt während der Abwesenheit von Filomena Sabatella weiter vorangebracht hat und allen Assessorinnen, insbesondere Angelina Mirer, die unzählige Interviews durchgeführt hat und somit eine grosse Unterstützung war.

Executive Summary

Im „Pilotprojekt Integration arbeitsloser Jugendlicher und junger Erwachsener“ ist die Validierung eines Screeninginstruments zur Erkennung psychischer Erkrankungen bei arbeitslosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt worden. Der Wechsel zwischen Ausbildung und Eintritt in die Arbeitswelt hat sich als optimaler Zeitpunkt erwiesen, um Risikopatienten oder bereits manifest psychisch erkrankte junge Menschen mittels Screening zu identifizieren. In dieser Zeit steigen die beruflichen und persönlichen Anforderungen enorm an. Eine Intervention durchzuführen, bevor eine psychische Belastung zur Störung mutiert, kann den Betroffenen viel Leid ersparen.

Für die Validierung wurden 151 arbeitslose Jugendliche und jungen Erwachsene aus dem Kanton Zürich rekrutiert. Die Teilnehmenden befanden sich zur Zeit der Befragung in Motivationssemestern unterschiedlicher Gestaltung. Sie wurden zuerst mittels Fragebogen zu diversen Belastungsfaktoren befragt und anschliessend zu einem klinischen Interview eingeladen. Bei 74 Prozent der Befragten haben wir Hinweise auf mindestens eine psychische Auffälligkeit vorgefunden. Hinweise auf Depressivität finden sich bei 29 Prozent, Substanzmissbrauch bei 20 Prozent (Alkohol) und 21 Prozent (Cannabis) der untersuchten Jugendlichen. Die Auswertung des Screeninginstruments hat ergeben, dass Mühe sich an Gesetze und Regeln zu halten, Aufmerksamkeitsprobleme und hoher sozialer Rückzug nur einige der Risikofaktoren sind, die einer späteren psychischen Erkrankung vorausgehen können.

Das Screeninginstrument ist für Berater konzipiert, die im Kontakt mit arbeitslosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen stehen. Dadurch soll eine mögliche psychische Belastung frühzeitig erkannt und die Möglichkeit eröffnet werden, Massnahmen einzuleiten. Langfristig soll durch diese frühe Intervention die Anzahl ausserordentlicher Invalidenrenten reduziert werden und Jugendliche und junge Erwachsene (wieder) ins Berufsleben integriert werden.

Gleichzeitig wurde in Zusammenarbeit mit Jugendlichen eine Informationsbroschüre erarbeitet, um junge Menschen über psychische Erkrankungen aufzuklären und Hemmungen abzubauen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie soll ebenfalls helfen, das Stigma psychischer Erkrankungen zu reduzieren.

Inhalt

1	Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit.....	5
2	Zielgruppen und Projektziele	8
2.1.	Zielgruppen.....	8
2.2.	Projektziele	9
2.3.	Methodisches Vorgehen	10
3	Ergebnisse und Wirkungen	15
3.1.	Zielerreichung.....	15
3.2.	Zielgruppenerreichung.....	30
4	Prinzipien der Gesundheitsförderung	31
4.1.	Gesundheitliche Chancengleichheit.....	31
4.2.	Empowerment	33
4.3.	Settingansatz.....	34
5	Schlussfolgerungen.....	36
5.1.	Bedeutung der Resultate für die Praxis.....	36
5.2.	Bedeutung der Resultate für die Forschung.....	36
	Literaturverzeichnis	37

1 Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen sind häufig. In der WHO-Studie von Gore et al. (2011) zeigte sich, dass während der Adoleszenz die meisten Krankheitsjahre auf psychiatrische Störungen wie Depressionen, Alkoholmissbrauch und Schizophrenie zurückzuführen sind. Im Kanton Zürich leiden über 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter psychischen Problemen (Steinhausen, Metzke, Meier und Kannenberg, 1998). Der Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter ist eine fordernde und schwierige Zeit. Die jungen Menschen befinden sich in einer sensiblen Phase, die durch Veränderungen und Veränderungsleistungen gekennzeichnet ist. Es müssen Entwicklungsaufgaben erfüllt werden, unter anderem der Aufbau einer eigenständigen Berufs- und Lebensperspektive (Havighurst, 1972). Die Erfahrung von Arbeitslosigkeit wird von Jugendlichen als Frustrations- und Verlusterfahrung wahrgenommen. Es ist unbestritten, dass das effektivste Mittel gegen Arbeitslosigkeit und ihre Nebenwirkungen Arbeitsfindung ist. Es ist auch unbestritten, dass Menschen, welche diesen Schritt nicht schaffen, darunter leiden. Insbesondere für junge Menschen sind diese kritischen Lebensereignisse prägend und können zu einer Schädigung ihrer selbst führen. In einer schweizweiten Gesundheitsbefragung haben Hämmig, Jenny und Bauer (2005) zeigen können, dass Arbeitslosigkeit sich auf die Gesundheit niederschlägt. Arbeitslose sind im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger bei schlechter Gesundheit, neigen zu negativer Emotionalität und Depressivität, zeigen Erschöpfungssymptome und Schlafstörungen. Darüber hinaus sind Arbeitslose häufiger körperlich inaktiv, rauchen mehr und haben vermehrt ein problematisches Trinkverhalten.

Junge Arbeitslose erfahren zusätzlich eine Entwicklungsbeeinträchtigung durch die Vorenthaltung der Arbeitserfahrung und der damit einhergehenden Erfahrungen von Unabhängigkeit, Leistungsfähigkeit, Sinnhaftigkeit, Zeitstrukturierung, Kontaktmöglichkeiten und Identitätsbildung. Die Arbeitslosigkeit führt gemäss Kieselbach und Beelmann (2006) zu einer Häufung von Alltagsorgen, welche ihre Entwicklung im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen lähmen. Ebenfalls werden eine zunehmend nachlassende Arbeitsorientierung, Entfremdungstendenzen, antisoziales sowie deviantes Verhalten und erhöhtes Suizidrisiko als Folgen genannt.

Die negativen Folgen von Arbeitslosigkeit auf die junge Psyche, zeigen sich auch in der rasanten Zunahme ausserordentlicher Invalidenrenten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die aufgrund psychischer Probleme den Einstieg in den Arbeitsmarkt nicht schaffen.

Doch wer sind diese Jugendlichen? Im Schweizer Bildungssystem stehen den 60 Prozent der Jugendlichen, die direkt eine Lehrstelle antreten, 40 Prozent gegenüber, die erschwerte Übergänge in die Sekundarstufe II haben (Hupka, 2003). Die Resultate einer repräsentativen Langzeitstudie mit Probanden aus der Deutsch- und der Westschweiz zeigten, dass etwa 76 Prozent der Jugendlichen entweder direkt in eine schulische Ausbildung (37 Prozent) oder in eine betriebliche Ausbildung (39 Prozent) eintraten. 16 Prozent der Jugendlichen gingen nach dem Besuch eines Brückenangebots in eine zertifizierende Ausbildung. *Die restlichen acht Prozent waren auch drei Jahre nach Schulabschluss in keiner weiterführenden Ausbildung* (Bayard, Staffelbach und Buchmann, 2012). Diese Jugendlichen enden dann bei Beratenden, die keine Ressourcen haben, um sich für die belasteten Jugendlichen und jungen Erwachsenen einzusetzen. Sei es weil das System für diese junge Menschen keine Lösung vorsieht oder weil ein enormer Druck herrscht sie schnellstmöglich in den Arbeitsmarkt zu integrieren und die Zeit für weitere Abklärung schlicht und einfach fehlt.

Ein letzter Faktor der zur Belastung junger Arbeitsloser beitragen kann ist die soziale Stigmatisierung. Ob Arbeitslosigkeit von der Gesellschaft negativ bewertet wird, hängt vom Normalisierungsgrad derselben in der Wohnregion der Betroffenen ab; je höher die Arbeitslosenquoten sind, desto weniger psychosoziale Folgen sind bei den Erwerbslosen zu verzeichnen (Jackson & Warr, 1987).

Fest steht, dass die erfahrene soziale Stigmatisierung das Belastungsgefühl verstärkt. Die Stigmatisierung erhöht auch die Belastung der unangemessen Angepassten; bei den einen, weil sie zu schlecht mit der Situation der Arbeitslosigkeit umzugehen vermögen, bei den anderen, weil es ihnen zu gut gelingt. Letzteren wird vorgeworfen, selbst an ihrer Situation schuld zu sein und die Sozialversicherungen auszunutzen (Kieselbach & Beermann, 2006). Junge Arbeitslose in der Schweiz gehören durchaus zu einer Minderheit und erleben demzufolge eine gesellschaftliche Stigmatisierung.

Aus den oben genannten Gründen ist die frühzeitige Identifizierung von psychischen Belastungen von grosser Bedeutung.

2 Zielgruppen und Projektziele

Nach Klärung der Ausgangslage, werden die identifizierten Zielgruppen vorgestellt und die angestrebten Ziele illustriert.

2.1. Zielgruppen

Arbeitslose Jugendliche und junge Erwachsene (16-25 Jahre)

Die primäre Zielgruppe des Projekts sind arbeitslose Jugendliche und junge Erwachsene aus dem Kanton Zürich, die nach Schulabschluss oder nach der Lehre den Einstieg in den Arbeitsmarkt nicht schaffen, weil sie entweder keine Anschlusslösung finden oder die Lehre abbrechen. Durch das Projekt sollen die erreicht werden, welche dem Druck der Arbeitsintegration auf Grund einer psychischen Belastung nicht standhalten können. Das Screening soll für sie eine Indikation identifizieren durch welche sie entlastet werden können. Der aktuelle Druck wird somit verringert und eine spätere oder begleitete Arbeitsmarktintegration kann erfolgreich angegangen werden.

Berater aus der Arbeitslosenversorgung

Weiter richtet sich das Projekt an Berater, die sich um arbeitslose junge Menschen kümmern. Für sie soll ein schnell einsetzbares und ökonomisches Hilfsmittel geschaffen werden, welches die Erkennung einer psychischen Erkrankung vereinfacht. Mit Unterstützung des validierten Screeninginstruments sollen sie in der Lage sein, eine frühzeitige Triagierung durchzuführen.

2.2. Projektziele

Frühzeitige Identifizierung der Hochrisikopopulation

Jugendliche und junge Erwachsene, die nach Schulabschluss oder nach einer Lehre aufgrund einer psychischen Belastung keinen Anschluss finden, sollen identifiziert werden, bevor sie eine psychopathologische Störung entwickeln. Die Literatur legt nahe, dass sich gerade im Bereich der Arbeitslosenversorgung vermehrt auffällige Jugendliche vorfinden. Die Kausalität der Ereignisse kann anhand des Studiendesigns nicht eruiert werden (Psychisch krank auf Grund der Arbeitslosigkeit oder arbeitslos wegen einer psychischen Erkrankung?), ist jedoch auch nicht das erklärte Ziel des Pilotprojekts. Als dringender beurteilen wir die Risikopopulation zu identifizieren um eine Grundlage für weitere unterstützende Massnahmen zu schaffen.

Screeninginstrument entwickeln und validieren

Ausgehend von bereits existierenden Fragebogen soll in Zusammenarbeit mit den Beratern der Arbeitslosenversorgung ein valides und ökonomisches Screeninginstrument entwickelt werden zur schnelleren Erkennung einer möglichen psychischen Belastung bei arbeitslosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Vorbeugung einer Frühinvalidisierung

Durch die rechtzeitige Erkennung einer psychischen Belastung soll die Lebensqualität der Betroffenen verbessert und die Integration ins Berufsleben gefördert werden. Angestrebt wird die frühzeitige Behandlung und Prävention einer möglichen psychischen Erkrankung. Kann rechtzeitig interveniert werden, wird das langfristig ausgelegte Ziel, das Verhindern einer Frühinvalidisierung, weiter unterstützt. Mit dieser Intervention soll auch die steigende Anzahl Frührentner wieder reduziert werden.

Verbessertes Wissen über psychische Krankheiten

Wissen was uns belastet kann für die Hilfesuche und Bewältigung einer Problematik hilfreich sein. Mit einer Informationsbroschüre sollen Jugendliche und junge Erwachsene über Symptome, Auswirkungen und Behandlungen psychischer Krankheiten aufgeklärt werden. Die Informationen werden einfach und kurz vermittelt um die Aufnahme und Verständlichkeit der Inhalte zu gewährleisten. Dadurch soll das Stigma psychischer Krankheiten verringert werden und die Hemmschwelle, professionelle Hilfe aufzusuchen, abgebaut werden.

2.3. Methodisches Vorgehen

Kooperationspartner erörtern

Als erste Massnahme wurden im Rahmen einer an der ZHAW durchgeführten Bachelorarbeit die relevanten Kooperationspartner erörtert. Diese wurden zu wichtigen Aspekten befragt (z. B. wie wird bei Verdacht auf psychische Belastung mit den Klienten umgegangen?) um fundiertes Vorwissen über das Forschungsfeld zu sammeln. Diese erste Studie sollte einen Einblick verschaffen, wie die Versorgung belasteter arbeitslosen Jugendlichen organisiert ist und wie die Vernetzung der verschiedenen Angebote der Arbeitslosenversorgung funktioniert.

In einer weiteren Studie wurden die Bedürfnisse der Berater der Arbeitslosenversorgung in der gesamten Deutschschweiz abgeholt. Unter anderem wurden bei der Befragung Jugendliche in Motivationssemester, im Vergleich zu solchen in anderen Brückenangebote, als besonders belastet von ihren Betreuungspersonen eingeschätzt. Dies verhalf dem Projekt nebst dem theoretischen Rahmen auch einen konkreten Praxisbezug herzustellen. Es konnte ein datengestützter Entscheid gefällt werden, das Projekt in Motivationssemester durchzuführen.

Motivationssemester kontaktieren und Ausbildung der Assessorinnen

Leitende verschiedener Motivationssemester wurden kontaktiert und für eine Teilnahme angefragt. Die Bereitschaft personelle Ressourcen für eine Teilnahme zur Verfügung zu stellen, war durchwegs vorhanden. Anfang des Schuljahres 2013 / 2014 war es auf Grund einer Reorganisation der gesamten Motivationssemester schwieriger Teilnehmer zu gewinnen. Ansonsten verlief die Rekrutierung weitgehend problemlos.

Gleichzeitig wurden mehrere Assessorinnen zur Durchführung der klinischen Interviews ausgebildet. Die ausgewählten Assessorinnen wurden unter Anleitung einer externen Beraterin für das diagnostische Interview geschult, um die Qualität der erhobenen Daten sicher zu stellen. Weiter wurde die Anzahl der Assessorinnen so tief wie möglich gehalten, um eventuelle Interviewer Effekte durch zu grosse Varianz zu verhindern.

Datenerhebung

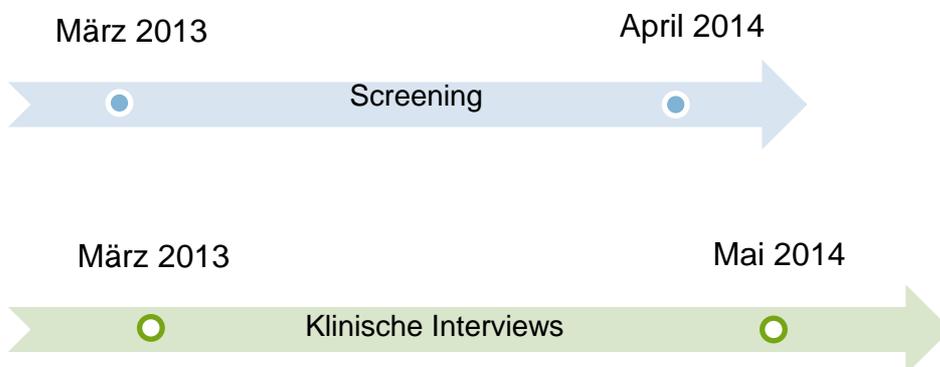


Abbildung 1: Erhebungsperioden Screening und klinische Interviews

Das Ausfüllen der Fragebogen und die Durchführung des klinischen Interviews fanden in einem zeitlichen Abstand von maximal drei Wochen statt.

Folgende Messinstrumente wurden eingesetzt:

Screening:

Young Adult Self-Report (YASR)

Der Young Adult Self-Report (YASR) (Achenbach, 1997) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen für junge Erwachsene im Alter zwischen 18 und 30 Jahren. Er dient der Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Problemen in den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt. Der YASR ist in zwei Teile aufgeteilt. Der erste Teil misst verschiedene Kompetenzen in den Bereichen Familie, Freunde und Arbeit/Schule. Der zweite Teil erfragt emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Beschwerden. Er erfasst acht primäre Syndromskalen: Angst/Depression, sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Denkprobleme, schizoid/zwanghaftes Denken, Aufmerksamkeitsprobleme, intrusives Verhalten im Sinne von Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen (prahlen, hänseln), aggressives Verhalten, delinquentes Verhalten.

Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Diese Skala wurde zur Erfassung der Resilienz entwickelt und besteht aus insgesamt 25 Items. Für das vorliegende Projekt wurde die Kurzversion von Campbell-Sills und Stein (2007) verwendet, welche auf zehn Items reduziert wurde. Die Items erfassen, wie sich Menschen von Veränderungen, persönlichen Problemen, Krankheit, Belastungen, Misserfolgen und schmerzhaften Gefühlen erholen.

Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit (SWE-Skala) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen und wurde anfangs der 1980er Jahre von Schwarzer und Jerusalem (1999) entwickelt. Angewendet wird sie bei Jugendlichen ab zwölf Jahren bis ins hohe Erwachsenenalter

Rosenberg Self-esteem Scale (RSE)

Diese Skala wurde im Jahre 1965 von Morris Rosenberg entwickelt, um das Selbstwertgefühl von Hochschulstudenten zu messen. 1996 wurde sie von Ferring und Filipp in einer deutschsprachigen Version vorgelegt und einer ersten Prüfung unterzogen

Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes

Der letzte Teil des Fragebogens wurde dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2010) entnommen und beinhaltet Fragen zum Migrationshintergrund. Das BAG empfiehlt, sich bei der schriftlichen Befragung von Jugendlichen auf das notwendige Minimum zu beschränken. Deshalb beschränkten sich die Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes auf die Bereiche: Geburtsland, Einreisezeitpunkt, Geburtsland der Eltern und Sprachen, die zu Hause gesprochen werden.

Alle ausgefüllten Fragebogen wurden im Statistikprogramm SPSS erfasst und statistisch ausgewertet.

Klinisches Interview

Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI)

Der M-CIDI ist die deutsche Version des DIA-X Systems. Dies ist ein modulares und flexibles diagnostisches Beurteilungssystem, das den Benutzer in reliabler und effizienter Weise bei der Diagnostik nach den Forschungskriterien der ICD-10 und/oder DSM-IV unterstützt. Die Anwendungsdauer liegt bei 1 bis 3 Stunden pro Interview.

Wer wurde befragt

151 junge Erwachsene aus dem Kanton Zürich, die zur Zeit der Befragung in Motivationssemestern des Kantons Zürich angemeldet waren. Acht Motivationssemester konnten für eine Studienteilnahme gewonnen werden. Drei in der Stadt Winterthur, zwei in der Stadt Zürich und zwei im restlichen Kanton Zürich.

Evaluation des Screeninginstrument

Nach Abschluss der Datenerhebung wurde anhand der erhobenen Fragebogendaten und des diagnostischen Interviews die Sensitivität und Spezifität der Screeninginstruments ausgewertet. Ergebnisse dazu werden im Kapitel drei vorgestellt.

Informationsbroschüre

Parallel zur Projektdurchführung wurde in Zusammenarbeit mit Fachpersonen eine Informationsbroschüre erarbeitet und gestaltet. Die Broschüre soll helfen Hemmungen abzubauen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies ist wichtig, da nur wenige Betroffene sich tatsächlich in psychotherapeutische / psychiatrische Therapie begeben. Weiter soll der Stigmatisierung psychischer Krankheiten entgegenwirkt werden indem sie zur Aufklärung über mögliche Krankheitsbilder beiträgt. Die Broschüre ist in einem iterativen Prozess entstanden. Es wurde ebenfalls ein Pretest an zwölf Jugendlichen durchgeführt um das Verständnis und die Zugänglichkeit der enthaltenen Informationen sicherzustellen.

3 Ergebnisse und Wirkungen

3.1. Zielerreichung

Zunächst werden die in Kapitel zwei definierten Ziele im Einzelnen auf ihre Umsetzung überprüft.

Frühzeitige Identifizierung der Hochrisikopopulation

Zum besseren Verständnis soll hier deskriptiv die untersuchte Stichprobe vorgestellt werden. Demographisch entspricht die Stichprobe den Erwartungen. Der Männeranteil war mit 62 Prozent höher als der Frauenanteil (38 Prozent). Die Altersspanne lag zwischen 14 und 25 Jahren, der Durchschnitt bei 17 Jahren.

Betrachtet man den Migrationshintergrund der Teilnehmende, ergaben sich widersprüchliche und zugleich spannende Ergebnisse. Zum YASR gehört auch die Frage der Nationalität. Diese Frage könnte man quasi als *Selbstdeklaration* der eigenen Nationalität auffassen. Der Anteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund war beachtlich, jedoch überwiegte der Anteil Jugendlicher die sich als Schweizer ansehen mit 60 Prozent deutlich.

Hier die Aufschlüsselung nach Herkunft (es wurden nur Herkunftsländer mit mindestens zwei Nennungen berücksichtigt):

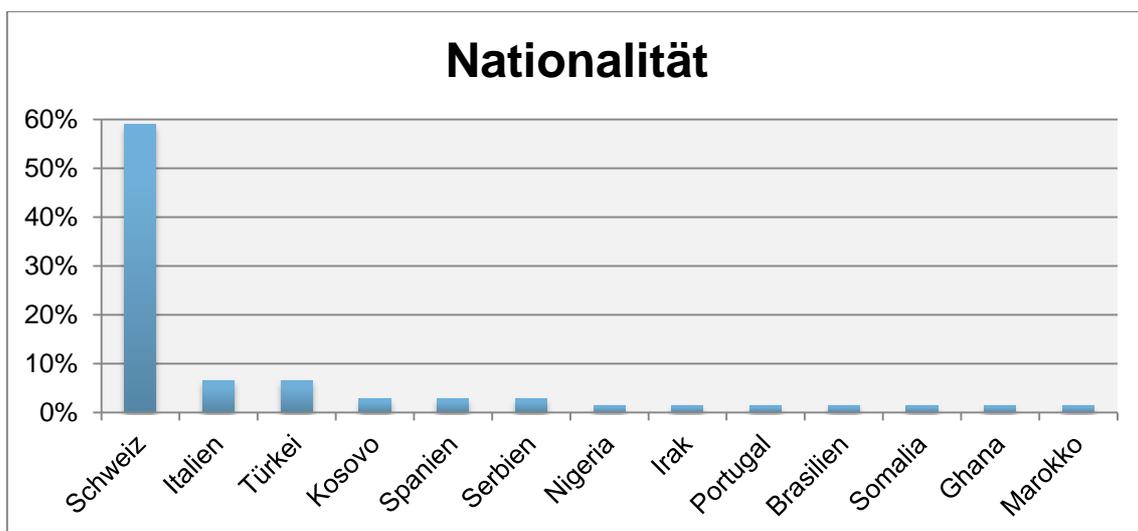


Abbildung 2: Selbstdeklaration Nationalität der Studienteilnehmenden

In der Schweiz ist der Begriff *Migrationshintergrund* laut dem Bundesamt für Statistik (BfS, 2014) genau definiert. Er umfasst die Bevölkerung aller Personen, deren Eltern im Ausland geboren sind. Dazu gehören einerseits Personen, die in die Schweiz eingewandert sind (Migranten) als auch deren in der Schweiz geborenen direkten Nachkommen. Nahm man nun diese Definition als Auswertungsgrundlage ergab sich ein diametral entgegengesetztes Bild.

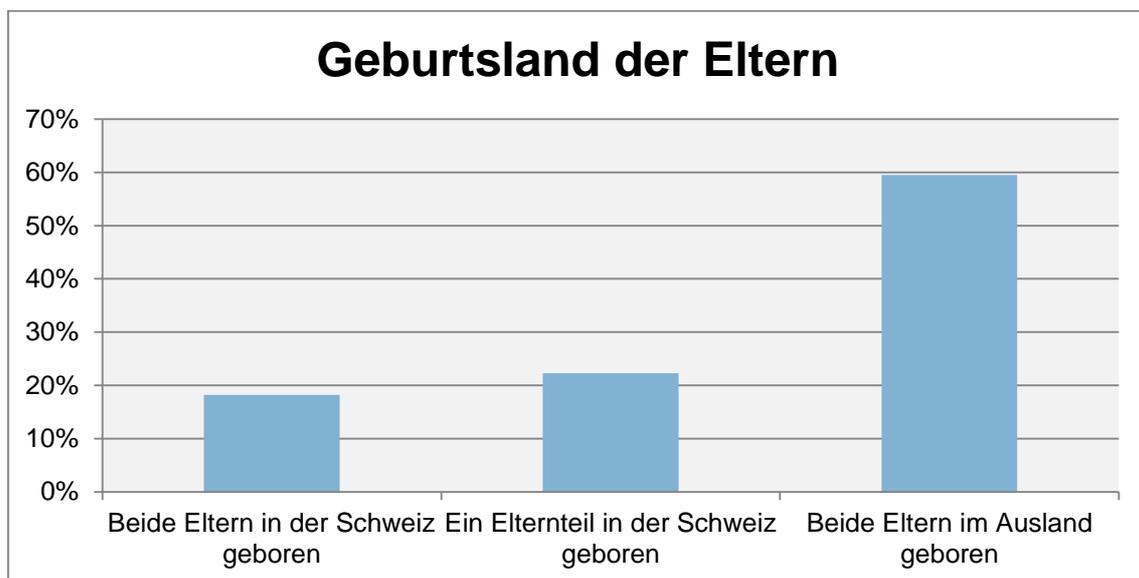


Abbildung 3: Geburtsland der Eltern der Studienteilnehmenden

Der Anteil der Jugendlichen schweizerischer Nationalität sank von fast 60 Prozent auf 18 Prozent. Die restlichen 82 Prozent waren Jugendliche mit Migrationshintergrund.

Die Resultate der klinischen Interviews zeigten, dass bei 74 Prozent der Befragten zumindest Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vorlagen. Diese Zahlen belegen eindeutig, dass Jugendliche in Motivationssemestern deutlich belasteter sind als die Normalbevölkerung. Die Prävalenz für psychische Beschwerden bei Jugendlichen in der Schweiz bewegt sich je nach Studie zwischen 20 Prozent und 25 Prozent. Im Folgenden werden die Resultate der klinischen Interviews unterteilt nach Störungsgruppe vorgestellt. Prävalenzen unter fünf Prozent wurden zur besseren Übersicht weggelassen.

Die Gruppe der *affektiven Störungen* enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression oder zur gehobenen Stimmung bestehen.

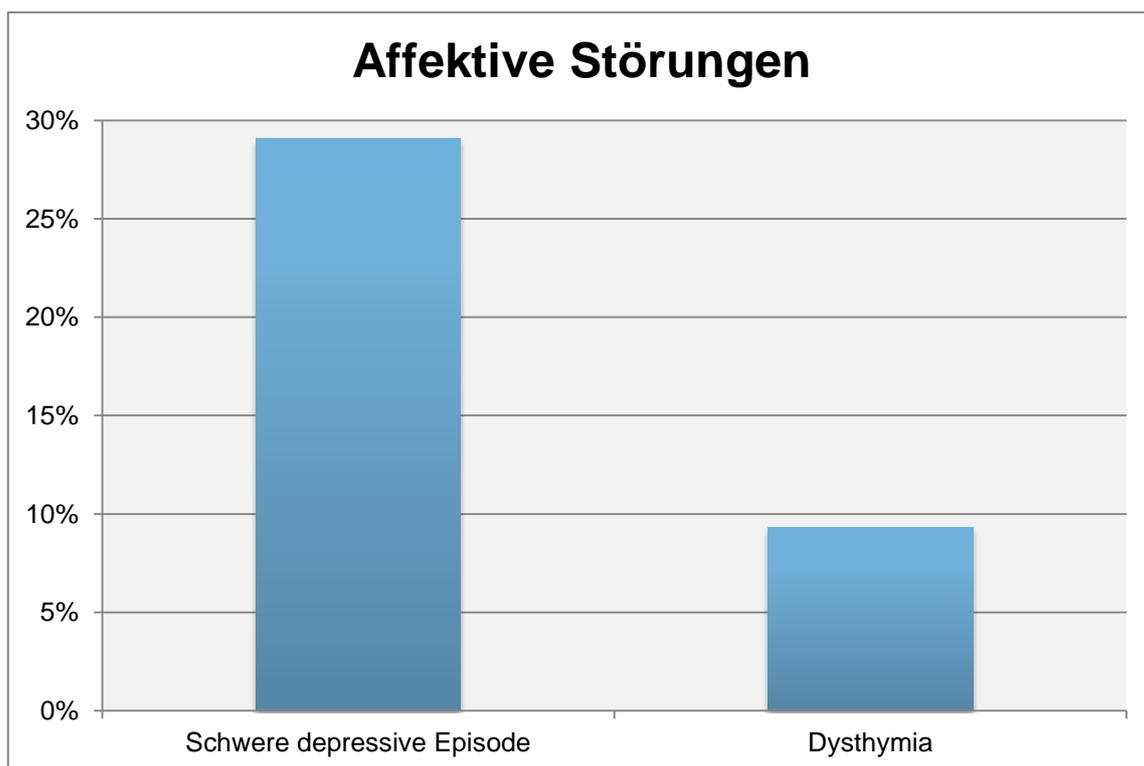


Abbildung 4: Häufigkeiten affektive Störungen

Bei unserer Stichprobe waren keine Jugendlichen dabei, die Beschwerden im manischen Bereich zeigten, jedoch sehr wohl solche die über depressive Symptome berichtet haben. Dieser Befund ist im Einklang mit der gängigen Literatur. Depressionen gehören zu den häufigsten Störungsbildern unter Jugendlichen (Gore, et al., 2011). Eine

aktuelle Studie der WHO (World Health Organisation, 2014) zählt Suizide nebst Verkehrsunfällen und HIV / AIDS zu den häufigsten Todesursachen bei 16-25 jährigen weltweit. Auch bei unserer Stichprobe fanden sich bei knapp 30 Prozent Hinweise für eine schwere depressive Episode. Fast zehn Prozent berichteten über eine chronische, über mehrere Jahre anhaltende Verstimmung und erfüllten im klinischen Interview die Kriterien für eine Dysthymie. Nennenswerte Geschlechtsunterschiede fanden wir nur bei der Dysthymie (Männer 5 Prozent, Frauen 16 Prozent).

Die nächste Gruppe sind die Neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen. Zur besseren Übersicht haben wir diese in somatoforme und Angststörungen unterteilt.

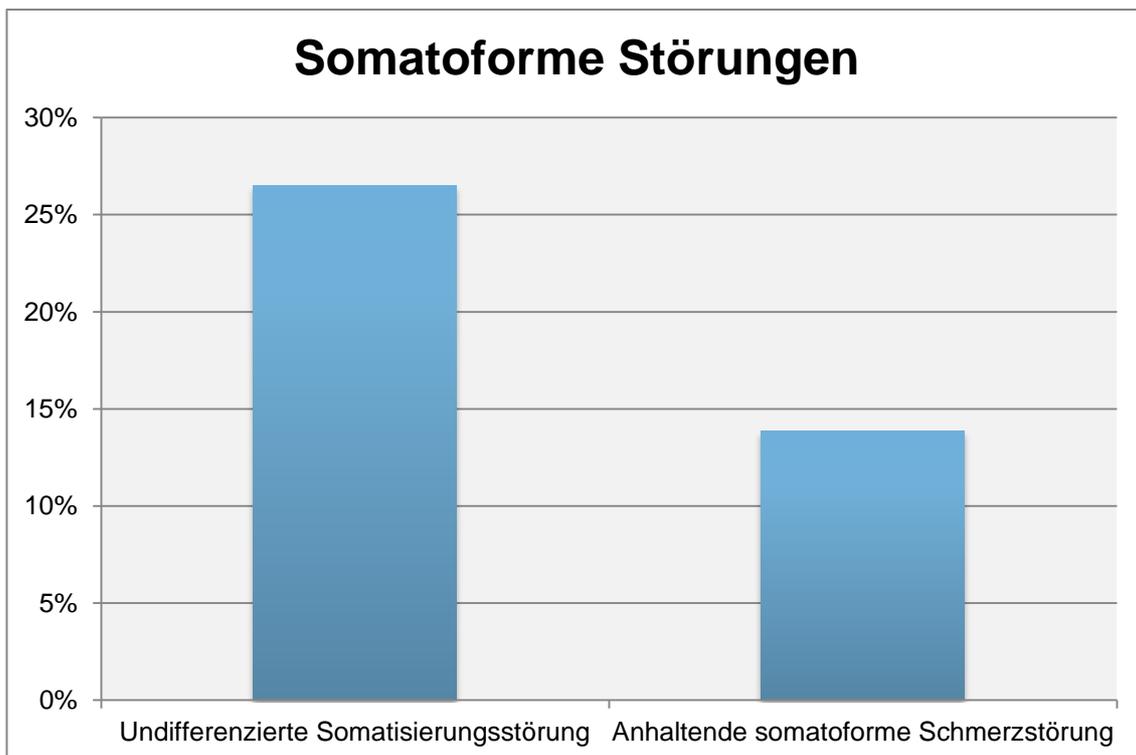


Abbildung 5: Häufigkeiten somatoforme Störungen

Das Charakteristikum somatoformer Störungen ist das wiederkehrende Auftreten körperlicher Symptome in Verbindung mit wiederholten medizinischen Untersuchungen trotz negativer Ergebnisse.

Von *Undifferenzierter Somatisierungsstörung* spricht man, wenn die körperlichen Beschwerden zahlreich, verschieden und hartnäckig sind, das vollständige klinische Bild einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt ist.

Die vorherrschende Beschwerde bei der *anhaltenden somatoformen Schmerzstörung* ist ein steter, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf.

Auch hier zeigte sich in unserer Stichprobe eine erhöhte Prävalenz im Vergleich zur Normalbevölkerung (Lieb, Mastaler und Wittchen, 1998). Bei der undifferenzierten Somatisierungsstörung lag der Frauenanteil mit 31 Prozent leicht höher als der Männer-

anteil mit 24 Prozent. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zeigte deutliche Geschlechtsunterschiede. Da fand man nur bei 10 Prozent der befragten Männer Hinweise für eine Diagnose, im Vergleich zu 21 Prozent der Frauen.

Angststörung ist ein Sammelbegriff für psychische Störungen, bei denen entweder eine übertriebene unspezifische Angst oder konkrete Furcht (Phobie) vor einem Objekt bzw. einer Situation besteht. Die Panikstörung, bei der Ängste zu Panikattacken führen, zählt ebenfalls zu den Angststörungen.

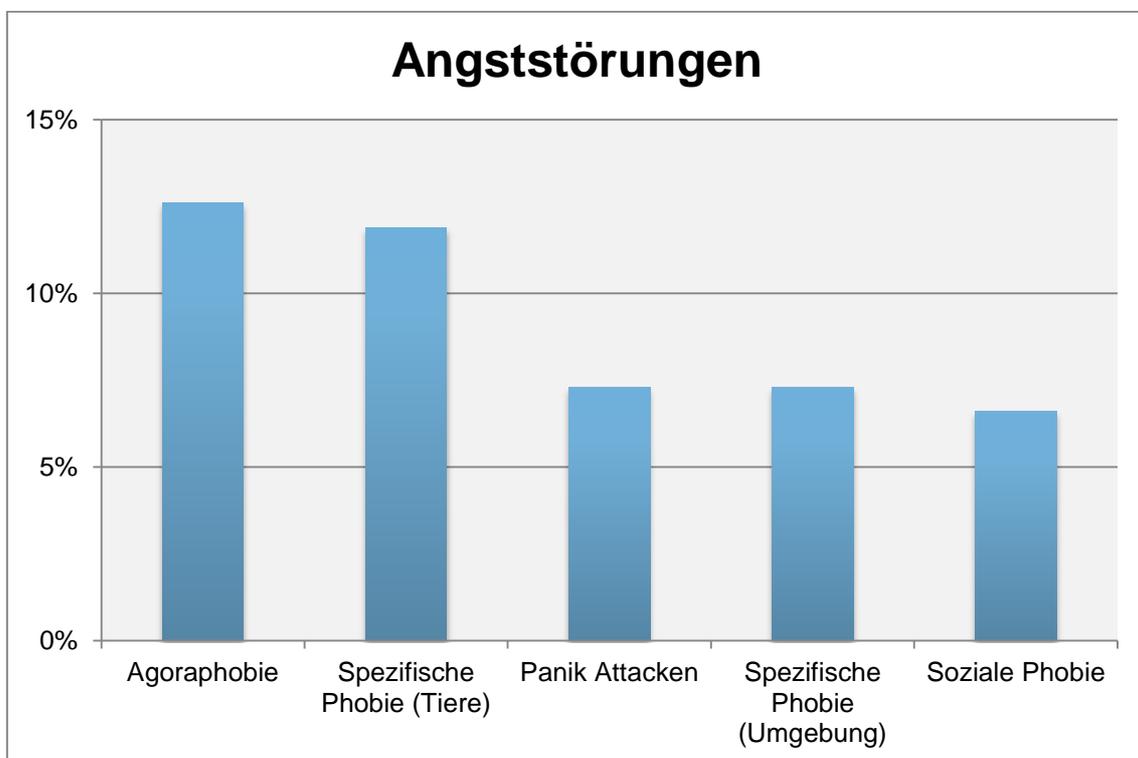


Abbildung 6: Häufigkeiten Angststörungen

Ausser bei der sozialen Phobie zeigten auch hier Frauen durchgehend höhere Prävalenzwerte.

Die letzte Gruppe ist die der *Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*. Darin werden eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern subsummiert. Die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich.

Nikotinabhängigkeit wurde explizit nicht erfasst, da wir die Diagnose nicht als belastend genug einschätzen um eine Frühinvalidisierung zu erklären.

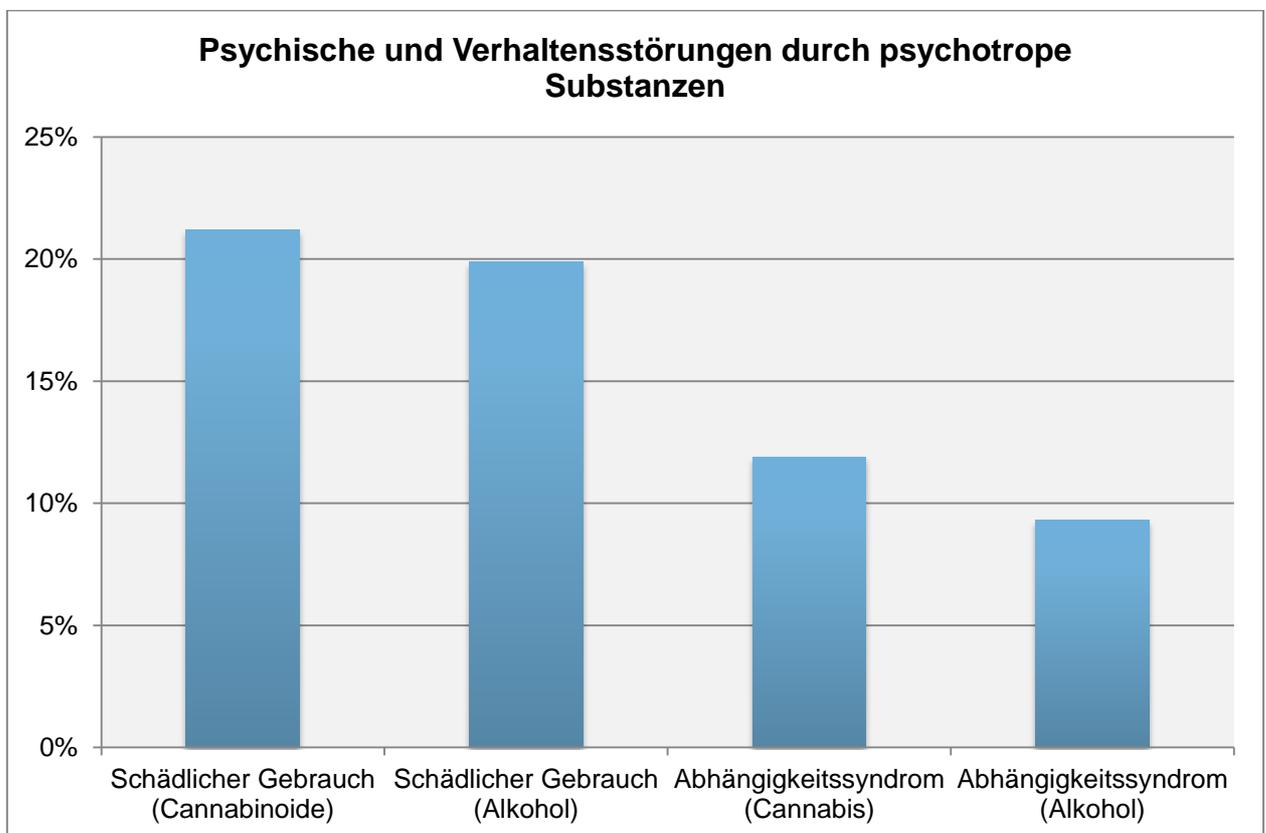


Abbildung 7: Häufigkeiten Substanzmissbrauch und Abhängigkeit

Hier zeigten Männer durchgehend höhere Prävalenzwerte als Frauen, was auch den Erwartungen entsprach. Es erstaunte die höhere Prävalenz von Cannabis im Vergleich zu Alkohol.

Fazit

Überraschend war die geringe Anzahl an Essstörungen die vorgefunden wurde. Dies lässt sich womöglich durch den niedrigeren Frauenanteil in der Stichprobe erklären. Jedoch wurden auch in anderen epidemiologischen Studien in dieser Altersgruppe (Steinhausen, et al., 1998) niedrige Prävalenzwerte für Essstörungen gefunden, insbesondere im Vergleich mit anderen Störungsbilder.

Im klinischen Interview wurden die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen nicht erfasst. Ebenfalls wurde die gesamte Thematik der online Süchte ausgeklammert.

Abschliessend lässt sich sagen, dass wir mit unserem Projekt klar eine belastete Gruppe identifizieren und somit das gesetzte Ziel erreichen konnten.

Screeninginstrument entwickeln und validieren

Die Zusammensetzung des Screeninginstruments wurde bereits in Kapitel zwei vorgestellt. Nach erfolgreicher Durchführung der notwendigen Anzahl Screenings und klinischen Interviews wurden die einzelnen Fragebogen auf ihre Validität als Prädiktoren überprüft. Hierfür wurde das statistische Verfahren der logistischen Regression angewandt.

Die drei ressourcenorientierten Konstrukte Selbstwirksamkeit, Resilienz und Selbstwert zeigten nicht die erhofften Ergebnisse. Die Korrelationen bewegten sich in der theoretisch zu erwartenden Richtung, jedoch korreliert nur der Selbstwert negativ signifikant mit dem Diagnosestatus.

Die logistische Regression ergab ein ähnliches Resultat, keines der Konstrukte verfügt über die nötige Vorhersagekraft einer späteren möglichen klinischen Diagnose.

Anders sieht es bei den Syndromskalen des YASR aus. Hier korrelierten die Skalen *Aufmerksamkeit* und *delinquentes Verhalten* hochsignifikant mit dem späteren Diagnosestatus. *Sozialer Rückzug* korrelierte ebenfalls signifikant mit dem Diagnosestatus sowie die beiden Skalen internalisierende und externalisierende Störungen. Dabei wird die Skala internalisierende Störungen aus den Werten der Skalen *Angst/Depression* und *sozialer Rückzug* und die Skala externalisierende Störungen aus den Werten der Skalen *intrusives Verhalten*, *aggressives Verhalten* und *delinquentes Verhalten* ermittelt.

Diese Syndromskalen erzielten auch bei der logistischen Regression die besten Resultate. Um dem Leser ein besseres Gefühl dafür zu vermitteln, welche Fragen sich hinter den jeweiligen Skalen verbergen, sollen hier die Items der relevanten Skalen wiedergegeben werden. Die Skalen werden nach ihrer Stärke aufgelistet, eine spätere klinische Diagnose vorherzusagen.

Delinquentes Verhalten

- Ich nehme Drogen (ausser Alkohol) oder Medikamente ohne medizinischen Grund
- Ich mache Sachen kaputt, die Anderen gehören
- Ich verstosse gegen Regeln in der Schule, bei der Arbeit oder anderswo
- Ich bin mit anderen Menschen zusammen, die in Schwierigkeiten geraten
- Ich lüge oder schwindele
- Ich stehle
- Ich trinke zu viel Alkohol oder betrinke mich
- Ich tue Dinge, die mich mit dem Gesetz in Konflikt bringen können
- Ich zahle nicht meine Schulden oder erfülle nicht andere finanzielle Verpflichtungen

Aufmerksamkeit

- Ich verhalte mich zu jung für mein Alter
- Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen
- Ich bin zu abhängig von anderen Menschen
- Ich bin tagsüber verträumt oder in Gedanken
- Ich bringe Dinge nicht zu Ende, die ich machen sollte
- Meine Leistungen in der Schule oder im Beruf sind schlecht
- Mein Verhalten ist verantwortungslos

Denkprobleme

- Ich habe mich absichtlich verletzt oder versucht, mich umzubringen
- Ich mache meine eigenen Sachen kaputt
- Ich höre Geräusche oder Stimmen, die sonst niemand zu hören scheint
- Ich sehe Dinge, die Andere nicht zu sehen scheinen
- Ich habe Gedanken oder Ideen, die andere Leute seltsam finden würden

Sozialer Rückzug

- Ich bin lieber alleine als mit anderen zusammen
- Andere Menschen mögen mich nicht
- Ich will nicht sprechen
- Ich habe Schwierigkeiten, Freunde zu finden oder Freundschaften aufrecht zu erhalten
- Ich bin verschlossen, behalte Dinge für mich
- Ich bin schüchtern oder scheu
- Ich bin zurückhaltend, nehme keinen Kontakt mit Anderen auf

Fazit

Ein Screeninginstrument welches in der Lage sein sollte, eine spätere psychische Störung vorherzusagen, sollte aus den oben erläuterten Syndromskalen zusammengesetzt sein. Die fehlende Relevanz der ressourcenorientierten Konstrukte überrascht.

Vorbeugung einer Frühinvalidisierung

Dieses Ziel ist am schwierigsten zu beurteilen. Es handelt sich hierbei nicht um ein immediates Ergebnis welches wir uns als Projekt Outcome erhoffen. Vielmehr handelt es sich wie einleitend gesagt um ein langfristiges Ziel. Um empirisch überprüfen zu können, ob wir mit der Einführung unseres Screeninginstrumente tatsächlich eine Reduktion der Anzahl Frühinvalidisierungen erreichen könnten, wären kontrollierte Langzeitstudien angezeigt, die den Rahmen des Pilotprojekts sprengen würden.

Jedoch können wir gestützt auf theoretische Annahmen und den empirischen Daten die wir im Feld unseres Projekt gefunden haben, stark davon ausgehen, dass bei einer Frühintervention weniger Jugendliche bis zur Invalidenrente unbehandelt bleiben würden und somit einer Rentnerkarriere entkommen könnten. Dies wird auch aus der gewonnenen Feldpraxis bestätigt. Viele Leitende von Motivationssemester, Beratende der Arbeitslosenversorgung und ein Jugendpsychiater, bestätigen unsere Sichtweise und unterstützen das Vorhaben. Aus diesem Grund, kristallisiert sich als nächster Schritt die Implementierung des Screeninginstrumente im Kanton Zürich. Wünschenswert wäre auch der Einbezug der restlichen Deutschschweiz um eine gewisse Standardisierung der Prozesse und Qualität gewähren zu können.

Verbessertes Wissen über psychische Krankheiten

Um dieses Ziel umzusetzen, wurde die Entwicklung und Verbreitung einer Informationsbroschüre für Jugendliche über psychische Störung konzipiert. Die Inhalte der Broschüre wurden von Fachpersonen zusammengestellt. Um jedoch die Zielgruppenerreichung bezüglich Verständlichkeit und Ansprechbarkeit sicherzustellen, wurde ein Pretest bei der Zielgruppe durchgeführt. Die Gesamtstichprobe umfasste zwölf Jugendliche / junge Erwachsene (sechs männliche und sechs weibliche) zwischen 16 und 18 Jahren, mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund. Die Befragung erfolgte in zwei Phasen. Zuerst wurden sechs Jugendliche zur Broschüre befragt und deren Rückmeldung in die Broschüre eingearbeitet. Die weiteren sechs Jugendlichen wurden zur überarbeiteten Version befragt. Im vorliegenden Bericht werden nur die Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde wiedergegeben.

Inhaltliche Beurteilung der Informationsbroschüre

Beinahe durchgehend waren die Jugendlichen der Ansicht, dass die Broschüre bei Gleichaltrigen auf Interesse stossen würde. Als besonders gelungen wurde die klare Gliederung bezeichnet. Inhaltlich gab es durchwegs gute Kritik; der Inhalt sei kurz und bündig, die wichtigsten Krankheiten seien beschrieben. Es wurde betont, dass alles gut verstanden werde und die Wortwahl nicht einschüchternd wirke und dass es so geschrieben sei „*wie es sein könne im Leben*“. Die Broschüre wurde als informativ eingestuft, die Störungsbilder als einfach erklärt, sodass man alles verstehe. Der Umfang wurde als angemessen beurteilt, nicht zu viel und trotzdem wisse man nach dem Lesen das Wichtigste.

Als verbesserungswürdig wurden vereinzelte Aspekte genannt: So war ein junger Mann der Ansicht, die Belastungen, die durch die Schule entstehen, sollten stärker thematisiert und die Broschüre insgesamt „spannender“ gestaltet werden. Was er sich unter spannender vorstellt, konnte er jedoch nicht benennen.

Keiner der Jugendlichen empfand das Thema als einschüchternd oder würde es als besonders unangenehm bezeichnen. Hingegen konnten sich drei gut vorstellen, dass es gewisse andere Jugendliche als unangenehm, empfinden würden. Übereinstimmend waren die meisten der Ansicht, dass man sich nur mit dem Thema auseinandersetzt, wenn man direkt betroffen ist oder Menschen, die einem nahe stehen. Die Bro-

schüre wurde als geeignet empfunden, um Betroffenen und Interessierten mögliche Ängste zu nehmen.

Vorhandenes Wissen

Insgesamt waren die Jugendlichen sehr interessiert an der Broschüre. Die individuell bereits vorhandenen Informationen zu psychischen Störungen der teilnehmenden Jugendlichen, waren sehr unterschiedlich. Die Mehrheit hatte sich bis anhin kaum mit dem Thema psychische Erkrankungen und mögliche Kontaktangebote auseinandergesetzt.

Einige hatten im Rahmen von Projektwochen und Präventionsprogrammen vor allem zu den verschiedenen Sucht und Essstörungen schon etwas erfahren, einige hatten sich auch bereits mit dem Thema der Schizophrenie auseinandergesetzt. Von den Teilnehmenden hatten sich weder der KV-Lehrling noch der Schüler des privaten Kurzzeitgymnasiums im schulischen Umfeld mit dem Thema auseinandergesetzt. Viele waren jedoch bereits privat in Kontakt mit psychischen Erkrankungen gekommen. Den meisten waren Essstörungen und Depressionen bekannt. Sonstige Kontakte aus dem nahen Umfeld waren ein heroinsüchtiger Schulkollege, die Mutter einer Kollegin litt unter Essstörungen, jemand hatte einen Vater mit Burnout, zwei Geschwister der Teilnehmer waren psychotisch, viele hatten sich ritzende Schulkolleginnen. Auf Neugier stiessen insbesondere Angststörungen.

Fazit

Abschliessend kann gesagt werden, dass es dem Projektteam gelungen ist eine informative und ansprechende Broschüre zusammen zu stellen. Dies konnte mit den Rückmeldungen der teilnehmenden Jugendlichen bewerkstelligt werden. Es gab jedoch nebst den inhaltlichen Rückmeldungen zur Broschüre weitere spannende Ergebnisse. Diese können und sollen nicht repräsentativ sein, helfen aber die Einstellung junger Menschen gegenüber psychischen Störungen zu verstehen. Interessant ist die hohe Exposition, die junge Menschen zu psychischen Störungen haben. Viele berichten von belasteten Menschen in ihrem nahen Umfeld.

Ein weiteres spannendes Ergebnis aus den Gesprächen, scheint die unterschiedliche Thematisierung psychischer Beschwerden an Schulen zu sein. Hier könnte es sinnvoll sein mit der erarbeiteten Broschüre zu arbeiten. Sie soll natürlich nicht das persönliche Gespräch ersetzen, vielmehr soll sie den ersten Schritt vereinfachen, um sich weitere Informationen zu holen und eine mögliche Diskussionsgrundlage darstellen. Sei es bei Jugendlichen, die selber betroffen sind oder solche, die Angehörige oder Freunde haben, die betroffen sein könnten. Auch die Themen die behandelt werden, sollten vielleicht zuerst mit den Jugendlichen abgesprochen werden. Unsere Stichprobe zeigt grosses Interesse mehr über Angststörungen zu erfahren. Die Aufklärung an Schulen zu optimieren ist jedoch nicht Ziel dieses Projekt und die hier präsentierten Resultate sind nicht für das zürcherische Schulsystem repräsentativ.

Bezüglich der Broschüre scheint es sinnvoll zu sein, sie an interessierten Schulen, Brückenangeboten und weiteren Aufenthaltsorten für junge Menschen aufzulegen. Hier sind auch schon Gespräche im Gange.

3.2. Zielgruppenerreichung

Arbeitslose Jugendliche und junge Erwachsene (16-25 Jahre)

Wie gut die Zielgruppe der jungen Arbeitslosen erreicht wurde lässt sich zur Zeit schwer einschätzen. Aus den Interviews und den Gesprächen schien teilweise ein gewisser Leidensdruck und Problembewusstsein vorhanden zu sein. Jedoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass junge Menschen sich langfristiger Folgen unbehandelter psychischer Beschwerden bewusst sind.

Berater aus der Arbeitslosenversorgung

Die Teilnahmebereitschaft der Motivationssemester hat das Projektteam positiv überrascht. Es unterstreicht die Dringlichkeit der Thematik. Viele der teilnehmenden Institutionen versprechen sich viel von den Resultaten des Pilotprojekts - eine rasche Implementierung des Screeninginstrument wurde mehrfach gewünscht.

4 Prinzipien der Gesundheitsförderung

4.1. Gesundheitliche Chancengleichheit

Wie schon mehrmals erwähnt, handelt es sich bei den jungen Arbeitslosen in der Schweiz um eine Minderheit. Dies bestätigt sich, wenn wir die Zahlen der Jugendarbeitslosigkeit in der EU Zone anschauen (Abbildung 8).

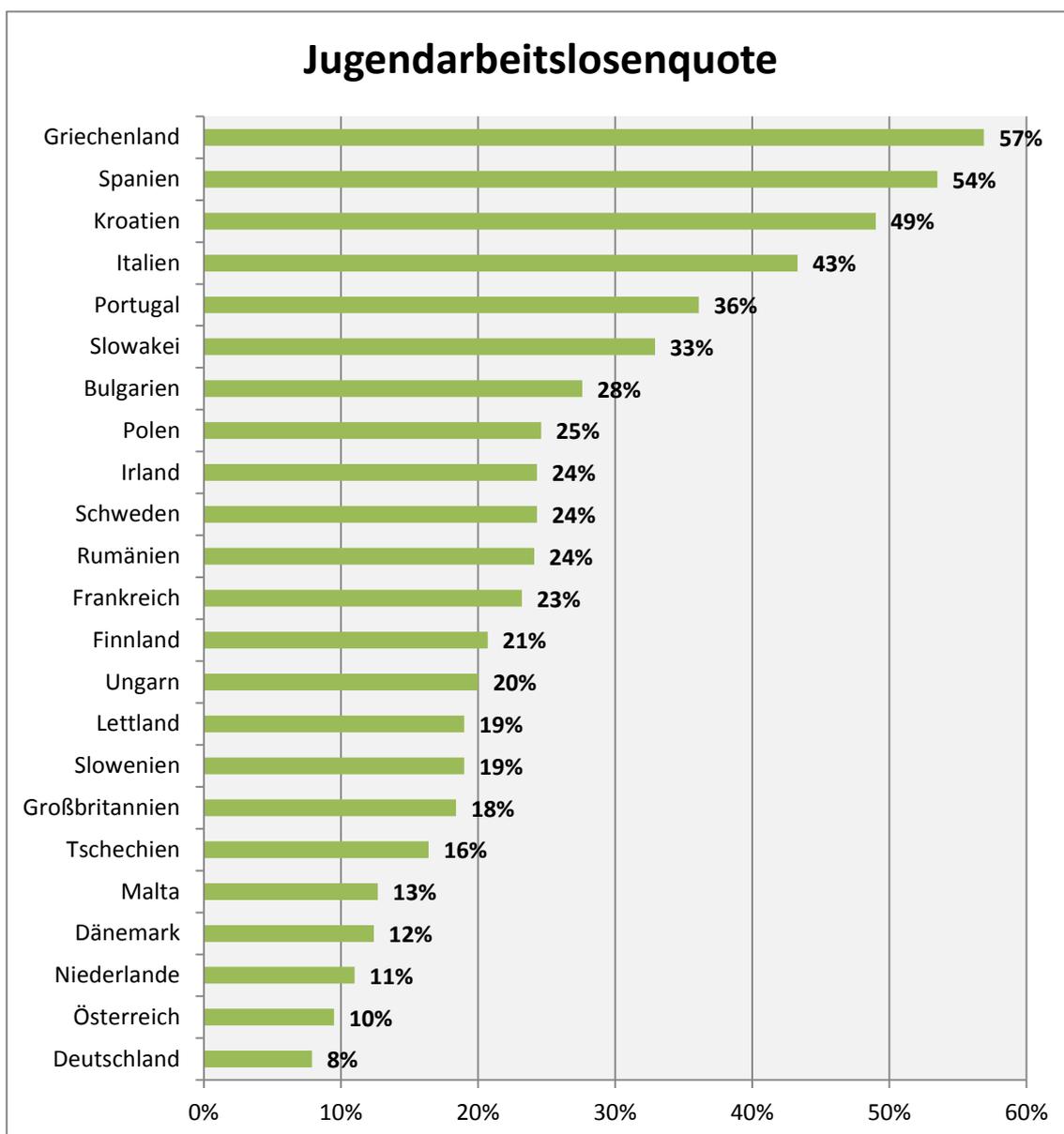


Abbildung 8: Jugendarbeitslosenquote EU (Stand: April 2014, Quelle: Eurostat)

Die Schweiz liegt mit 3 Prozent im unteren Bereich. Nichtsdestotrotz werden genau diese Minderheiten stigmatisiert. Denn psychische Gesundheit wird auch durch strukturelle Ungleichheitsdimensionen wie soziale Herkunft, Migrationserfahrung, Alter, Geschlecht, Bildung oder eben der Berufsstatus bestimmt. Die strukturellen und sozioökonomischen Bedingungen wirken sowohl direkt als auch indirekt über die konkrete Arbeits-, Wohn- und Lebenssituation sowie die vorhandenen Ressourcen und Bewältigungsstrategien auf das psychische Wohlbefinden.

Es liegt auf der Hand, dass nicht alle Personen in gleichem Masse von den genannten Belastungen betroffen sind, jedoch verfügen insbesondere junge Arbeitslose über weniger Ressourcen, um auf den Stressor Arbeitslosigkeit zu reagieren.

Da wir die primäre Zielgruppe des Projekts als mehrfach belastet und benachteiligt einschätzen, soll noch einmal explizit auf die entsprechende Handlungschance hingewiesen werden. Durch gezielte Gesundheitsförderung bei jungen Arbeitslosen, kann eine Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustands erreicht werden und eine Minderheit der Schweizer Bevölkerung unterstützt werden.

4.2. Empowerment

Empowerment stand nicht im Vordergrund des Pilotprojekts. Da es oft als leere Worthölse gebraucht wird und auch in der Definition sehr offen ist und eine Operationalisierung sich dementsprechend schwierig und mühselig gestaltet, hat das Projektteam bewusst davon Abstand genommen, den Begriff zu verwenden. Wenn man Empowerment in diesem Kontext als Sensibilisierung der Zielgruppen sieht und als Anregung mehr Einfluss und Kontrolle auf die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu nehmen, verstehen will, dann soll das Projekt definitiv auch seinen Beitrag dazu leisten. Durch ein Bewusstmachen der ambivalenten Situation in der Jugendliche stecken (Druck sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren, obwohl Hindernisse in Form psychischer Belastung aktueller sind), soll dazu beigetragen werden einen Lernprozess der beteiligten Parteien zu initiieren. Die Jugendlichen sollen dazu befähigt werden, wenn sie es möchten, Einfluss auf ihre psychische Gesundheit zu nehmen. Dies geschieht einerseits durch Information und Aufklärung durch die Broschüre die erstellt wurde. Zentral ist die Befähigung der Jugendlichen, so bald als möglich wieder ein hilfreiches Erleben von Kompetenz zu empfinden und dadurch mithilfe ihrer Fähigkeiten die aktuelle, ungünstige Situation zu bewältigen. In dem Sinne kann auch von Empowerment als „Hilfe zur Selbsthilfe“ gesprochen werden.

4.3. Settingansatz

Das Pilotprojekt hat einen klar definierten Settingansatz verfolgt. Anvisiert wurden kurzfristig eine Intervention der vier Handlungsebenen: Individuen, Gruppen, Organisationen und Lebenswelten. Langfristig soll das Projekt jedoch dazu beitragen, dass auch auf der fünften Handlungsebene (Politik / Gesellschaft) ein Veränderungsprozess initiiert werden kann.

Individuum und Gruppen

Durch das Projekt soll jungen Menschen eine gesunde Lebensweise ermöglicht werden. Die psychische Gesundheit wird hierfür als unerlässliche Bedingung angesehen. Durch Stärkung der Ressourcen (Selbstwert, Resilienz, Selbstwirksamkeit) und Früherkennung von Schwächen (Verhaltensauffälligkeiten) werden sie frühzeitig aufgefangen. Eine Intervention ist eine Möglichkeit Jugendliche jahrelange Leidensgeschichten zu ersparen. Unser Pilotprojekt hat bereits gezeigt, dass ein überdurchschnittlich hoher Anteil der Teilnehmer Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigt. Als Gruppe sollen hier auch die Eltern angesprochen werden, die häufig unter der Problematik ihrer Kinder mitleiden.

Organisation

Die Motivationssemester sollen entlastet werden. Häufig besteht ein Verdacht auf psychische Beschwerden, welcher jedoch aus zeitlichen Gründen oft nicht weiterverfolgt werden kann, da der primäre Auftrag die Integration in den Arbeitsmarkt ist. Mit dem Screeninginstrument wird für sie und andere Berater der Arbeitslosenversorgung ein Instrument erschaffen, welches schnell und effizient eingesetzt werden kann und dazu verhilft, die Jugendlichen besser einzuschätzen. Es soll auch dazu dienen, die Jugendlichen den geeigneten Motivationssemestern zuzuweisen. So soll eine gesundheitsfördernde Organisation geschaffen werden, die individuell auf die Bedürfnisse eingehen und auch den wirtschaftlichen Anforderungen entsprechen kann. Es soll nicht einer Neuorientierung dienen, sondern einer einem effizienterem Einsatz der bereits vorhandenen personellen Ressourcen.

Lebenswelt

Das Projekt soll die Vernetzung zwischen Arbeitswelt und psychischer Gesundheit weiter stärken. Es soll nicht nur behandelt, sondern auch präventiv bei jungen Menschen gehandelt werden. Die bereits vorhandenen Ressourcen müssen genutzt werden. Das Projekt hat gezeigt, dass bereits viel Wissen bei den Beratenden vorhanden ist. Mängel zeigen sich viel mehr im Bereich der Vernetzung, welche durch eine stärkere Verknüpfung zwischen den Institutionen erreicht werden könnte. Durch die Förderung der psychischen Gesundheit werden befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen ermöglicht.

Gesellschaft

Langfristig soll die eher vernachlässigte Zielgruppe der arbeitslosen Jugendlichen im Fokus der Gesellschaft und Politik gerückt werden. Da in der Schweiz praktisch von einer Vollbeschäftigung ausgegangen wird, werden die jungen Arbeitslosen nicht als belastete Gruppe wahrgenommen. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die Stigmatisierung bei Minderheiten wie sie arbeitslose Jugendliche mit 3 Prozent in der Schweiz darstellen, nicht vernachlässigt werden kann. Ein weiteres langfristiges Ziel ist durch die Implementierung des validierten Screeninginstrument eine Reduktion der Invalidenrenten.

5 Schlussfolgerungen

5.1. Bedeutung der Resultate für die Praxis

Die Wichtigkeit des Projekts ergibt sich nicht nur aus dem theoretischen Rahmen. Die Ergebnisse die wir in der Literatur gefunden haben, konnten auch für den Kanton Zürich repliziert werden. Arbeitslose Jugendliche weisen mehr psychische Belastungen auf als die Normalbevölkerung.

Wenn man davon ausgeht, dass diese Jugendlichen schon vor der Arbeitslosigkeit bzw. Ausbildungslosigkeit psychisch belastet gewesen sind, müssten die Motivationssemester und die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) unbedingt dafür sensibilisiert werden, um diese optimal zu unterstützen.

Weiter wäre denkbar, das validierte Screeninginstrument bereits beim RAV einzusetzen, um das Motivationssemester angepasst auf die Bedürfnisse des Jugendlichen aussuchen zu können.

Ein weiterer wichtiger Punkt wäre die öffentliche Diskussion über Leistungsdruck bei Jugendlichen und dessen Folgen. Die Schweiz ist ein Land, in dem Leistung und Arbeit einen sehr hohen Stellenwert haben. Gelingt es den Jugendlichen nicht, sich diesen Leistungserwartungen anzupassen und einzugliedern, kann dies tiefgreifende Auswirkungen auf ihre psychische Entwicklung haben.

5.2. Bedeutung der Resultate für die Forschung

Es wurden bereits verschiedene Desiderate angesprochen. Dieses Projekt soll das Fundament legen für weitere Forschungsarbeiten im Bereich der psychischen Gesundheit arbeitsloser Jugendlicher, der Früherkennung und Prävention psychischer Störungen und der Reduktion von Frühinvalidisierungen.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1997). *Manual for the young adult self-report and young adult behavior checklist*. University of Vermont, Department of Psychiatry Burlington.
- Bayard, S., Staffelbach, M., & Buchmann, M. (2012). Wertentwicklung bei Schweizer Jugendlichen nach diskontinuierlichen Übertritten in die nachobligatorische Ausbildung. In J. Mansel & K. Speck (Eds.), *Jugend und Arbeit. Empirische Bestandsaufnahme und Analysen*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitsdatenerhebungen*.
- Bundesamt für Statistik. (2014). Migration und Integration – Indikatoren. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/04.html>
Retrieved 20.06, 2014
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019-1028. doi: 10.1002/jts.20271
- Ferring, D., & Philipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica 42*, 284-292.
- Gore, F. M., Bloem, P. J. N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. M., & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis.
- Hämmig, O., Jenny, G., & Bauer, G. (2005). Arbeit und Gesundheit in der Schweiz Arbeitsdokument.

- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education 3rd ed.* New York: Longman.
- Hupka, S. (2003). Ausbildungssituation und -verläufe. Übersicht. *Wege in die nachobligatorische Ausbildung. Die ersten zwei Jahre nach Austritt aus der obligatorischen Schule. Zwischenergebnisse des Jugendlängsschnitts TREE* (S. 33–58). Neuchâtel: BFS.
- Jackson, P. R., & Warr, P. (1987). Mental health of unemployed men in different parts of England and Wales. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 295(6597), 525.
- Kieselbach, T., & Beelmann, G. (2006). Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In A. Holleder & H. Brand (Eds.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lieb, R., Mastaler, M., & Wittchen, H.-U. (1998). Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische Befunde der Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Verhaltenstherapie*, 8(2), 81-93.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. *Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin.
- Steinhausen, H. C., Metzke, C. W., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 262-271.
- World Health Organisation. (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Geneva: World Health Organisation.