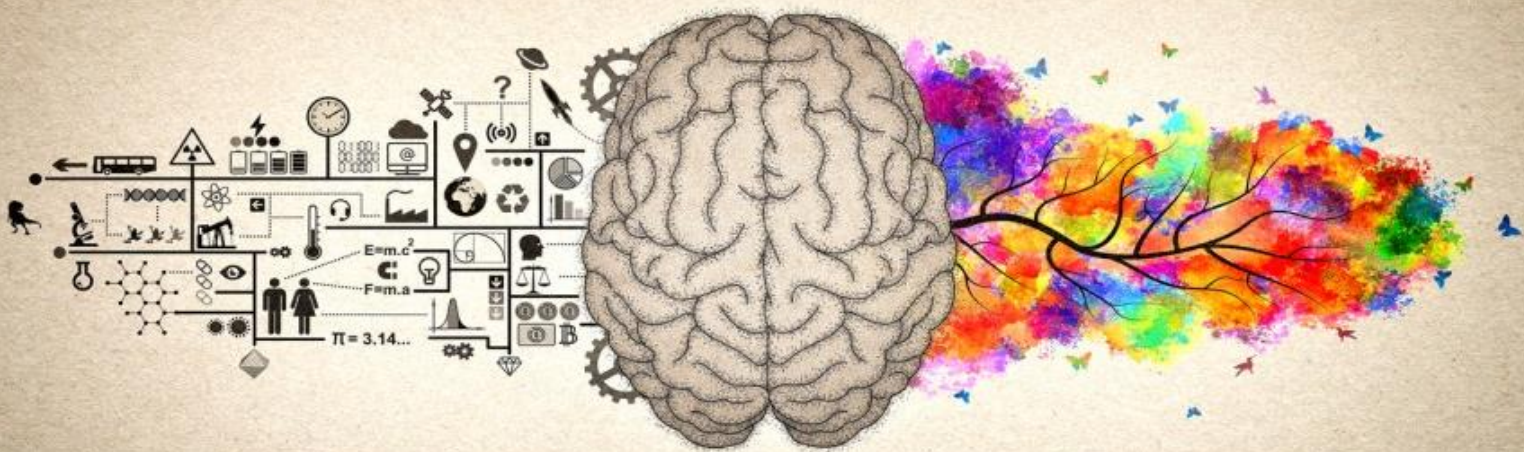


Jugend & Depression an der KSL



Leonie Mock

23.10.2023

JUGEND & DEPRESSION AN DER KSL

Eine Maturitätsarbeit an der
KANTONSSCHULE LIMMATTAL

vorgelegt von

LEONIE MOCK

Klasse M6c

im Fach Religion

betreut von

Thomas Kleinhenz

2023

1 Abstract

Folgende Maturarbeit befasst sich mit der Krankheit Depression. In einem ersten Teil, im Theorieteil wird das Thema allgemein angegangen. Das heisst es werden Fachbegriffe erklärt, Statistiken aufgezeigt und erste Schlussfolgerungen gezogen.

Im zweiten Teil, im Praxisteil, befasst sie sich mit den Schülerinnen und Schüler der 4. – 6. Klassen der KSL. Da wird der Frage nachgegangen

Wie ist die Wahrnehmung und Einschätzung der Schüler*innen an der KSL bezüglich der Krankheit Depression?

Mit Hilfe einer Umfrage hat man eruieren können, wie viele Schülerinnen und Schüler selbst an Depression leiden, wie viele Hilfe in Anspruch nehmen, wie viele leiden ohne Hilfe in Anspruch zu nehmen und wie viele sich selbst verletzen und wie. Die Resultate der Arbeit haben erstaunt. Es leiden mehr an Depression als angenommen wurde. Ein Grossteil fühlt sich schlecht informiert und unzureichend unterstützt. Die Umfrage zeigt, dass es ein Verbesserungspotenzial gibt, was auch die Schule in die Pflicht ruft.

Inhalt

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Abstract | 2 |
| 2 | Einleitung | 5 |
| 3 | Zentrale Begriffe:..... | 7 |
| 3.1 | Disruptive Affektregulationsstörung im Kindes- und Jugendalter: | 7 |
| 3.1.1 | Diagnostische Kriterien: | 7 |
| 3.1.2 | Risiko- und prognostische Faktoren: | 8 |
| 3.2 | Die Major Depression: | 8 |
| 3.2.1 | Der Unterschied zwischen der Trauer und einer Major Depression:..... | 8 |
| 3.2.2 | Diagnostische Kriterien: | 9 |
| 3.2.3 | Risiko- und prognostische Faktoren: | 10 |
| 3.3 | Die Krankheit Dysthymie:..... | 10 |
| 3.3.1 | Diagnostische Kriterien: | 10 |
| 3.3.2 | Risiko- und prognostische Faktoren: | 11 |
| 3.4 | Allgemeine Symptome und Merkmale von Depressionen bei Jugendlichen:..... | 11 |
| 4 | Statistiken der psychischen Krankheit Major Depression in der Schweiz:..... | 12 |
| 5 | Auswirkungen von der Covid-19 Pandemie bei jungen Erwachsenen:..... | 14 |
| 6 | Selbstverletzendes Verhalten:..... | 16 |
| 7 | Suizidale Verhaltensstörung:..... | 16 |
| 7.1 | Suizide auf der ganzen Welt:..... | 17 |
| 8 | Suizid in der Schweizer Bevölkerung:..... | 18 |
| 8.1 | Suizidversuche aufgeteilt in den Kantonen: | 20 |
| 8.2 | Suizid in dem Kanton Zürich:..... | 20 |
| 9 | Suizidprävention für betroffene Jugendliche:..... | 23 |
| 9.1 | Von Bund aus: | 23 |
| 9.2 | Im Kanton Zürich: | 23 |
| 9.3 | Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz (von Kanton Zürich für Schweiz):..... | 24 |
| 9.4 | Suizidprävention in Gemeinden:..... | 24 |
| 9.5 | Suizidprävention in Ausbildungsstätten:..... | 24 |
| 10 | Beratungsstellen: | 25 |
| 10.1 | 147 – Beratung Pro Juventute:..... | 25 |
| 10.2 | 143 – die dargebotene Hand: | 27 |
| 10.3 | Blinker Jugendberatung: | 27 |
| 10.4 | Krisenintervention – psychiatrische Universitätsklinik Zürich..... | 27 |
| 11 | Apps für mentale Gesundheit: | 27 |
| 11.1 | Body2Brain:..... | 28 |
| | | 28 |

| | | |
|------|--|----|
| 11.2 | I am sober – ich bin nüchtern: | 29 |
| 11.3 | Wie geht's dir? – Pro Juventute | 29 |
| 12 | Umfrage an der KSL..... | 30 |
| 12.1 | Auswertung der Umfrage an der KSL..... | 31 |
| 13 | Schlusswort | 43 |
| 14 | Literaturverzeichnis..... | 45 |
| 15 | Abbildungsverzeichnis:..... | 46 |
| 16 | Einhaltung rechtlicher Vorgaben:..... | 48 |

2 Einleitung

In der Schweiz ist Depression die häufigste psychische Erkrankung der Bevölkerung. Das Bundesamt für Statistik hält fest, dass 9% der Schweizerbevölkerung an einer Depression leiden. Im Jahr 2021 haben sich in der Schweiz 1005 Personen suizidiert, 719 Männer und 286 Frauen. Auch wenn die Zahl rückläufig ist, sterben in der Schweiz immer noch mehr Menschen an Suizid als an Drogen, Unfall und Aids zusammen.¹

Für meine Maturarbeit habe ich mich für das Thema Depression entschieden. Vor drei Jahren hatte eine Person aus meinem engsten Umfeld ein Burnout oder anders ausgedrückt eine Erschöpfungsdepression. Da hatte ich zum ersten Mal Kontakt mit dieser Krankheit. Es war erstaunlich zu sehen, wie diese Person von einem Tag auf den anderen ein anderer Mensch war. Ich kannte sie als ehrgeizigen und zielstrebigem Menschen, meistens gut gelaunt und fit. Doch wie ich feststellte, trog der Schein. Es war das Bild, das diese Person der Umwelt zeigen wollte, was ihr auch gut gelungen ist. Eines Tages jedoch brach für diese Person alles zusammen. Der Druck und der seelische Schmerz wurden zu gross. Plötzlich war sie nicht mehr die starke Person, die ich kannte, sondern verletzlich, schwach und hilflos.

Für mich persönlich war das ein sehr einschneidendes Erlebnis. Ich habe realisiert, dass Depression in der Gesellschaft ein Tabu Thema ist, obwohl viele davon betroffen sind. Für die Betroffenen ist es schwierig diese Krankheit anzunehmen. Bei einem Bruch ist die Diagnose klar ersichtlich: man macht ein Röntgenbild, diagnostiziert den Bruch und gipst zum Beispiel den Fuss ein. Bei einer seelischen Erkrankung kann man die Seele nicht röntgen, man muss darüber sprechen. Betroffene haben oft Schwierigkeiten ihr Wohlbefinden in Worte zu fassen. Sie warten viel zu lange, bis sie Hilfe in Anspruch nehmen, weil sie nicht wahrhaben wollen, dass sie krank sind, seelisch krank sind.

Besagte Person hat so lange gewartet, bis der Körper keine Kraft mehr hatte und sie eines Tages nicht mehr aus dem Bett gekommen ist. Erst da hat sie mitgeteilt, gezwungenermassen, dass sie psychisch am Ende war. Für sie und ihre Umwelt war das ein einschneidendes Erlebnis. Ich habe mich gefragt, warum diese Person so lange gewartet hat etwas zu sagen, warum sie keine Hilfe gesucht hat. Sensibilisiert auf dieses Thema habe ich plötzlich festgestellt, dass diese Person kein Einzelfall war, sondern dass es einige Personen in meinem Umfeld gibt, die im Stillen leiden. Die sich dafür schämen, schwach zu sein, zugeben zu müssen, dass sie ihre seelischen Grenzen erreicht haben, ja dass sie erschöpft und ausgebrannt sind. Aus diesem Grund habe ich mich entschieden, mich bei meiner Maturarbeit mit dem Thema Depression auseinanderzusetzen. Ich möchte feststellen, ob auch Jugendliche von dieser Krankheit betroffen sind und ob es auch unter Jugendlichen ein Tabuthema ist.

Diese Fakten haben zur folgenden Fragestellung geführt

Wie ist die Wahrnehmung und Einschätzung der Schüler*innen an der KSL bezüglich der Krankheit Depression?

¹ o.N., Häufigkeit der Depression

Anhand von einer durchgeführten Umfrage an der KSL bei den 4. – 6. Klässlern wird diese Frage umfassend beantwortet.

Das Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, wie die Wahrnehmung und Einschätzung der Schülerinnen und Schüler an der KSL bezüglich der Krankheit Depression ist, ob sie selbst Betroffene sind und sie genügend informiert und unterstützt werden. Meine Hypothese ist, dass Jugendliche noch zu wenig informiert, und unterstützt werden bei psychischen Problemen, da ich annehme, dass Depression auch unter Jugendlichen immer noch ein Tabuthema ist.

Zuerst informiere ich mich durch Fachliteratur über die Krankheit Depression im Allgemeinen. Danach werde ich spezifische Literatur zum Thema Depression bei Jugendlichen lesen. Bei den Statistiken werde ich mich geografisch auf die Schweiz, beziehungsweise auf den Kanton Zürich beschränken. Die Umfrage wird ausschliesslich an der KSL durchgeführt.

Zuerst gebe ich den Leserinnen und Lesern einen Überblick über verschiedene Fachbegriffe betreffend psychischen Erkrankungen. Danach analysiere ich anhand der Umfrage, wie die befragten Schülerinnen und Schüler an der KSL die Krankheit Depression wahrnehmen und einschätzen. Auch zeige ich auf, wie viele selbst an einer psychischen Krankheit leiden, welche Selbstverletzungen sie sich zufügen und ob Jugendliche genügend informiert sind und unterstützt werden. Zum Schluss werde ich ein Fazit über die Erkenntnisse der Umfrage geben.

Diese Maturarbeit ist Dank der grossen Unterstützung vieler Personen entstanden. Mein Dank geht an Thomas Kleinhenz, für sein wertvolles Mentoring. Ebenfalls danke ich allen Schülerinnen und Schüler der 4. – 6. Klassen für die Teilnahme meiner Umfrage und zum Schluss danke ich meiner Familie für ihren moralischen Beistand und ihre wertvollen Feedbacks.

3 Zentrale Begriffe:

In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Richtungen, in die eine depressive Störung unterkategorisiert werden kann, ausführlich erklärt. Es wird eine umfassende Grundlage des Verständnisses aufgebaut, die von entscheidender Bedeutung für die restliche Arbeit ist. Diese Erklärungen dienen als Ausgangspunkt der Analysen und späteren Ansichten der Arbeit.

3.1 Disruptive Affektregulationsstörung im Kindes- und Jugendalter:

Im jungen Alter ist das Kernsymptom einer depressiven Erkrankung meistens eine reizbare oder schlecht gelaunte Stimmung und nicht eine traurige oder gedrückte Gemütslage. Diese Stimmung äussert sich in vielen Fällen durch Wutausbrüche, die verbal aber auch physisch sein können. Die empfundene Wut richtet sich oft gegen Personen oder Gegenstände. Folgt kein Wutausbruch auf die genannte Gemütsverfassung, kann es sein, dass die betroffene Person eine anhaltende reizbare oder ärgerliche Stimmung zeigt, welche von Lehrpersonen, Eltern oder Gleichaltrigen wahrgenommen werden kann. Die auftretenden Symptome zeigen sich über einen Zeitraum von mehreren Monaten bis zu einem Jahr. Bei der Diagnose der emotionalen Störung müssen zuerst noch andere Störungen (z.B. bipolare Störung) ausgeschlossen werden. Zu erwähnen ist, dass die Diagnose nicht unbedingt komplett sein muss, denn weitere zusätzlichen Störungen können diagnostiziert werden, wie zum Beispiel die Major Depression.²

3.1.1 Diagnostische Kriterien:

- A. «Schwere wiederkehrende Wutausbrüche, die verbal oder sich im Verhalten zeigen. Meistens sind sie völlig unangemessen in Bezug auf ihre Intensität und Dauer.»
- B. «Die Wutausbrüche sind dem jeweiligen Entwicklungsstand unangemessen.»
- C. «Die Ausbrüche ereignen sich durchschnittlich dreimal pro Woche oder öfter.»
- D. «Die Stimmung zwischen den Ausbrüchen ist oftmals auch geärgert und reizbar.»

Für eine Diagnose der Disruptiven Affektregulationsstörung ist zu beachten, dass die Kriterien A-D mehr als ein Jahr ersichtlich sind und es keine Zeitspanne von mehr als 3 Monaten gibt, bei welcher diese Kriterien nicht ersichtlich waren. Ebenfalls ist essenziell für eine Diagnose, dass die Kriterien A-D in mindestens zwei von drei Lebensbereichen vorhanden und in einem Lebensbereich schwerwiegend ausgeprägt sind. Bei Letzterem ist auch noch wichtig zu beachten, dass die Symptome unter keiner Einwirkung von irgendwelchen Substanzen geschehen.³

² vgl. Falkai & Wittchen, Disruptive Affektregulationsstörung, 209-210

³ vgl. dieselben, Disruptive Affektregulationsstörung, 210-211.

3.1.2 Risiko- und prognostische Faktoren:

Temperamentsfaktoren:

Die meisten Kinder, die eine chronische Reizbarkeit besitzen, haben häufig schon eine lange und komplexe Vorgeschichte mit psychischen Störungen. Solche frühen Erscheinungsbilder sorgen für eine Rechtfertigung des oppositionellen Trotzverhaltens. Zahlreiche Kinder, die an einer disruptiven Affektregulationsstörung leiden, zeigen schon früh Kriterien anderer psychischer Krankheiten. Wie zum Beispiel Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, einer Angststörung oder einer Major Depression.

Genetische und physiologische Faktoren:

Kinder mit chronischer, nichtepisodischer Reizbarkeit und Kinder mit bipolarer Störung unterscheiden sich in Bezug auf das familiäre Erkrankungsrisiko. Wobei Kinder mit Disruptiver Affektregulationsstörung ähnliche Defizite in der Informationsverarbeitung wie Kinder mit bipolarer Störung und anderen psychischen Störungen zeigen. Es gibt jedoch auch störungsspezifische Unterschiede. Kinder mit chronischer Reizbarkeit haben eine spezifische Dysfunktion bei Aufgaben, die eine Neuausrichtung der Aufmerksamkeit auf emotionale Reize messen.⁴

3.2 Die Major Depression:

Die Major Depression ist nicht eine Erkrankung welche nur Erwachsene und ältere Menschen betrifft. In der Kindheit und Jugend erleben viele Patienten*innen ihre ersten Episoden dieser schweren Depression. Diejenigen, die in jungen Jahren von Major Depression betroffen sind, kämpfen oft auch im Erwachsenenalter weiterhin mit dieser Erkrankung. Für die meisten Menschen ist die Major Depression eine lebenslange Herausforderung, die in Schüben auftritt und zu wiederholten Rückfällen führen kann.

3.2.1 Der Unterschied zwischen der Trauer und einer Major Depression:

Bei der Unterscheidung von Trauer und einer Major Depression ist zu berücksichtigen, dass sich ein grosser Unterschied in der Art des Fühlens zeigt. Bei einer Trauerphase wird ein Gefühl von Leere und Verlust verspürt. Bei einer Episode der Major Depression hingegen eine durchgehende depressive Stimmung und eine Unfähigkeit der Wahrnehmung von Glück und Freude. Ein weiterer Punkt ist die Dauer der dysphorischen Stimmung. Bei der Trauer beträgt diese meistens nur ein paar Tage bis Wochen und nimmt mit der Zeit in der Intensität ab. Ebenfalls kommt der Trauerschmerz in Wellen. Diese Wellen haben meistens einen Bezug zu Erinnerungen oder Gedanken an ein trauriges Ereignis. Bei der depressiven Stimmungslage ist es ein durchgehendes Gefühl, was nicht an spezifische Erinnerungen oder Ereignisse geknüpft ist. Es ist zu sagen, dass Gefühle, die bei einer Trauerphase empfunden werden, oft mit den Verstorbenen zu tun haben und sich auch

⁴ vgl. Falkai & Wittchen, genetische und physiologische Faktoren, 213.

gegen sie richten. Seien es Selbstvorwürfe oder der Wunsch mit dem Toten «im Tode vereint» zu sein. Dies unterscheidet sich mit den Gefühlen bei einer Episode der Major Depression. Dort beziehen sich die Gefühle meistens gegen sich selbst und nicht auf eine bestimmte Person. Daher sind Gefühle der Wertlosigkeit aber auch der Beendigung des eigenen Lebens oft präsent.⁵

3.2.2 Diagnostische Kriterien:

- A: „Bei einer Major Depression bestehen während mindestens zwei Wochen, fünf der folgenden Symptome, an fast allen Tagen.“
- B: „Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“
- C: „Die Symptome sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.“
- 1: „Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages“
 - 2: „Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten“
 - 3: „Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme“ (Bei Kindern wird das Ausbleiben der Gewichtszunahme berücksichtigt.)
 - 4: „Insomnie oder Hypersomnie“
 - 5: „Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung“
 - 6: „Müdigkeit oder Energieverlust“
 - 7: „Gefühle von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle“
 - 8: „Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit“
 - 9: „Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.“

Bei einer Diagnose der Major Depression muss das Symptom 1 «Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages» oder das Symptom 2 «Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten» vorkommen. Ebenfalls ist zu erwähnen, dass abgeklärt werden muss, dass diese Symptome nicht durch die Einwirkung von Substanzen, Verluste, oder analoges, ausgelöst werden.

Mit den drei Kriterien (A-C) wird die depressive Episode einer Major Depression definiert.⁶

⁵ vgl. Falkai & Wittchen, Trauer oder Depression, 218.

⁶ vgl. dieselben, diagnostische Merkmale der Major Depression, 209-211.

3.2.3 Risiko- und prognostische Faktoren:

Temperamentsfaktoren:

Der Körper reagiert auf ein belastendes Lebensereignis, wie beispielsweise den Verlust eines geliebten Menschen oder einer schweren Krankheit, mit einem negativen Verhalten. Dieses Verhalten kann als "Neurotizismus (negative Affektivität)" bezeichnet werden. Diese negative Gefühlswelt stellt ein Risikofaktor für die psychische Gesundheit dar und kann zu weiteren mentalen Herausforderungen führen.

Umweltfaktoren:

Belastende Erlebnisse, das heisst stressassoziierte Lebensereignisse aus der Kindheit, können einen grossen Einfluss auf die Entstehung einer depressiven Episode haben. Daher sind sie auch ein grosser Risikofaktor, der betrachtet werden muss. Jedoch sind diese Erlebnisse nicht zwingend als Hinweise für eine Diagnose eines Patienten zu sehen.

Genetische und physiologische Faktoren:

Wenn Verwandte des ersten Grades an einer Major Depression erkrankt sind, steigt die Wahrscheinlichkeit auf ein zwei- bis vierfaches, im Vergleich auf das Erkrankungsrisiko der "Allgemeinbevölkerung".

Verlaufsbeeinflussende Faktoren:

Trifft eine depressive Episode eine Person, die schon eine Grunderkrankung hat, spricht man von einer komorbiden Erkrankung. Häufige chronische oder zu einer Behinderung führende Krankheiten, wie Diabetes oder Adipositas, werden einerseits oft durch eine depressive Episode komplizierter und andererseits erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit, dass eine depressive Episode zur chronischen Krankheit werden kann.⁷

3.3 Die Krankheit Dysthymie:

Bei der persistierender depressiven Störung, auch Dysthymie genannt, handelt es sich um eine Form der Depression, die über einen längeren Zeitraum anhält. Das heisst, dass ein depressives Verhalten bei erwachsenen Personen während mindestens zwei Jahren und bei Kindern während mindestens einem Jahr zu beobachten ist. Die Mehrzahl der Tage eines Jahres und auch in der meisten Zeit des Tages treten Symptome auf. Dabei gibt es keinen symptomfreien Zeitraum von mehr als zwei Monaten. Zu berücksichtigen ist, dass Kinder und Jugendliche die Depression meist nicht durch depressive Stimmung zeigen, sondern durch ein reizbares Verhalten.⁸

3.3.1 Diagnostische Kriterien:

Bei einer Dysthymie herrschen dieselben Störungsfaktoren wie bei der Major Depression (A-C). Doch in den Symptomen unterscheidet sich die Dysthymie

⁷ vgl. Falkai & Wittchen, Faktoren der Major Depression, 225.

⁸ vgl. dieselben, Dysthymie, 228.

zu der Major Depression. Denn für diese sind folgende Symptome ausschlaggebend.

- 1: „Schlechter Appetit oder Überessen“
- 2: „Insomnie oder Hypersomnie“
- 3: „Geringe Energie oder Erschöpfungsgefühle“
- 4: „Geringes Selbstbewusstsein“
- 5: „Konzentrationsschwierigkeiten oder Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen“
- 6: „Gefühle der Hoffnungslosigkeit“

3.3.2 Risiko- und prognostische Faktoren:

Temperamentsfaktoren:

Hohe Werte der negativen Affektivität aber auch schwere ausfallende Symptomatik, eine Angststörung oder eine Störung des Sozialverhaltens führen zu einem schlechteren Verlauf der Dysthymie in dem Langzeitverlauf.

Umweltfaktoren:

Da Kinder meistens einen starken Bezug zu den Eltern haben, ist einer der stärksten Risikofaktoren der Verlust oder die Trennung der Eltern. Diese Faktoren können die Kindheit zerstören und viele Folgen mit sich ziehen.

Genetische und physiologische Faktoren:

Zwischen der Dysthymie und der chronischen Major Depression können keine klaren Unterschiede betreffend der Entstehung der Erkrankung, Verlauf oder Familiengeschichte gemacht werden. Jedoch sind beide auf die persistierende (andauernde) depressive Störung zu übertragen.

3.4 Allgemeine Symptome und Merkmale von Depressionen bei Jugendlichen:

In der folgenden Auflistung werden Symptome aufgezählt, die auf eine Depression hinweisen können. Sie können auf verschiedene Arten auftreten und sind nicht immer ausschlaggebend bei der Erstellung einer Diagnose. Dennoch sind sie eine wichtige Hilfe für die Behandlung und Erkennung der Depressions-Art, sowie auch für deren Ausprägung. Es ist jedoch zu beachten, dass nicht jedes Symptom direkt mit einer endgültigen Diagnose assoziiert werden darf. Denn meistens gibt es mehr als nur einen Grund für ein Verhalten. Daher sollte man vorsichtig mit solchen Symptomen umgehen, da sie nur ein Teil des Ganzen Puzzles sind. Viele andere Faktoren haben auch einen Einfluss auf den Gemütszustand eines Menschen. Demzufolge stellt sich manchmal bei der Diagnose heraus, dass es sich um einen Schlafmangel handelt und nicht um eine Depression.

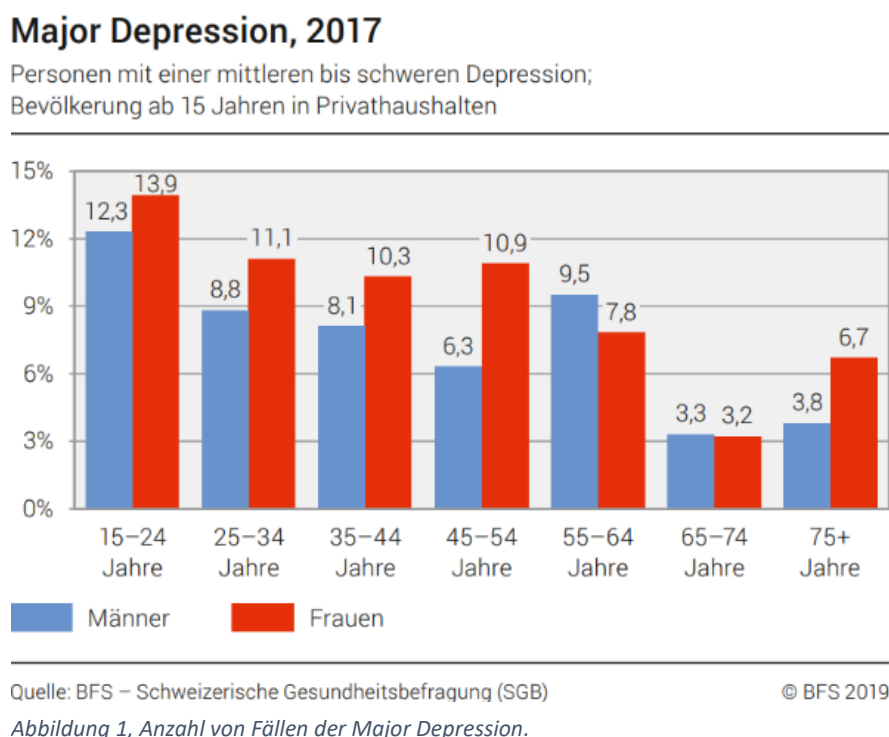
Folgende Symptome können auftreten:

1. Depressive Verstimmung
 - a. Unglücklich, traurig, niedergedrückt, schlecht gelaunt
2. Vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten

3. Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme (ohne Diät)
4. Schlaflosigkeit oder übermassiger Schlaf
5. Psychomotorische Unruhe oder Hemmung
 - a. Ruhelos, zappelig, schlecht sitsitzen / schlapp, energielos
6. Müdigkeit oder Energieverlust
7. Gefühle der Wertlosigkeit oder exzessive oder unangemessene Schuldgefühle
8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder Entscheidungsfähigkeit
9. Suizidale Gedanken oder Verhalten (Selbstmord, Selbstverletzung)⁹

4 Statistiken der psychischen Krankheit Major Depression in der Schweiz:

Die Depression ist die häufigste psychische Erkrankung, die in der Schweiz auftritt. Rund 9% der Schweizer Bevölkerung leidet an dieser psychischen Krankheit. Wie in dieser Statistik zu sehen ist, haben junge Menschen (13%) am meisten mit der Erkrankung zu kämpfen. Frauen (9.5%) haben im Durchschnitt ein bisschen mehr mit der Major Depression zu kämpfen als die Männer (7.8%). Die Tendenz, dass Frauen mehr mit der Major Depression zu kämpfen haben kann man bei allen Altersgruppen erkennen, ausser bei den 55–74-Jährigen. Dort scheint es anders zu sein¹⁰



Die Abbildung 2 zeigt die Anzahl Behandlungen des gesamten Jahres 2017. Innerhalb dieses Jahres waren 6% der Schweizerbevölkerung infolge eines psychischen Problems in Behandlung. Es lassen sich ähnliche Tendenzen wie bei der Abbildung 1 wiedererkennen. Die Frauen haben häufiger als Männer

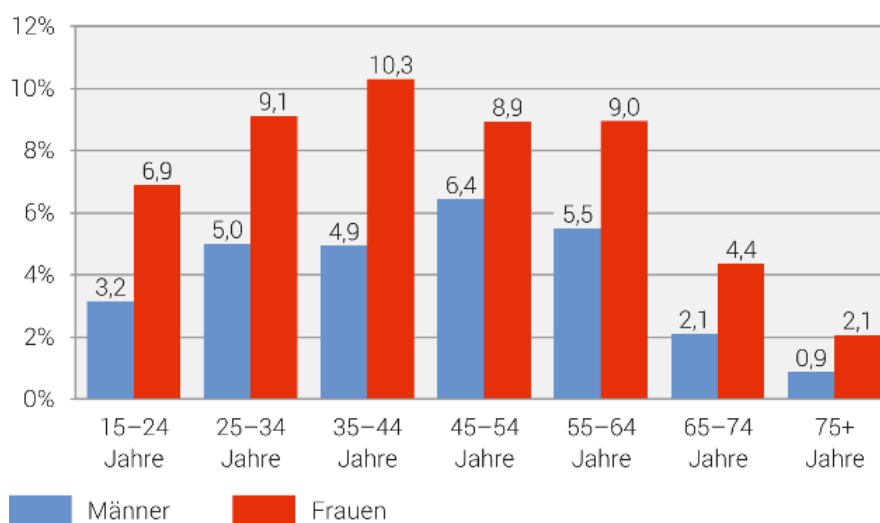
⁹ vgl. Essau & Petermann & Conradt, Depressionssymptome, 8.

¹⁰ vgl. o.N., psychische Gesundheit der Schweiz

(8% gegenüber 4%) mit einer Behandlung begonnen. Ebenfalls ist nennenswert, dass 29% der Personen, die in einer Behandlung waren, unter der Major Depression litten. Ein Unterschied zu der Statistik über die Major Depression ist bei der Anzahl pro Altersklasse erkennbar. Denn in dieser Statistik ist es die mittlere Altersklasse, die die höchsten Prozentsätze haben. Das heisst, die mittleren Altersklassen nahmen am häufigsten professionelle Hilfe in Anspruch.

Behandlung infolge psychischer Probleme, 2017

Behandlungen innerhalb von 12 Monaten. Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2018

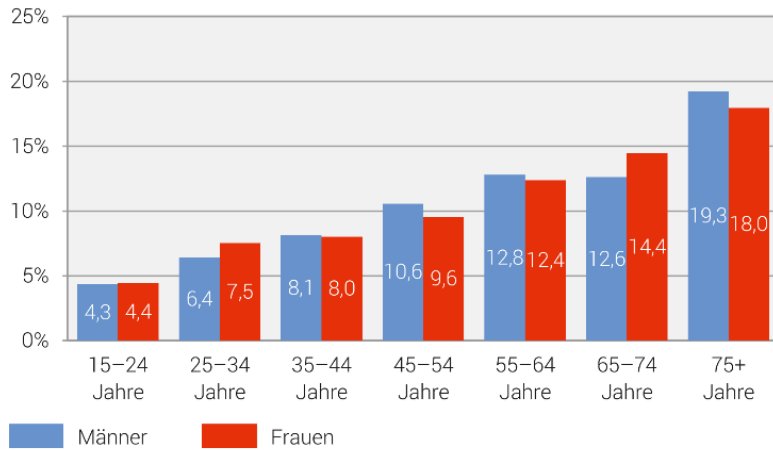
Abbildung 2, Anzahl der Behandelten.

Wie zu sehen ist, ist die Schweiz kein unbeschriebenes Blatt, wenn es um die psychische Gesundheit der Bevölkerung geht. Da sollte man davon ausgehen, dass eine gute soziale Unterstützung der Normalfall ist. Dem ist jedoch nicht so. Obwohl man weiss, dass gute soziale Unterstützung helfen kann, wenn Schwierigkeiten im Leben zu meistern sind, gaben im Jahr 2017 10% der Bevölkerung an, nur wenig soziale Unterstützung zu erhalten. Festzuhalten dabei ist, dass sich der Personenanteil mit der geringsten sozialen Unterstützung erst ab 75 Jahren deutlich erhöht. Vor diesem Alter steigt die Tendenz der geringen sozialen Unterstützung kontinuierlich, aber in kleinen Schritten.¹¹

¹¹ vgl. o.N, verringerte Unterstützung

Geringe soziale Unterstützung, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2018

Abbildung 3, Anzahl der Befragten zu Sozialer Unterstützung.

5 Auswirkungen von der Covid-19 Pandemie bei jungen Erwachsenen:

Während der COVID-19 Pandemie hatten viele auf verschiedenen Ebenen zu kämpfen. Auch das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung litt stark unter dieser Situation. Denn durch die vielen Schwierigkeiten, die mit der strikten Verminderung der sozialen Kontakte auftreten, wie zum Beispiel die soziale Isolation, die finanzielle Unsicherheit, der einsperrungsbedingte Stress und die Ungewissheit, waren viele Personen durch diese Zeit der Pandemie überfordert. Besonders anfällig für solche sozialen Störungen könnten die jungen Erwachsenen (d.h. Personen im Alter von etwa 19-30 Jahren) gewesen sein. Denn in diesem Alter hat der Mensch mit erheblichen Veränderungen in allen Lebensbereichen zu tun und ist demnach in einer kritischen Entwicklungsphase. Daraus resultiert, dass in dieser Zeitspanne häufig psychische Störungen auftreten. Bei der analysierten Studie wurden 1175 jungen Erwachsene (mit dem Durchschnittsalter 19.6 Jahre) befragt. Darunter waren 78.6% im Jahre 2018 noch in der Schule.

Die Abbildung 4 zeigt die Tendenzen der Frauen von 2018 bis und mit 2021. Zu erkennen ist, dass der Prozentanteil der GAD (Generalisierte Angststörung) um glatte 6.7% gestiegen ist. Ähnlich sieht es auch für die Depression aus, denn diese ist um 4,7% in den zwei Jahren gestiegen. Das Gleiche gilt für das ADHD (=ADHS: Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung), denn auch diese psychische Krankheit hat während der Corona Pandemie einen Zuwachs von 3.8% gehabt.

Der Einzige Wert, der nach den Zwei Jahren tiefer war, sind «die Gedanken an den Tod oder Selbstverletzung». Diese sanken um 1.3% bei den Frauen.

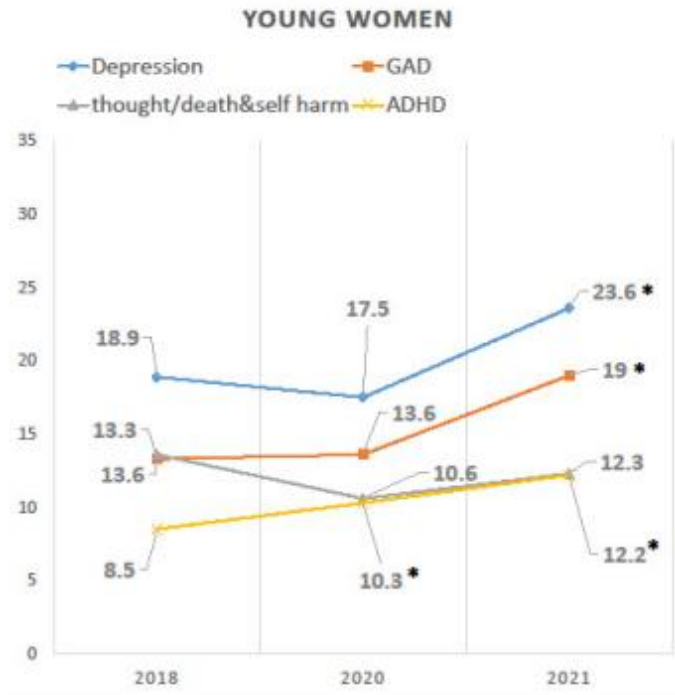


Abbildung 4, Anzahl Frauen mit psychischen Krankheiten

Bei der Abbildung 5 handelte es sich um Männer und um die gleiche Zeitspanne wie bei den Frauen, nämlich von 2018 – 2021. Im Unterschied zu den Frauen, sind bei den Männern alle Werte gestiegen, jedoch nicht so stark wie bei den Frauen. Zu erwähnen ist, dass die Depression mit 4% am stärksten gestiegen ist, danach folgen «Gedanken an den Tod oder das Selbstverletzen», die GAD (Generalisierte Angststörung) mit 2.4% und zum Schluss noch das ADHD (=ADHS: Aufmerksamkeits-(Hyperaktivitätsstörung) mit 0.8%.¹²

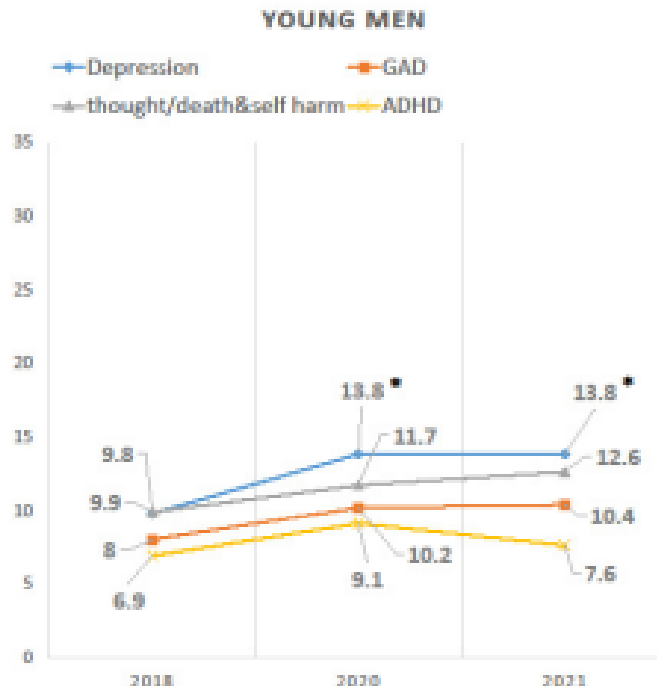


Abbildung 5, Anzahl Männer mit psychischen Krankheiten

¹² vgl. Foster, Einfluss von Covid-19, 5-6.

6 Selbstverletzendes Verhalten:

Zu dem selbstverletzenden Verhalten oder auch nichtsuizidaler Selbstverletzung wird folgendes gezählt. «Eine Person, die sich selbst Schaden an der Körperoberfläche in einer Art zufügt, dass dies zu Blutungen, Blutergüssen oder Schmerz (wie zum Beispiel durch Schneiden, Brennen, Stechen, Hauen, starkes Reiben) geführt hat.»¹³ Mit der Erwartung, dass die Verletzungen nur zu einem mässigen körperlichen Schaden führen. Das heisst, es besteht keine Absicht auf Suizid.

Das wesentliche Merkmal von Selbstverletzung ist, dass die Verletzungen schmerzhaft und oberflächlich sind. In den meisten Fällen tritt dieses Verhalten auch wiederholt auf. Es wird als eine Ablenkung von verschiedenen Situationen gebraucht. Sei dies um negative Gefühle wie Anspannung, Angst und Selbstvorwürfe zu lindern oder auch um sich selbst zu bestrafen. Meistens wird von einer Erleichterung gesprochen, wenn das Selbstverletzen beendet ist.

Ein Problem besteht in den Folgen des selbstverletzenden Verhaltens. Denn die meisten Personen suchen keine Hilfe durch eine Fachperson auf. Ein Grund dafür ist, dass sich die Betroffenen selbst als positiv erleben und die Notwendigkeit einer Behandlung nicht sehen.¹⁴

7 Suizidale Verhaltensstörung:

Das Hauptmerkmal der suizidalen Verhaltensstörung ist der Suizidversuch. Es ist ein Verhalten mit dem Ziel, den Tod herbeizuführen. Das Verhalten kann, muss aber nicht zu Verletzungen oder schwerwiegenden medizinischen Konsequenzen führen. Wenn die Handlung zum Tod führt, wird das Verhalten häufig anhand des Grades der Gewalttätigkeit der Methode kategorisiert. Im Allgemeinen wird vorgeschrieben, dass Überdosierungen legaler oder illegaler Substanzen als nicht gewaltsame Methoden angesehen werden. Während Sprünge, Schusswunden, Verbluten durch Schnitte oder andere Methoden als gewaltsam angesehen werden.

Wenn ein Versuch nicht zum gewünschten Ergebnis führt, können verschiedene Faktoren ausschlaggebend gewesen sein, wie zum Beispiel eine ungenügende Planung, schlechte Kenntnisse über das Vorgehen, mangelnde Absicht und Intervention durch Dritte.

Bei den Betroffenen ist das bekannt geben ihrer Absichten, ein grosser Schritt, der meistens nicht gewagt wird. Denn die Angst einen Angehörigen zu belasten ist zu gross. Im Mittelpunkt der Gedanken einer Person, die sich das Leben nehmen möchte, steht aber nicht nur die Belastung der eingeweihten Person, sondern auch die Angst, dass sie bei der Umsetzung des Suizides aufgehalten wird. Oftmals kosten das Eingeständnis und die stationäre Behandlung, die daraus folgen würde, die Betroffenen eine zu grosse Überwindung. Aus diesem Grund schweigen sie und suizidieren sich.

¹³ Falkai & Wittchen, Selbstverletzung, 1099.

¹⁴ vgl. dieselben, Diagnostische Merkmale, 1100-1101.

Die Gedanken einer Person machen einen Grossteil ihrer psychischen Verfassung aus. Daher liegt es auf der Hand, dass Depressionen auch suizidale Gedanken auslösen können. Bei den einen sind diese Gedanken ausgeprägter als bei anderen. Jedoch gibt es bei depressiven Personen immer ein Risiko des Suizides.

Zum Schluss noch ein Gedanke zur Umwelt eines Menschen. Oftmals hat sie mehr Einfluss auf die Psyche als den meisten bewusst ist. Eine schlechte Diagnose des Arztes, die Nachricht des plötzlichen und unvorhersehbaren Verlusts eines nahen Verwandten oder Partners oder letzten Endes der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Wohnung können einen grosse Einfluss auf die Psyche haben.¹⁵

7.1 Suizide auf der ganzen Welt:

Eingefärbt in den verschiedensten Orangetöne sind in der Abbildung 6 die Suizidraten pro 100'000 Personen im Weltvergleich zu sehen. Der Durchschnitt der globalen Suizidrate beträgt 9.0 pro 100'000 der gesamten Weltbevölkerung von 2019.

Die Suizidrate pro Land schwankte sehr stark. Sie reichte von 2 bis zu 80 Suiziden pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner bei den einzelnen Länder.

Die starke dunkle Verfärbung rund um den Bereich Russland, Teile Südafrikas und einzelne Flecken in Nord- und Südamerika sind nicht zu übersehen. In all diesen Ländern ist die Suizidrate höher als 15 pro 100'000 Personen. Gegensätzlich dazu ist zu erkennen, dass vor allem rund um die Philippinen, Nordafrika, Kolumbien und Ecuador die Suizidrate erheblich tiefer liegen, nämlich bei 5 Suizide pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner.¹⁶

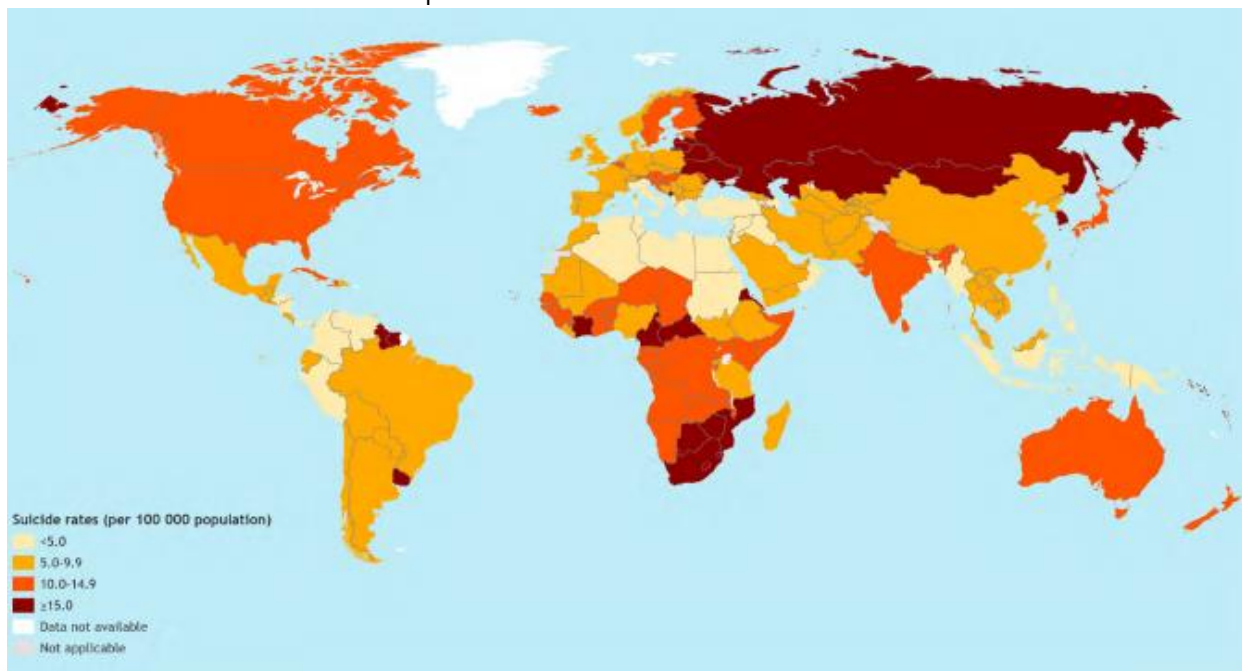


Abbildung 6, Suizide auf der ganzen Welt

¹⁵ vgl. Falkai & Wittchen, Suizidale Verhaltensstörung, 1096-1097.

¹⁶ vgl. Kestel & von Ommeren, Suizid weltweit, 4.

In den einzelnen Regionen sind Unterschiede in den Suizidraten zu erkennen. Die Suizidraten in den Regionen Afrika (11,2 pro 100 000), Europa (10,5 pro 100 000) und Südostasien (10,2 pro 100 000) waren 2019 höher als der weltweite Durchschnitt (9,0 pro 100 000). Die niedrigste Selbstmordrate wurde in der östlichen Mittelmeerregion (6,4 pro 100 000) festgehalten. Die Region Südostasien wies eine wesentlich höhere Selbstmordrate bei Frauen auf (8,1 pro 100 000) im Vergleich zum weltweiten Durchschnitt für Frauen (5,4 pro 100'000). Bei den Männern waren es die Regionen Afrika (18,0 pro 100 000), Nord- und Südamerika (14,2 pro 100 000) und Europa (17,1 pro 100 000) die eine höhere Selbstmordrate aufwiesen als der weltweite Durchschnitt bei Männern (12,6 pro 100 000).¹⁷

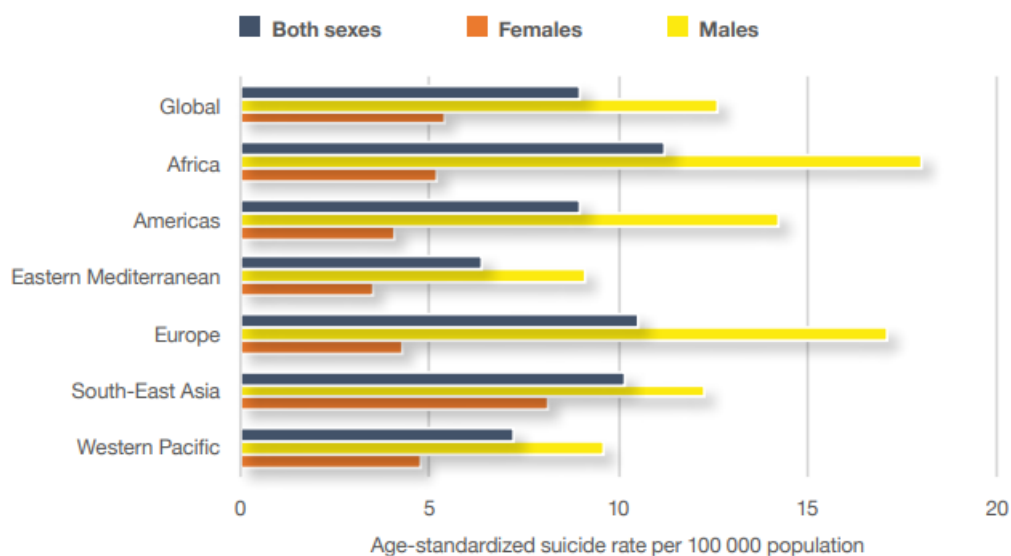


Abbildung 7, Suizide in verschiedene Regionen aufgelistet

8 Suizid in der Schweizer Bevölkerung:

«Suizide gehören nach Krebs- und Kreislauferkrankungen zu den häufigsten Gründen für frühzeitige Sterblichkeit (gemessen in verlorenen potenziellen Lebensjahren).»¹⁸

Im Jahr 2021 starben rund 1005 Personen, davon 719 Männer und 286 Frauen, durch Suizid. Davon ausgeschlossen sind die assistierten Suizide. Wie in dem Diagramm ersichtlich ist, haben sich die Zahlen jedoch verbessert. Denn die Sterberate von 2017 bis 2021 sind im Vergleich zu dem Durchschnitt der Jahre 1996 bis 2000 für die Männer um 46% und für die Frauen um 41% zurückgegangen.¹⁹

Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) vom Jahr 2017 haben 0,5% der Befragten innerhalb der letzten 12 Monate versucht, sich das Leben zu nehmen. Davon waren Männer wie Frauen ungefähr gleich betroffen. Das sind 467 Personen mit einem Suizidversuch pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, gemessen auf die gesamte

¹⁷ vgl. Kestel & von Ommeren, Suizid in Regionen, 9-10.

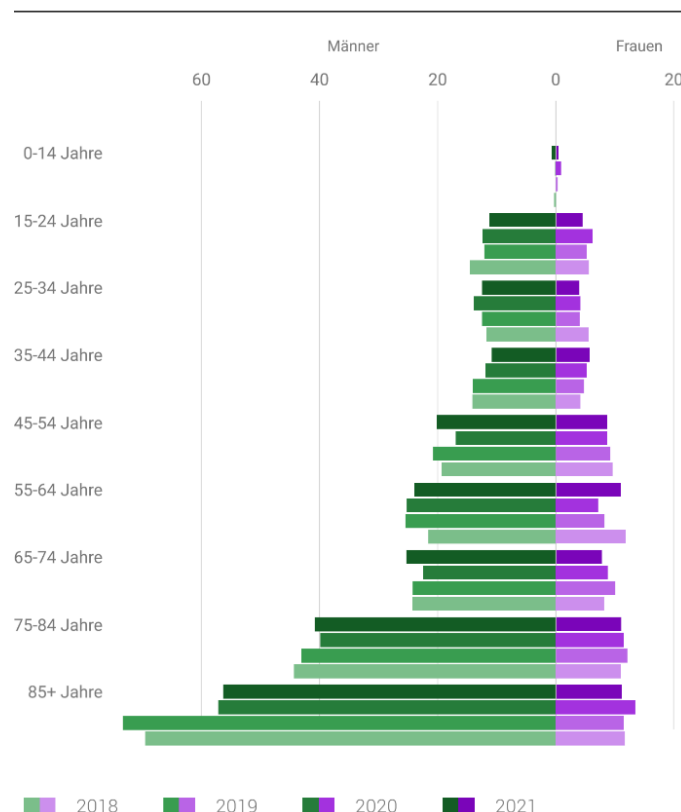
¹⁸ o.N., Suizid in der Schweiz

¹⁹ vgl. o.N., Suizidrate

Wohnbevölkerung ab dem 15. Lebensjahr. Es wurden Analysen erstellt in denen ersichtlich ist, dass vor allem eine schlechte psychische Gesundheit, insbesondere die Symptomatik der Depression, in engem Zusammenhang mit Suizidgedanken steht. Mangelnde persönliche Unterstützung und das Gefühl von Einsamkeit stehen ebenfalls in Beziehung mit Suizidgedanken. Bezüglich dem Alter findet man keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Die Lebenszeitprävalenz, das heisst ob eine Person jemals einen Suizidversuch unternommen hat, liegt bei 3,4%. Das bedeutet, dass, gemäss der Berichterstattung in der SGB, zwischen 214 000 und 259 000 Personen in der Schweiz mindestens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen oder unternommen haben. Bei der Lebenszeitprävalenz liegt ein Geschlechterunterschied vor. Der Anteil Frauen (3.9%), die einen Suizidversuch unternommen haben, ist etwas höher als der, der Männer (2.9%). Bei der Lebenszeitprävalenz ist das Vergleichen mit dem Alter nicht essenziell, da es nicht viel darüber aussagt.²⁰

Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid), 2018-2021

Rate pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner



Quelle: BFS - Todesursachenstatistik (CoD)

© BFS 2023

Abbildung 8, Suizide in der Schweiz

²⁰ vgl. Claudio & Tuch, Suizidgedanken der Schweizer Bevölkerung, 5.

8.1 Suizidversuche aufgeteilt in den Kantonen:

Was schon im internationalen Vergleich gilt, hat auch in der Schweiz seine Gültigkeit, den die Suizidrate variiert von Kanton zu Kanton sehr stark. Auffallend ist, dass eher reformierte und industrialisierte Kantone eine erhöhte Suizidrate haben. In den letzten Jahren haben sich die Zahlen in den einzelnen Kantonen verändert. Seit dem Höhepunkt im Jahr 1980 gingen die Zahlen stark zurück, wie bereits erwähnt wurde. Bei den Statistiken ist es wichtig zu wissen, ob Exit-Suizide und andere Todesfälle nach Freitodbegleitung ausgeschlossen werden. Werden diese auch miteingeschlossen, erhöht sich verständlicherweise die Suizidrate. Die Verteilung der Suizide auf die einzelnen Kantone sollte jedoch nicht zu viel gewichtet werden. Trotzdem fällt auf, dass sich in den beiden Kantonen, Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden, eine hohe Suizidrate als unverstandene Konstante bei den Männern zeigt.²¹

Suizid und Suizidhilfe

Suizidraten kantonal (5-Jahresmittelwert)

Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/innen, standardisierte Rate
Suizidrate (exkl. Suizidhilfe), 2018 – Total

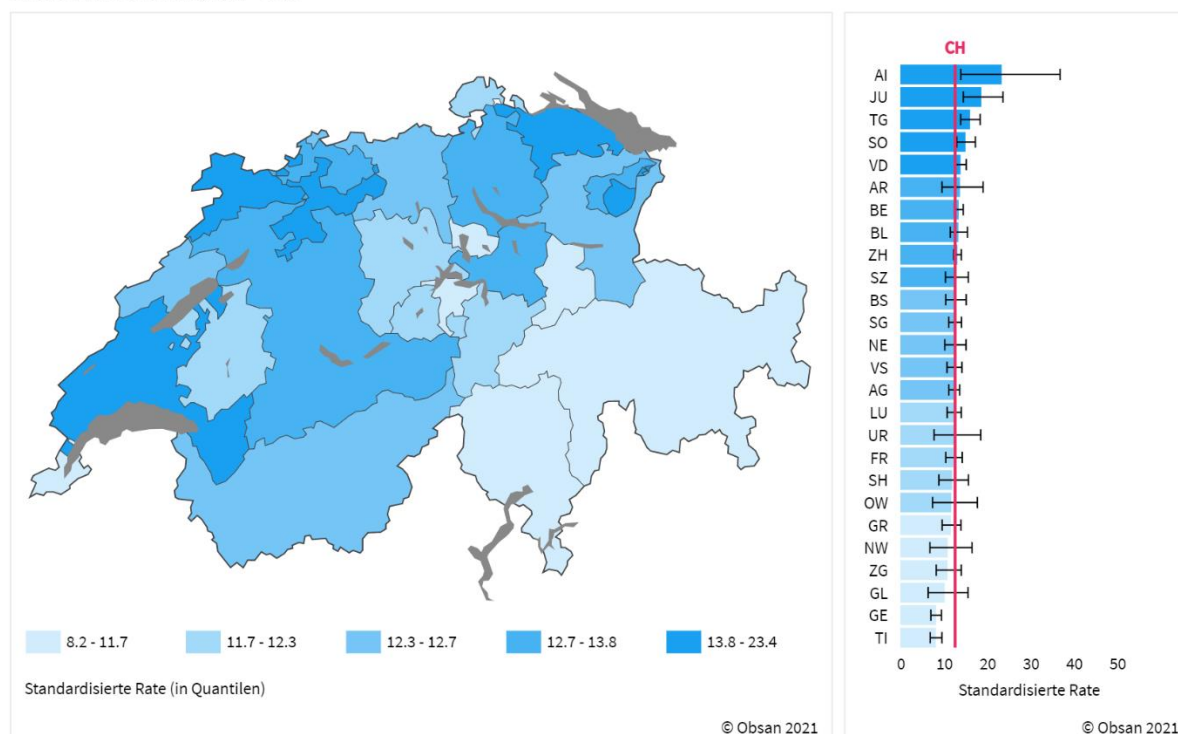


Abbildung 9, Suizide in den Kantonen

8.2 Suizid in dem Kanton Zürich:

In der Schweiz ist die Zahl der jährlichen Todesopfer durch Suizide höher als die des Strassenverkehrs, Aids und Drogen zusammen. Die Statistik zeigt, dass die Suizidzahlen in der gesamten Schweiz, auch im Kanton Zürich rückläufig sind. Trotzdem nahmen sich in den Jahren 2001 – 2010 im Durchschnitt jährlich 200 Personen das Leben. Im Kanton Zürich verzeichnete man in den Jahren

²¹ vgl. o.N., Vergleich nach Kantonen

2009 – 2011 im jährlichen Durchschnitt 180 Suizide. Zu beachten dabei ist, dass die begleitenden Suizide durch Sterbehilfeorganisationen wie Exit in der Statistik nicht erfasst sind.

Im Kanton Zürich gab es 19,3 Suizide auf 100'000 Einwohner, das sind mehr als doppelt so viele wie bei den Frauen, da ist die absolute Zahl 7,7 Suizide auf 100'000 Einwohnerinnen.

Vergleicht man die Statistik des Kantons Zürich mit der übrigen Deutschschweiz ist zu erkennen, dass Männer im Kanton Zürich weniger häufig den Suizid wählen. Die Suizidrate der Frauen ist jedoch im Vergleich höher. In Abbildung 10 ist zu erkennen, dass vor allem Männer im mittleren Alter den Suizid wählen. Die Zahl der Suizide bei Jugendlichen ist tief mit rund 3 Suiziden jährlich. Trotzdem ist er die häufigste Todesursache.

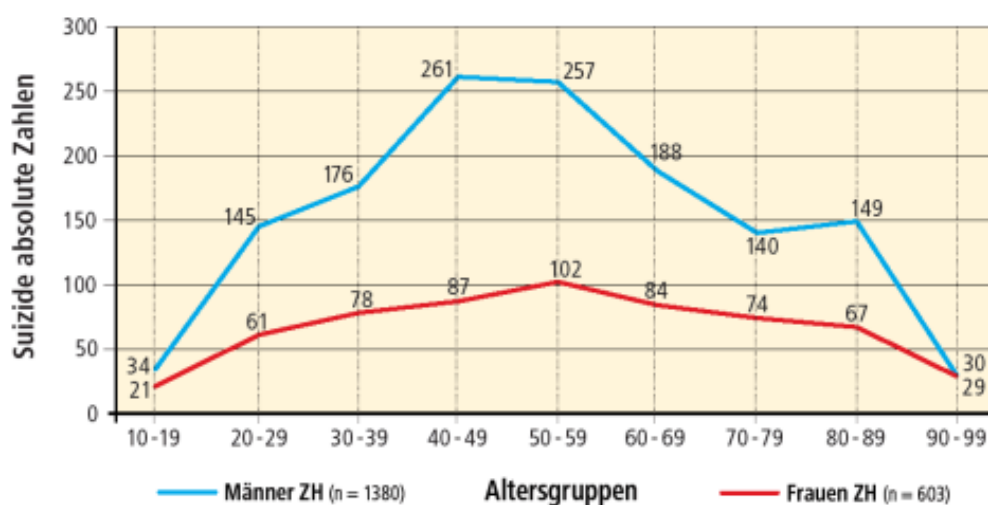


Abbildung 10, Anzahl Suizide im Kanton Zürich nach Alter und Geschlecht

In Abbildung 11 ist zu erkennen, dass Männer eher Schusswaffen oder Erhängen als Suizidmethode wählen, Frauen hingegen sich mehrheitlich vergiften. Im Vergleich zu Männer unternehmen Frauen häufiger Suizidversuche, auch bei jungen Erwachsenen und Jugendliche stellt man dies fest. Man schätzt, dass die Anzahl der Suizidversuche 10 – 20mal höher liegt als die Anzahl der durchgeführten Suizide.

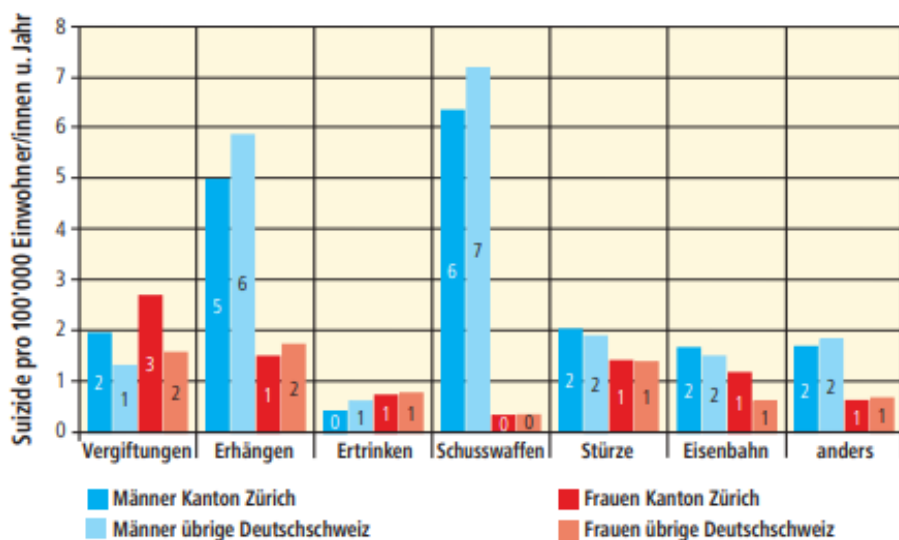


Abbildung 11, Suizidmethoden nach Geschlecht im Kanton Zürich

Neuere Studien der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zeigen die Daten aus der Medizinstatistik der Krankenhäuser (MSK). In diesen ist zu sehen, dass sich die jüngeren Frauen häufiger das Leben nehmen im Gegensatz zu den Männern. Weiter ist zu erkennen, dass bei den Bevölkerungsgruppen der Altersgruppen 25 bis 70, das Verhältnis der Suizide ausgeglichener ist.²²

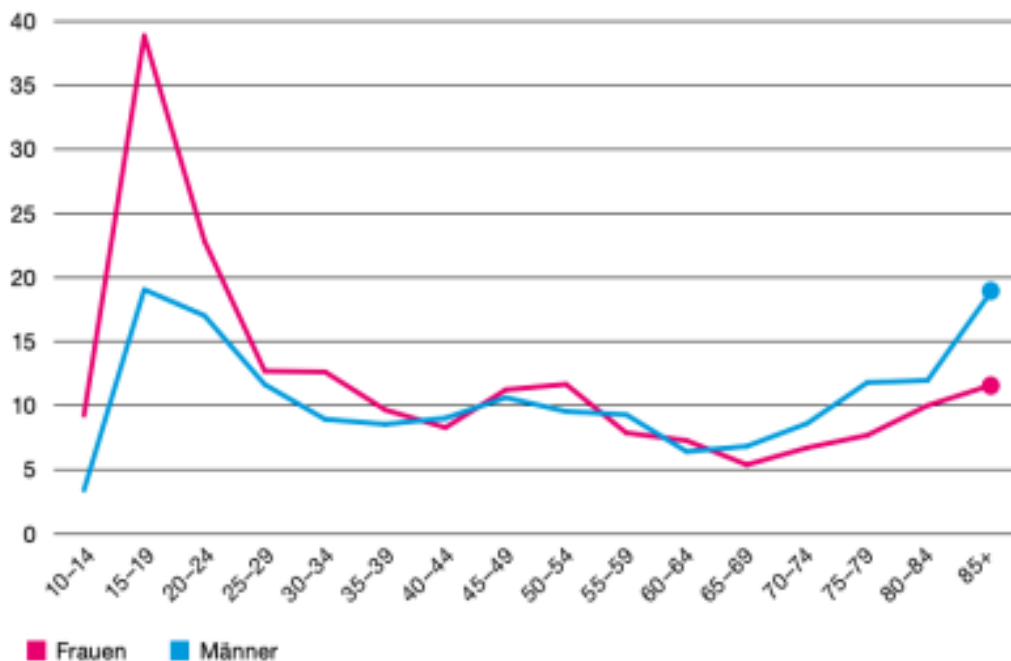


Abbildung 12, Suizide der Krankenhäuser im Kanton Zürich

Ebenfalls ist ein starker Anstieg der ambulanten Notfalltelefonate und der darauffolgenden Untersuchung, in den Jahren 2020 und 2021 zu sehen. Auch verteilen sich die Höhepunkte aufs ganze Jahr, das heisst, dass es keine Jahreszeit gibt, in der es jährlich ein Anstieg gibt. Jedes Jahr gibt es andere Tendenzen. Im Jahr 2020 war der Peak im Winter, in den Jahren 2019 und 2018 war er im ersten Halbjahr.

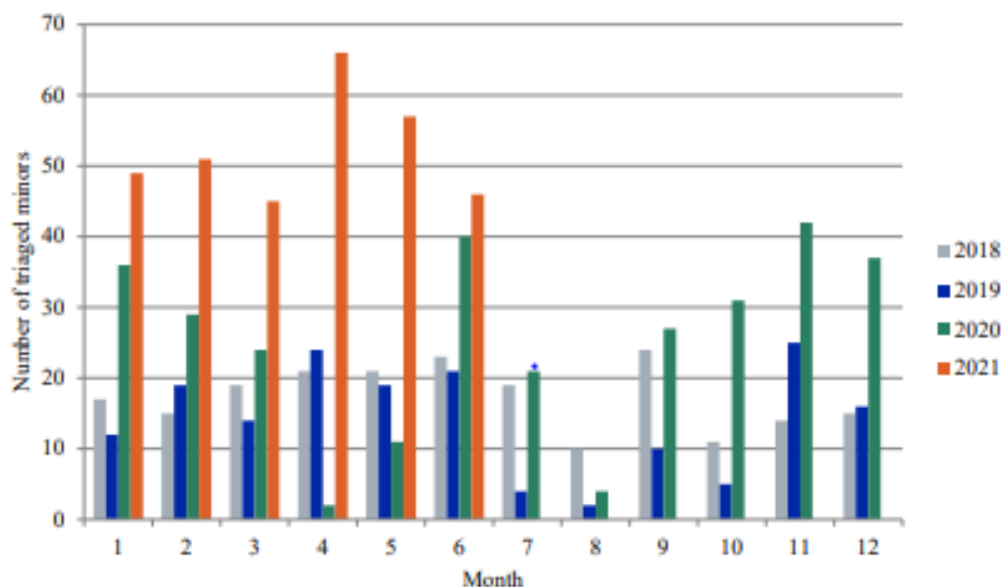


Abbildung 13, Anzahl der ambulanten Triagen

²² vgl. o.N., Suizidstatistik der Krankenhäuser, 2-3.

9 Suizidprävention für betroffene Jugendliche:

In der Schweiz gibt es verschiedene Anlaufstellen für betroffene Jugendliche. Diese werden entweder vom Bund, vom Kanton oder der Gemeinde gestellt.

9.1 Von Bund aus:

«Der Aktionsplan will einen Beitrag leisten, Suizide oder Suizidversuche während – oft vorübergehenden – Belastungskrisen oder psychischen Erkrankungen zu reduzieren. Konkret soll die Anzahl nicht-assistierter Suizide pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner bis 2030 um rund 25 Prozent sinken (verglichen mit 2013). Dadurch liessen sich längerfristig rund 300 Suizide pro Jahr verhindern. Die Anzahl Suizide bliebe aber aufgrund des Bevölkerungswachstums bei jährlich rund 1000 Fällen und der Handlungsbedarf somit weiterhin hoch.

Die 10 Ziele des Aktionsplans:

1. Persönliche und soziale Ressourcen stärken.
2. Über Suizidalität informieren und sensibilisieren.
3. Hilfe anbieten, die schnell und einfach zugänglich ist.
4. Suizidalität frühzeitig erkennen und frühzeitig intervenieren.
5. Suizidale Menschen auf ihrem Genesungsweg wirksam unterstützen.
6. Suizidale Handlungen durch einen erschwerten Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden erschweren.
7. Hinterbliebene und beruflich Involvierte unterstützen.
8. Suizidpräventive Medienberichterstattung und suizidpräventive Nutzung digitaler Kommunikationsmittel fördern.
9. Monitoring und Forschung fördern.
10. Beispiele guter Praxis aus der Schweiz und aus dem Ausland verbreiten. »²³

9.2 Im Kanton Zürich:

«Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich schlägt folgende Massnahmen zur Verringerung der Suizidalität vor:

1. Generelle Prävention
 - Förderung psychischer Gesundheit in Bevölkerung (z B. Bewegung, Schlaf, Medienkompetenz, ...)
2. Selektive Prävention
 - Sorgfältiger Umgang mit Thema Suizid (Medienrichtlinien, Verhinderung Werther Effekt)
 - Zugang zu Methoden minimieren (Medikamente, Waffen, Brücken,)
3. Indizierte Prävention
 - Identifizierung Risikopopulationen mit erhöhtem Suizidrisiko
 - o Psychische Störungen (Depression, Sucht, ...)
 - o Persönlichkeitsentwicklungsstörungen
 - o Familiäre Risiken
 - o Migration

²³ o.N., Aktionsplan

- Identifikation Ultrahochrisikogruppe
 - o Nicht-suizidale Selbstverletzung
 - o Nach Entlassung aus stationärem Aufenthalt
- 4. Sekundärprävention
 - Spezifische Behandlungsansätze nach überlebtem Suizidversuchen»²⁴

Mit diesen Schritten will die psychiatrische Universitätsklinik Zürich präventiv handeln, das heisst suizidgefährdete Menschen frühzeitig erkennen, damit sie schnell und rechtzeitig die bestmögliche Hilfe erhalten, mit dem Ziel, dass immer weniger Jugendliche den Suizid wählen.

9.3 Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz:

«IPSILOON hat national die führende Rolle in der Suizidprävention. Sie unterstützt, koordiniert und vernetzt die Institutionen, Organisationen, Gruppierungen und operationellen Programme im Bereich Suizidprävention. Im Wesentlichen durch Wissensförderung, Politikentwicklung, Information und Koordination sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung.»²⁵

9.4 Suizidprävention in Gemeinden:

«Es ist unklar, wie die Beratungsstellen in den Gemeinden für die Suizidprävention sensibilisiert sind. Sie nehmen bei der Früherkennung und Frühintervention eine wichtige Funktion ein. Für die Suizidprävention in den Gemeinden prädestiniert sind z. B. Jugend- oder Suchtfachstellen oder Sozialdienste. Insgesamt sind zu wenig Anlaufstellen für ältere Menschen, LGBT-Jugendliche, Migrantinnen und Migranten sowie für Männer vorhanden. Zentral ist, dass die Angebote in den Gemeinden in Bezug auf Struktur und Dienstleistung niederschwellig sind, damit diese auch wirklich genutzt werden. Beratungsdienste sollten mit Hotlines und der (sozial-)psychiatrischen Versorgung zusammenarbeiten.»²⁶

9.5 Suizidprävention in Ausbildungsstätten:

«In der obligatorischen Schulzeit sind Suizide selten. In der Schweiz existieren relativ viele Angebote im Bereich des Krisenmanagements für die obligatorische Schule. Diese legen den Fokus auf Interventionen bei sichtbaren, akuten Krisen.

Auch wenn Suizide in der obligatorischen Schulzeit selten sind, hat diese Lebensphase für die Suizidprävention eine wichtige Bedeutung: Im Kinder- und Jugendalter werden wichtige Grundsteine für eine spätere psychische Unversehrtheit gelegt. Die Schule ist ein wichtiges Setting, um Kinder und Jugendliche zu stärken und ihre psychische Gesundheit zu fördern. Auf Stufe der Berufs- und Tertiärbildung sind Suizide häufiger und dadurch nimmt die Bedeutung von spezifischen Suizidpräventionsmassnahmen zu. In der Schweiz

²⁴ o.N., Aktionsplan des Kanton Zürichs, 4.

²⁵ o.N., Vorstellung von Ipsilon

²⁶ Walter, Esther & Duetz Schmucki, Margreet & Bürli, Chantale, Suizidprävention der Gemeinden, 35.

bestehen in der Berufs- und Tertiärbildung jedoch erst punktuell entsprechende Projekte. (Z. B. für Lehrbetriebe: «Zwischen Lebenslust- und Lebensfrust – Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention» der Fachhochschule Nordwestschweiz und des Suizid-Netz Aargau; für die Tertiärbildung: das Netzwerk Krise & Suizid der Universität und der ETH Zürich.)»²⁷

10 Beratungsstellen:

Die Schweiz stellt mit verschiedenen Beratungsstellen viele Möglichkeiten zur Verfügung, bei denen man sich melden kann, wenn Probleme auftauchen. Nun folgen einige dieser Beratungsstellen.

10.1 147 – Beratung Pro Juventute:

«Die Stiftung Pro Juventute ist auf nationaler Ebene tätig und zählt als private, politisch und konfessionell unabhängige gemeinnützige Organisation. Sie wurde mit dem Ziel gegründet, Kindern und Jugendlichen, welche mit Tuberkulose infiziert waren, zu helfen. Heutzutage ist das Ziel der Stiftung sich für die Umsetzung der Rechte und Erfüllung der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zu sorgen. In den Bereichen Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein.

Mit dem Beratungsangebot 147 erhalten Kinder und Jugendliche rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr professionelle, niederschwellige Beratung. Die Anrufe auf die Nummer 147 sind gratis. Die psychologisch oder sozialpädagogisch ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten Unterstützung in Notsituationen und eine umfassende Kurzberatung in allen relevanten Themen dieser Altersgruppe an. Die Beratung ist vertraulich. Ist eine nachhaltige, möglicherweise längerfristige persönliche Beratung sinnvoll, dann werden die Anrufenden an eine kantonale oder regionale Fachstelle verwiesen. Dies geschieht entweder durch eine aktive Triage, bei der mittels Konferenzschaltung das weitere Vorgehen im Dreiergespräch direkt mit der zuständigen Fachstelle abgesprochen wird. Oder den Anrufer wird in Form einer passiven Triage der Besuch einer Fachstelle empfohlen und es werden ihnen die entsprechenden Kontaktdaten übergeben. Aktive Triage ist allerdings nur während der Öffnungszeiten der Fachstellen möglich. Für die Triage von Anrufern an Fachstellen führt die nationale Stiftung Pro Juventute eine umfassende Datenbank mit den kantonalen und regionalen Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche. Die Telefonnummer 147 kann in der ganzen Schweiz und in drei Landessprachen erreicht werden. Zur Bewältigung der grossen Anzahl von Anrufern hat die Stiftung Pro Juventute im Jahr 2009 ein Interactive Voice Response (IVR), auch telefonisches Sprachdialogsystem genannt, eingeführt. Während einige Anrufer mit einer beratenden Person verbunden werden, warten andere in einer Warteschleife darauf, dass ein Ansprechpartner frei wird. Eine automatische Stimme begleitet die Anrufenden in der Warteschleife und weist diese auf

²⁷Walter, Esther & Duetz Schmucki, Margreet & Bürli, Chantale, Suizidprävention der Ausbildungsstätten, 35-36.

die alternativen Beratungs- und Informationsangebote hin (Informationstexte im Internet, SMSBeratung, etc.). Das IVR verfügt zudem über eine Notfalltaste, mit welcher die Anrufenden einen möglichen Notfall signalisieren können. Dies erlaubt es den Beratenden, die wichtigen Anrufe zuerst zu behandeln. Schliesslich können Anrufende, die früher bereits durch nicht ernsthaftes Anrufe aufgefallen sind, auf ein spezifisches Tonband weitergeleitet werden, in welchem sie darauf hingewiesen werden, dass sie mit ihren wiederholten Scherzanrufen echte Anrufe blockieren.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 315 705 Anrufe verzeichnet. Davon wurden 104 087 Anrufe durch die Beraterinnen und Berater persönlich entgegengenommen. 52 337 Anrufende wurden durch spezifische Informationsbänder bedient (u.a. nach wiederholten nicht ernsthaften Anrufen). Die restlichen rund 159 000 Anrufe konnten mangels Beratungskapazität nicht angenommen werden. Letzteres bedeutet, dass die Anrufenden in der Warteschlange warten, der Anruf aber nicht innert nützlicher Frist von einer beratenden Person bedient werden kann, sodass die Anrufenden nach einer gewissen Zeit wieder aufhängen.)²⁸

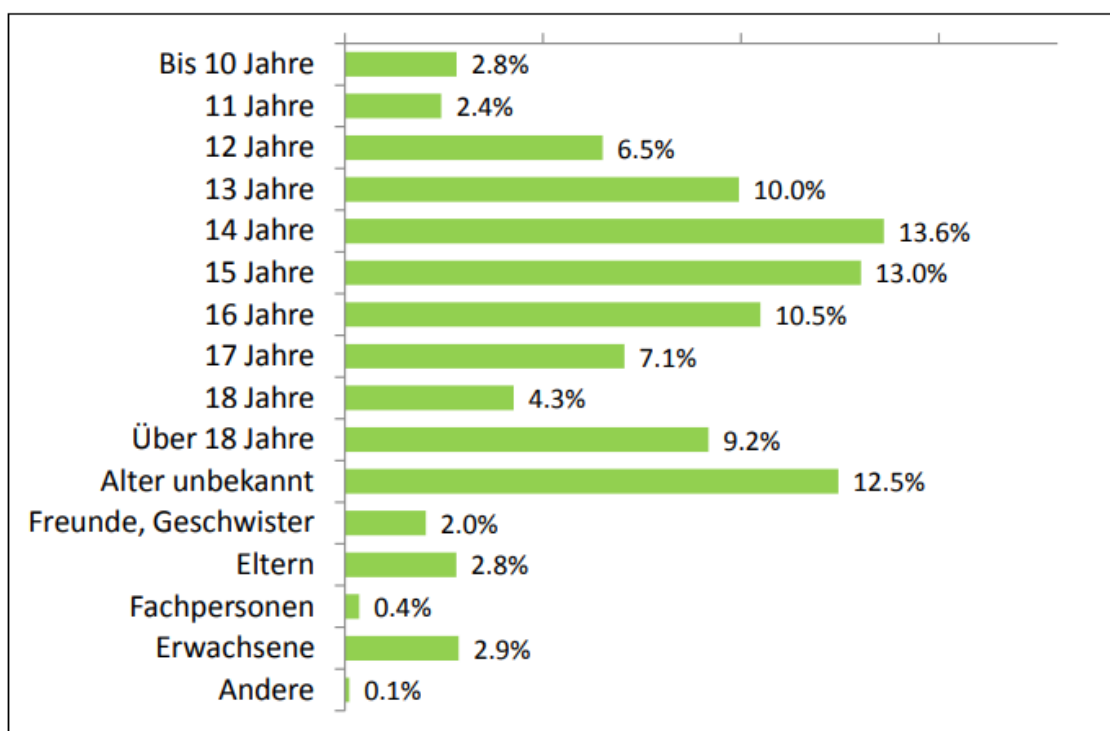


Abbildung 14, Anrufer*innen von Pro Juventute

²⁸ Schmid, Pro Juventute, 4-6.

10.2 143 – die dargebotene Hand:

Die dargebotene Hand erhält jährlich ungefähr 190'000 Telefonanrufe. Um dies zu ermöglichen helfen 696 freiwillige Mitarbeitende mit. Nicht nur durch Mitarbeiter wird dieses Angebot ermöglicht, sondern auch durch 9'503 Onlinekontakte.

«Die Dargebotene Hand ist ein Zusammenschluss von zwölf lokal und regional verankerten, unabhängigen Organisationen unter einem gesamtschweizerischen Dachverband. Die Dargebotene Hand ist offen für alle Menschen, unabhängig von Religion, Kultur und Herkunft. Sie richtet sich nach den Grundsätzen des Europäischen Verbandes der Telefon-Seelsorgen IFOTES (International Federation Of Telephone Emergency Services). Die Regionalstellen bieten je eigenständige Beratungsdienste via Tel 143 oder per Online an.»²⁹

10.3 Blinker Jugendberatung:

«In der emotional aufwühlenden Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter stehen Jugendliche in der heutigen Zeit vor grossen Herausforderungen: Lebensgestaltung, Orientierung, Entscheidungsdruck, Schnelllebigkeit, soziale Medien u.v.m. Zahlreiche Anforderungen, Pflichten und Irritationen können junge Menschen aus der Bahn werfen, bevor sie genug Sicherheit erlangen, um in unserer Gesellschaft ihren eigenen Weg zu gehen. So kann sich zum Beispiel das Glück der ersten Liebe überraschend in tiefen Schmerz verwandeln, Chancen können Druck erzeugen, Überforderung kann in Wut münden oder Vergleiche mit anderen können Frustration oder Angst auslösen.

Die Jugendberatung Blinker bietet fachkundige, empathische und unkomplizierte Unterstützung für Jugendliche und junge Menschen aus dem Bezirk Dietikon an.»³⁰

10.4 Krisenintervention – psychiatrische Universitätsklinik Zürich

«Die Krisenintervention stationär in Zürich (KIZ) bietet Menschen in aussergewöhnlichen Lebenssituationen, Beratung und Betreuung an, welche professionelle Krisenintervention benötigen.»³¹ Das heisst diese Institution ist ein möglicher Ort für ein möglich auftretender psychischer Notfall.

11 Apps für mentale Gesundheit:

Verschiedene Apps wurden generiert, um auch auf diesem Weg, Hilfe zu bekommen. Denn die heutige Bevölkerung ist viel am Handy und darum ist es am sinnvollsten auch auf diesem gängigen Medium eine Hilfestellung anzubieten.

²⁹ o.N. die Dargebotene Hand

³⁰ o.N., Angebot von Blinker

³¹ o.N., Krisenintervention, 1.

11.1 Body2Brain:

In dieser App findet man Übungen, die zur Soforthilfe dienen. Das heißt wenn man in einer Krise steckt, kann man anhand der Übungen, die auf der App zu finden sind, versuchen die Krise zu bewältigen. Denn laut der Autorin dieser App, Dr.med. Claudia Croos-Müller kann die Body2Brain ccm- Methode die Psyche durch Körperübungen beruhigen. Dies nennt man Körperpsychotherapie.

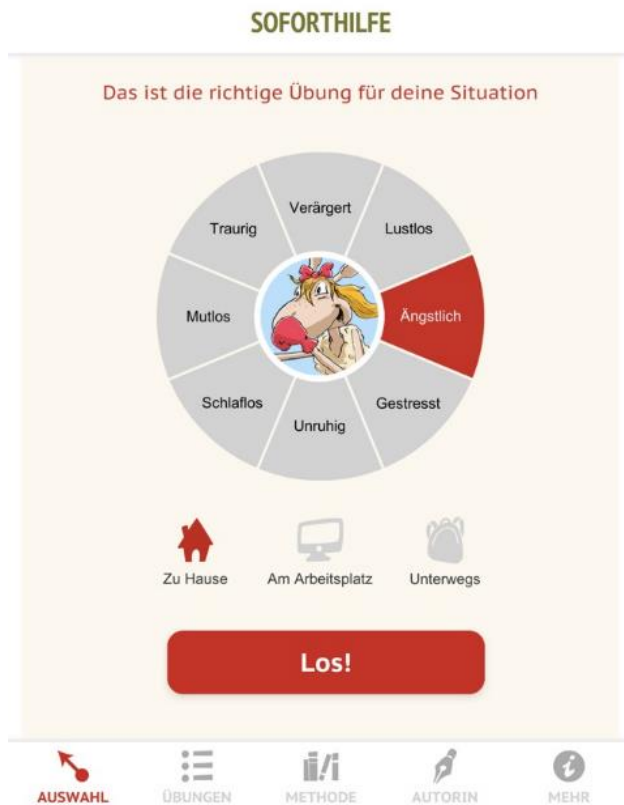


Abbildung 16, App Body2Brain; Startseite



Abbildung 15, App Body2Brain; Übungen

11.2 I am sober – ich bin nüchtern:

I am sober ist eine App, in welcher die Zeit gemessen wird, in der einer gewissen Gewohnheit nicht nachgegangen wird (z. B. Selbstverletzung). Der Sinn davon ist, dass die Nutzerinnen und Nutzer motiviert bleiben, nicht rückfällig zu werden. Es ist vergleichbar mit den Anonymen Alkoholiker z. Bsp. wo man zu Beginn jeder Sitzung sagt, seit wie vielen Tagen man trocken ist. Der Vorteil bei der App ist, dass die Nutzer*innen nicht auf die nächste Sitzung warten müssen, um einen Erfolg verbuchen zu können, sondern jedes Mal wenn sie auf die App schauen, sehen sie diesen. Somit sehen sie auch gleich ihren Fortschritt, was wiederum sehr motivierend sein kann, an den Gewohnheiten zu arbeiten.

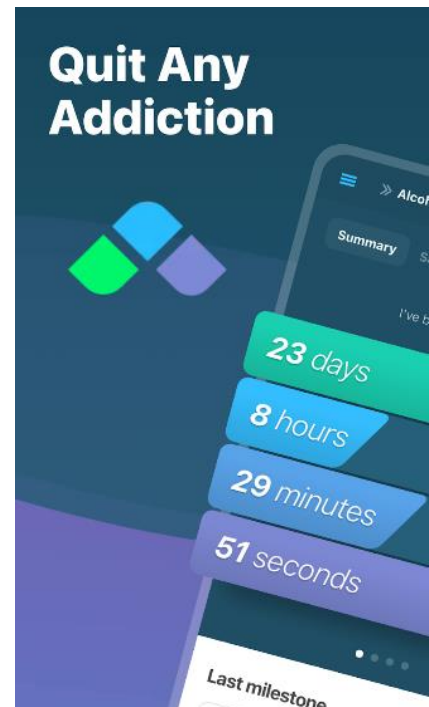
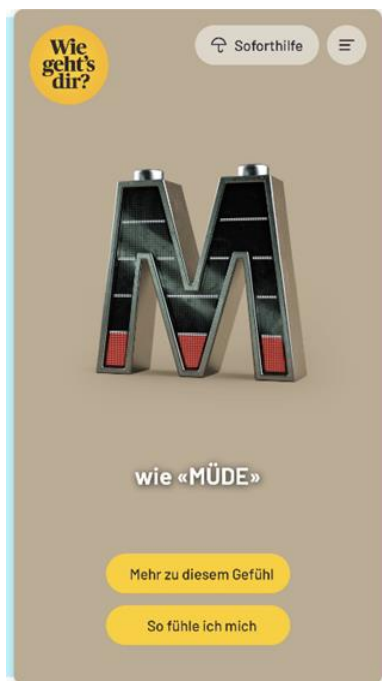


Abbildung 17, App I am sober; Startseite

11.3 Wie geht's dir? – Pro Juventute

Das Ziel der App ist es die psychische Gesundheit der Nutzer*innen zu stärken und ihnen zu helfen, ihre eigenen Gefühle zu entdecken. Damit dies geschieht führen sie ein so genanntes Gefühlstagebuch, indem sie ein Gefühl auswählen mit dem Button «So fühle ich mich» und dann Notizen zu diesem schreiben. Danach werden dem Nutzer oder der Nutzerin mögliche Tipps angeboten. Wer möchte kann über den Button «Mehr zu diesem Gefühl» weitere Informationen dazu erhalten.



Deine Gefühlswelt

Abbildung 20, App Wie geht's dir Startseite



Abbildung 18, App Wie geht's dir; Gedankentagebuch



Abbildung 19, App Wie geht's dir; Gefühlsbeschreibung

12 Umfrage an der KSL

Bei der Umfrage an der Kantonsschule Limmattal (KSL) wurden die vierte, fünfte und sechste Klassenstufe angeschrieben. Dabei handelt es sich ungefähr um 300 Schüler*innen, welche sich zwischen dem 15 und 19 Altersjahr bewegen. Von diesen 300 Schüler*innen haben 202 eine Rückmeldung abgegeben. Alle folgenden Diagramme beziehen sich auf die Antworten dieser 202 Schüler*innen. Von diesen 202 Schüler*innen gaben 142 Schülerinnen an weiblich zu sein und 60 Schüler gaben an männlich zu sein, wie im Diagramm ersichtlich.

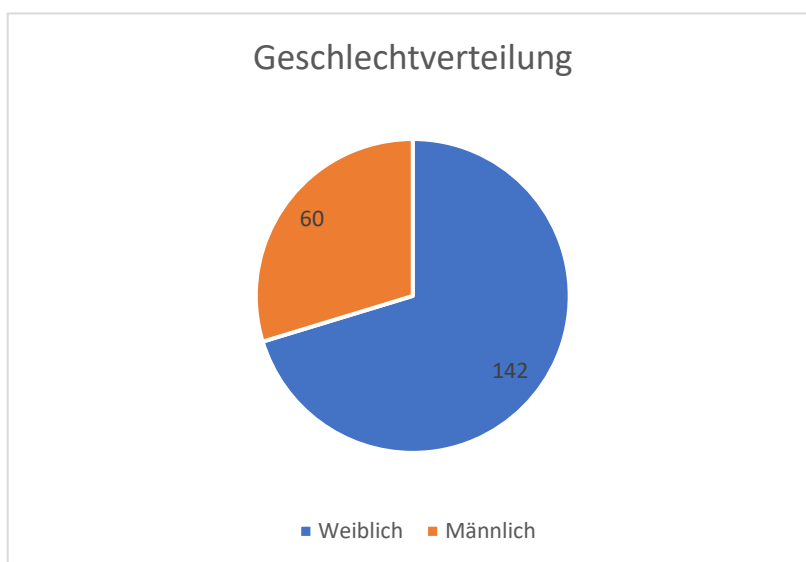


Diagramm 1, Verteilung von Geschlechter

Aufteilung der Schüler*innen in Altersgruppen:

- Die Altersgruppen der 15.-Jährigen: 33 Frauen und 6 Männer
- Die Altersgruppen der 16.-Jährigen: 26 Frauen und 12 Männer
- Die Altersgruppen der 17.-Jährigen: 47 Frauen und 24 Männer
- Die Altersgruppen der 18.-Jährigen: 30 Frauen und 14 Männer
- Die Altersgruppen der 19.-Jährigen: 6 Frauen und 4 Männer

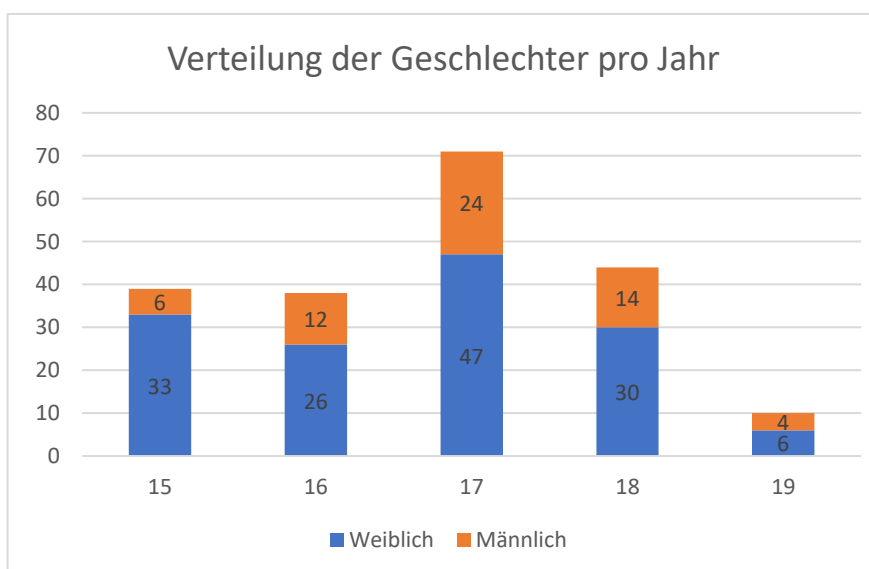


Diagramm 2, Verteilung in Jahrgänge

Zusammenfassend ist zu sehen, dass mehr Frauen an der Umfrage teilgenommen haben als Männer. Ebenfalls ist zu erkennen, dass die Altersgruppe der 17jährigen, die Fragen am häufigsten beantwortet haben.

Bei den folgenden Fragen werden die Diagramme in weiblich (W) und männlich (M) unterteilt.

(Wenn von «Depression» gesprochen wird, ist die Major Depression gemeint.)

12.1 Auswertung der Umfrage an der KSL

Auf den folgenden Seiten werden die Fragen des Umfragebogens einzeln analysiert.

Frage: Hast du selbst schon einmal solche Symptome verspürt, wenn ja welche?

Antwortauswahl:

1. Anhaltende traurige, ängstliche Stimmung Gefühle der Wertlosigkeit, übermässige oder unangebrachte Schuldgefühle
2. Gefühle der Wertlosigkeit, übermässige oder unangebrachte Schuldgefühle
3. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen
4. Verlust des Interesses oder der Freude an allen oder fast allen Aktivitäten
5. Gewichtsverlust oder übermässiges Essen
6. Gedanken an den Tod oder Suizid
7. Nein, ich habe noch nie solche Symptome verspürt.

Beobachtungen:

Festzuhalten ist, dass bei dieser Frage mehrere Antworten gewählt werden können.

Im Allgemeinen ist zu sagen, dass Frauen mehr von Symptomen betroffen sind als Männer. Denn von den Befragten haben 35% der Männer die 6. Antwort gewählt, bei den Frauen waren es 18%, die diese Möglichkeit angekreuzt haben.

Vergleicht man die Balken der Antworten 1-4 stellt man fest, dass diese im Verhältnis von beiden Geschlechtern gleich oft gewählt wurden. Das heisst Männer wie Frauen verspüren diese Symptome. Einen markanten Unterschied gibt es bei der Antwort 5. Knapp 30% der Frauen haben angegeben, eine Essstörung zu haben, bei den Männern sind es 5%.

Auffallend ist, dass rund 77% der befragten Frauen und Männer eins oder mehr Symptome verspürt haben.

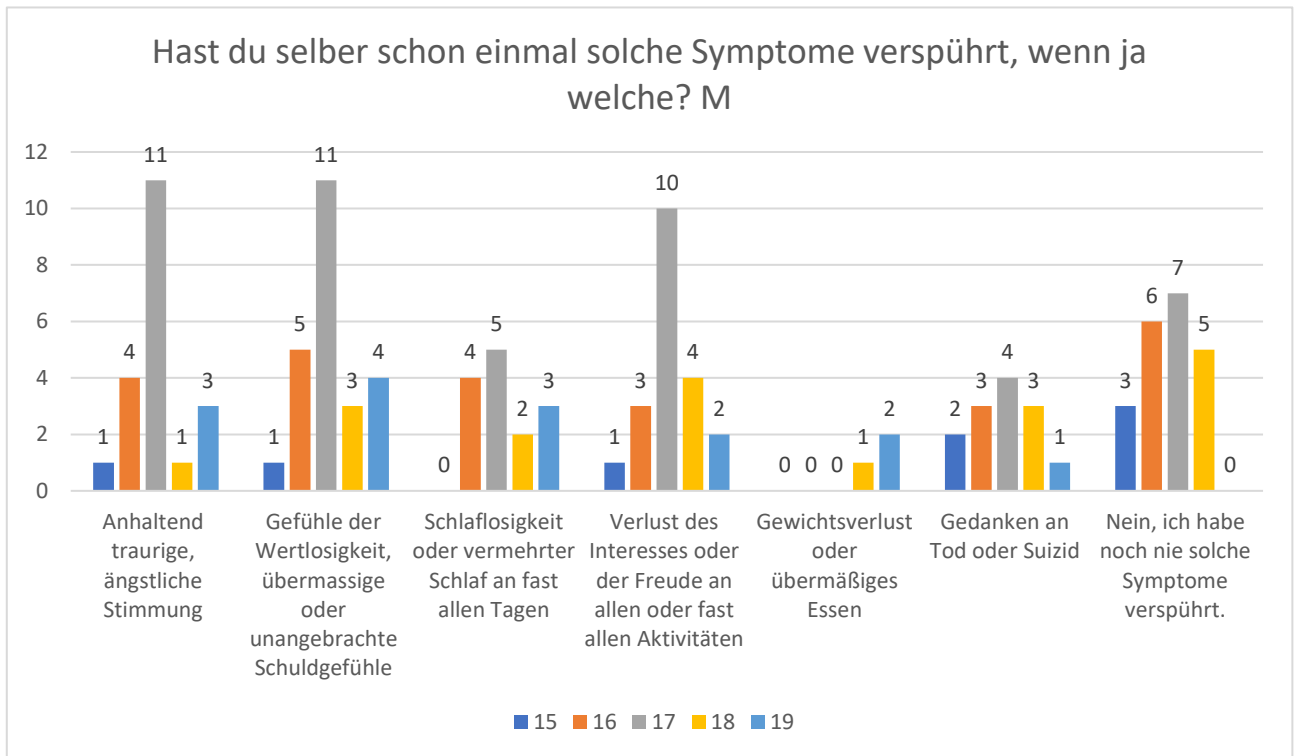


Diagramm 3, Verteilung der Symptome in Altersgruppen (Männer)

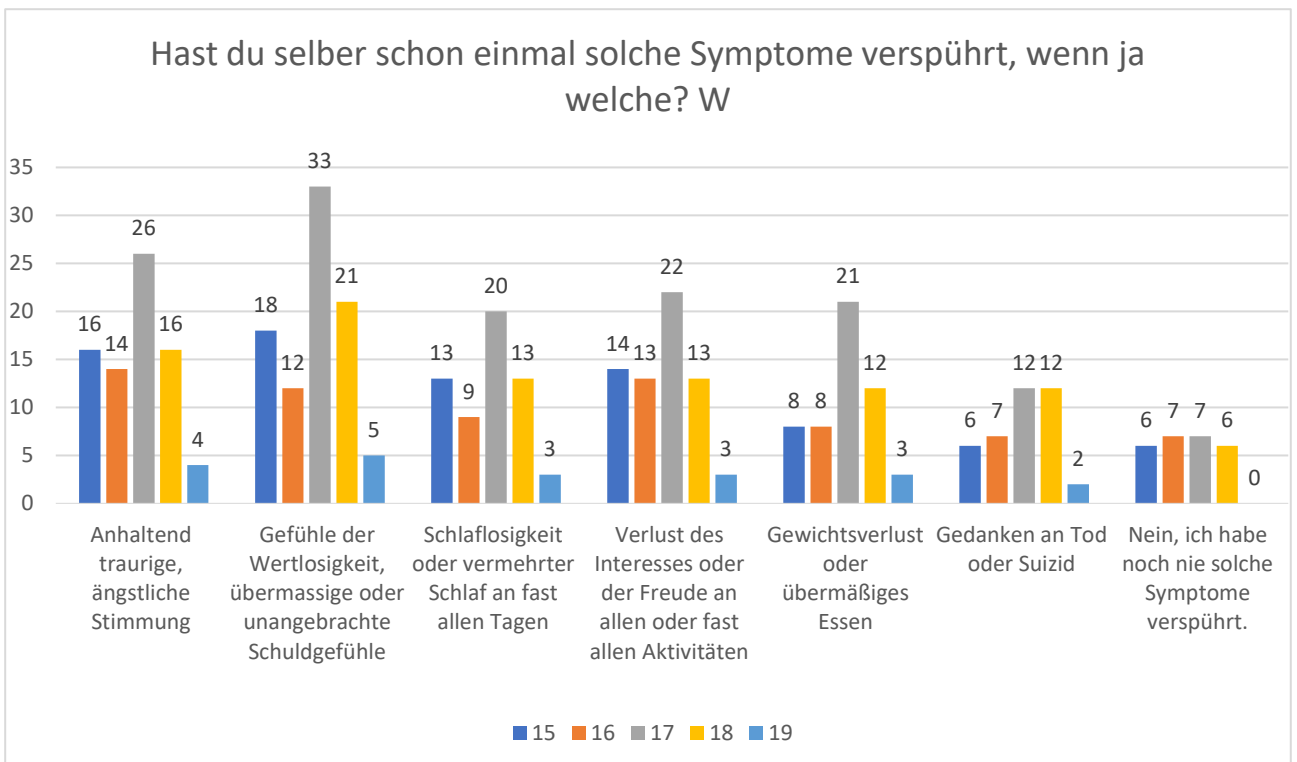


Diagramm 4, Verteilung der Symptome in Altersgruppen (Frauen)

Frage: Hast du schon einmal auf ein belastendes Lebensereignis mit einem negativen Verhalten reagiert?

Antwortauswahl:

1. Ja, mindestens 3-mal pro Woche
2. Ja, 1-mal pro Woche
3. Nein, das habe ich noch nie gehabt

Beobachtungen:

Von den knapp 200 Schüler*innen haben rund 115 gesagt, das sind 56% aller Befragten, dass sie noch nie mit einem negativen Verhalten auf ein belastendes Lebensereignis reagiert haben. Davon waren 39 Schüler und 76 Schülerinnen. Zu beobachten ist, dass sehr wenige Schüler*innen die Antwort 1 ausgewählt haben. Überraschend ist, dass bei den Frauen mit 13 Schülerinnen die Anzahl der Betroffenen einiges höher ist als bei den Männern mit einem Schüler. Bei den Frauen sind die Personen, die mindestens 3-mal pro Woche mit einem negativem Verhalten reagieren, wegen eines belastenden Lebensereignisses in allen Altersgruppen anzutreffen, am häufigsten jedoch bei den 16 und 17-jährigen. Bei den Männern ist die eine Person ein 18-Jähriger. Bei den anderen zwei Antwortmöglichkeiten gibt es bei den Frauen insgesamt 48 Schülerinnen, was 33% der Frauen ausmacht, die angegeben haben, einmal pro Woche auf eine negative Weise zu reagieren, auch da sind sie in jeder Altersgruppe zu finden. Bei den Männern sind es zwar mehr als bei der 1. Antwort, aber im Verhältnis zu den Frauen, immer noch tief mit 17 Schülern, die diese Antwort gewählt haben. Bei der letzten Auswahlmöglichkeit haben sich bei beiden Geschlechtern, weiblich sowie männlich, am meisten Personen dazugehörig gefühlt: bei den Schülerinnen waren es 75 Personen und bei den Schülern 39. Das zeigt, dass die Befragten tendenziell nicht dazu neigen mit einem negativen Verhalten auf eine belastende Situation zu reagieren.

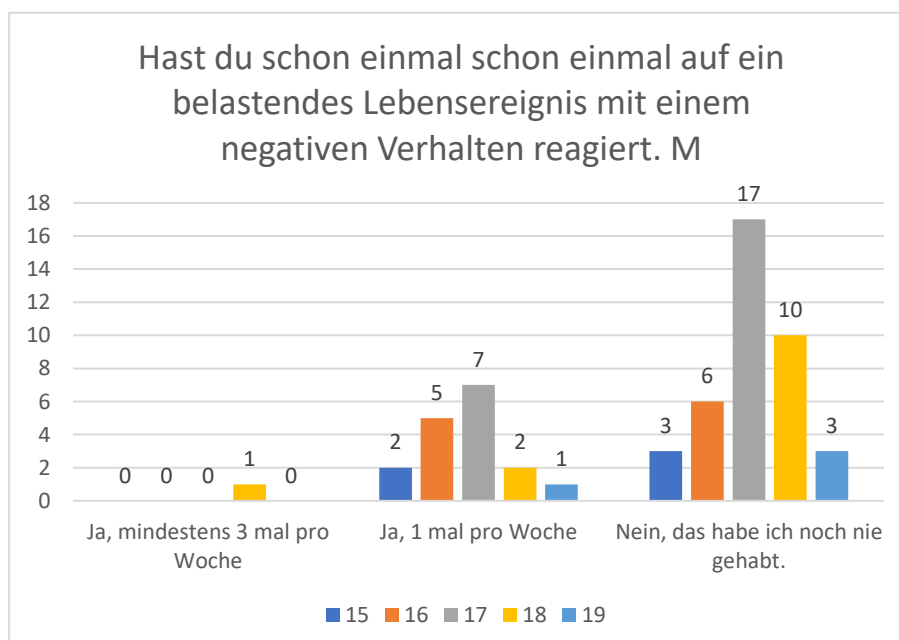


Diagramm 5, Ergebnisse der Reaktionen auf negatives Verhalten (Männer)

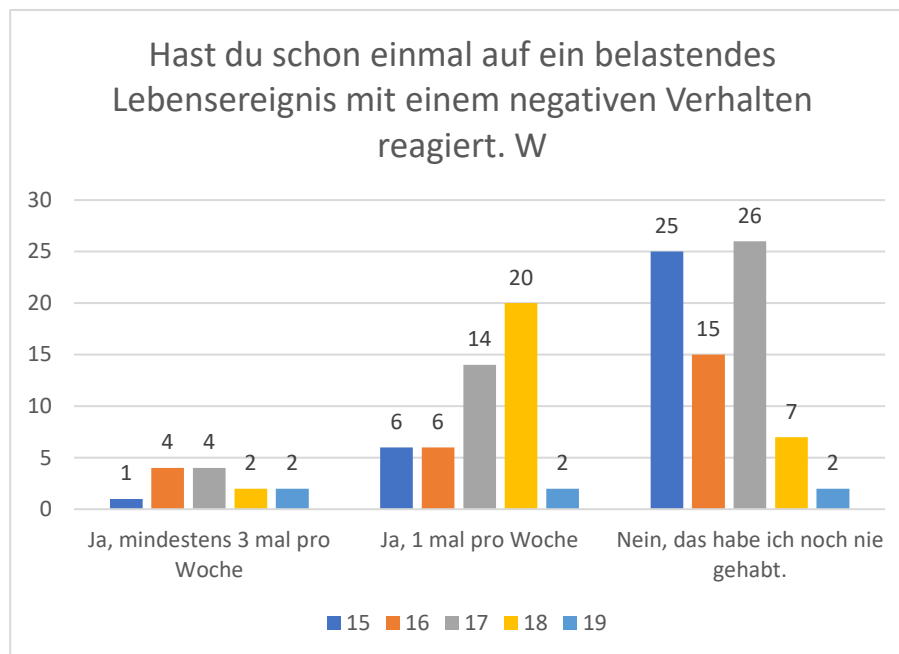


Diagramm 6, Ergebnisse der Reaktion auf negatives Verhalten (Frauen)

Frage: Glaubst du, dass Depressionen unter Jugendlichen häufig vorkommen?

Antwortauswahl:

1. Ja, ich denke Depressionen sind verbreitet
2. Sie kommen gelegentlich vor
3. Nein, ich glaube nicht, dass Depressionen bei Jugendlichen häufig vorkommen.

Beobachtungen:

Bei dieser Frage wird das Bewusstsein der Befragten getestet. Man will herausfinden, ob sich die Jugendlichen bewusst sind, dass es gewisse Schüler*innen an der KSL gibt, die mit der Krankheit Depression zu kämpfen haben.

Bei der Umfrage stellte sich heraus, dass die Mehrheit der Befragten glaubt, dass es kranke Mitschüler*innen gibt. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen liegt darin, dass die Frauen denken, dass Depression eine Krankheit ist, die bei Jugendlichen verbreitet ist. Auch Männer denken, dass es eine Krankheit ist, die bei Jugendlichen vorkommt, aber nur gelegentlich. Sehr wenige Schüler*innen sind davon überzeugt, dass Depressionen bei Jugendlichen häufig vorkommen. Genauer gesagt, haben nur drei Schülerinnen und drei Schüler dies angewählt. Bei den Frauen waren sie aus den Alterskategorien der 17- und 18-Jährigen und bei den Männern waren es Schüler aus der Alterskategorie der 16-, 17- und 18-Jährigen. Aus diesen Diagrammen kann man herauslesen, dass bei den befragten Jugendlichen ein grosses Bewusstsein gegenüber der Krankheit Depression vorhanden ist und man sich bewusst ist, dass es viele Mitschüler*innen aber auch andere Jugendliche gibt, die daran erkrankt sind.

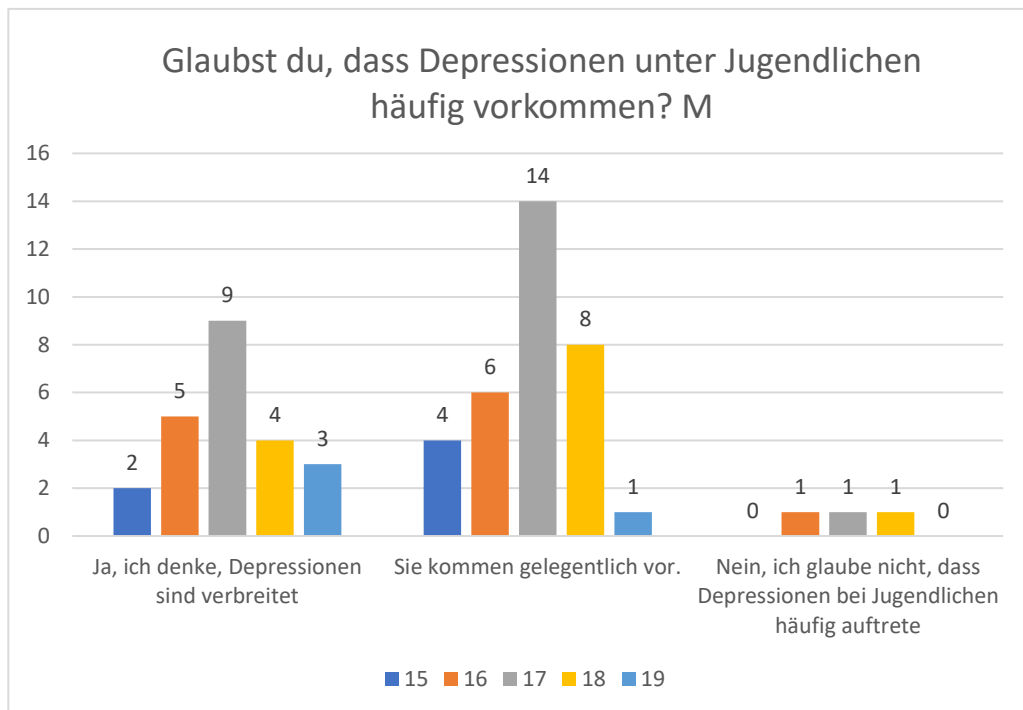


Diagramm 7, Ergebnisse des Glaubens an Depressionen unter Jugendlichen (Männer)

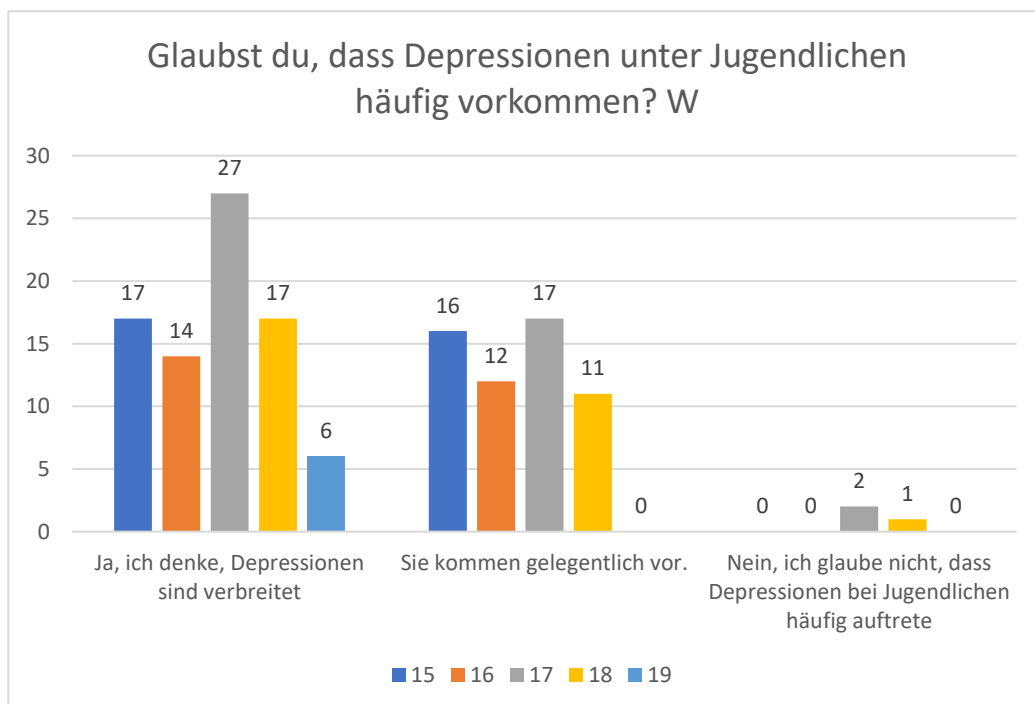


Diagramm 8, Ergebnisse des Glaubens an Depressionen unter Jugendlichen (Frauen)

Frage: Glaubst du, dass das soziale Umfeld einen Einfluss auf die Entstehung von Depressionen haben kann?

Antwortauswahlen:

1. Ja, die Schule
2. Ja, die Freunde
3. Ja, die Familie
4. Nein, das soziale Umfeld hat keinen Einfluss auf Depressionen.

Beobachtung:

Bei der letzten Frage ging es um das Bewusstsein der Schüler*innen gegenüber ihren Mitschüler*innen, die mit der Krankheit Depression zu kämpfen haben. In dieser Frage geht es folglich darum, ob das soziale Umfeld auch einen Einfluss haben kann auf die Entstehung der Depressionen. Wie in den Diagrammen zu sehen ist, glauben die Schüler*innen der KSL, dass das soziale Umfeld sehr wohl ein Einfluss hat. Denn fast keine*r kreuzte die letzte Antwortauswahl an. Genauer gesagt waren es bei den Frauen vier und bei den Männern gerade mal zwei Personen.

Bei der Betrachtung der Verteilung zwischen Schule, Freunde und Familie haben die Schülerinnen und Schüler ähnliche Tendenzen. Denn beide Geschlechter glauben, dass die Schule den grössten Einfluss hat, gefolgt von der Familie und zu guter Letzt den Freunden.

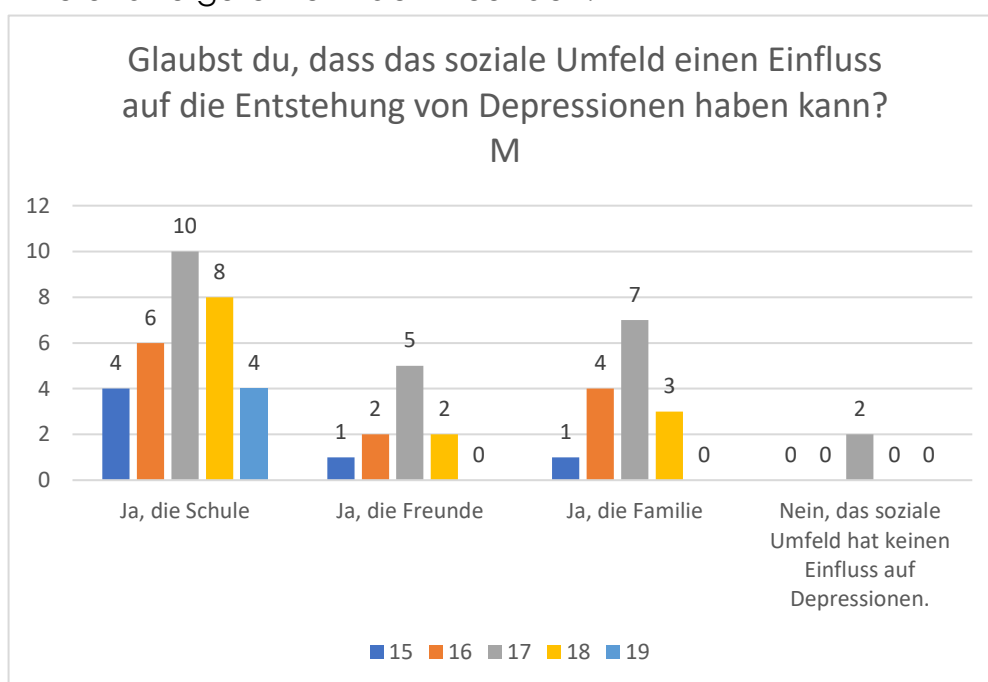


Diagramm 9, Ergebnisse des Einflusses des sozialen Umfeldes (Männer)

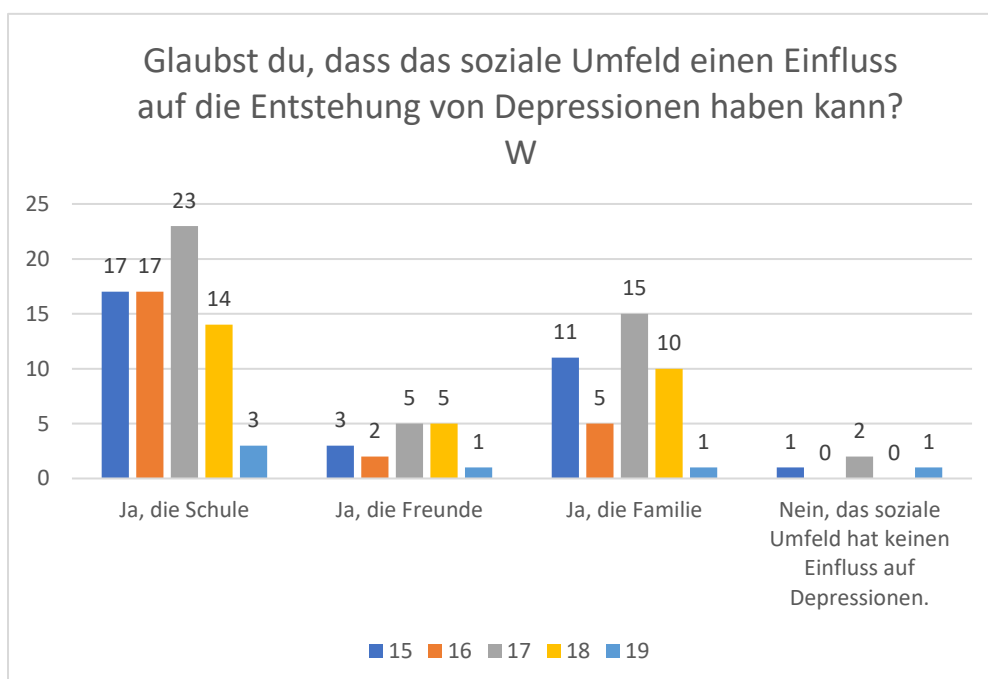


Diagramm 10, , Ergebnisse des Einflusses des sozialen Umfeldes (Frauen)

Frage: Fühlst du dich ausreichend informiert über die Symptome und Anzeichen von Depressionen?

Antwortauswahlen:

1. Ja
2. Nein

Beobachtungen:

Das Ziel der Frage war, herauszufinden, ob es ein verbesserungsbedarf gibt, bei der Information betreffend der Krankheit Depression. Denn wenn bei dieser Frage Alle mit Ja geantwortet hätten, müsste nichts verändert werden. Die Tabelle zeigt, dass 64 Frauen mit ja geantwortet haben, jedoch 75 mit «Nein». Bei den Männern waren es 22 die mit «Ja» geantwortet haben und 30 mit «Nein». Das bedeutet, dass bei beiden Geschlechtern mehr als die Hälfte denkt, dass nicht genügend informiert wird.

Daraus kann man schliessen, dass es noch Verbesserungspotenzial gibt, im Informieren über Symptome und Anzeichen von Depression.

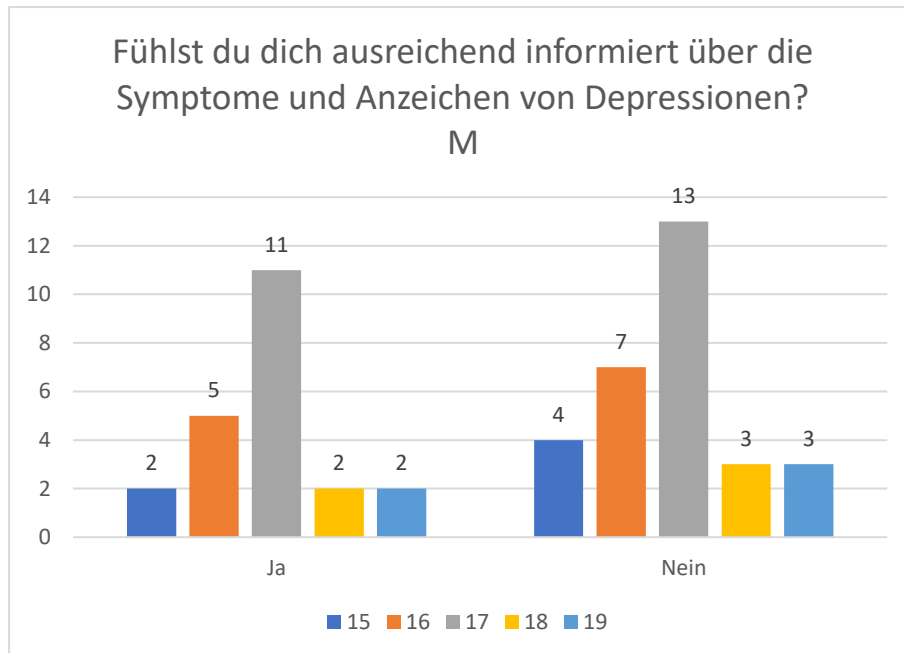


Diagramm 11, Ergebnisse der ausreichender Information (Männer)

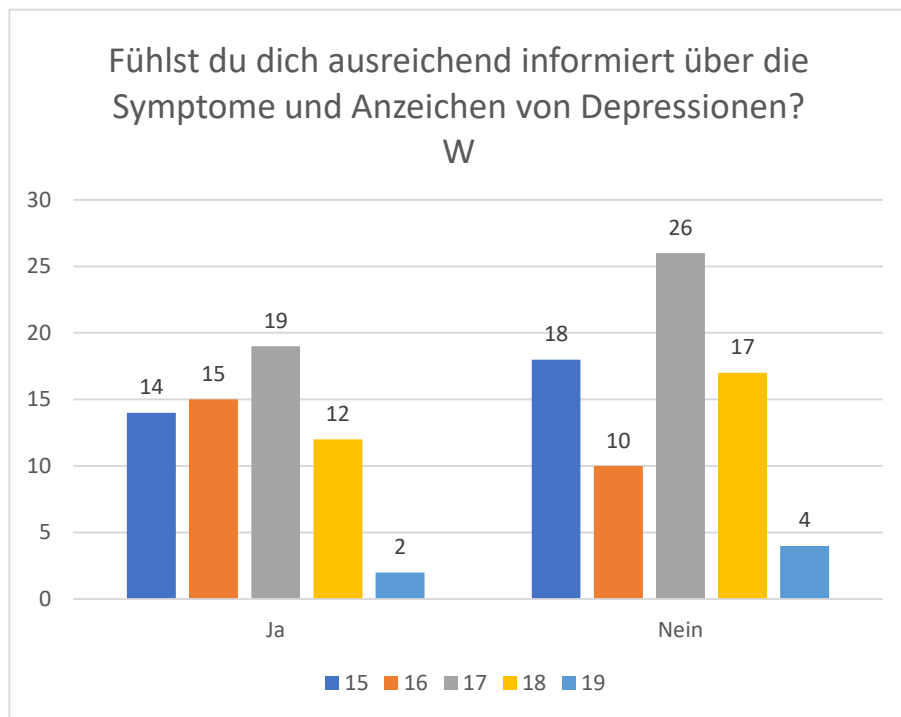


Diagramm 12, , Ergebnisse der ausreichender Information (Frauen)

Frage: Hast du das Gefühl, dass es ausreichende Unterstützungssysteme für Jugendliche mit Depressionen gibt?

Antwortauswahlen:

1. Ja, es gibt gute Unterstützungssysteme
2. Es gibt einige, aber sie könnten verbessert werden.
3. Nein, es gibt nur begrenzte oder keine Unterstützungssysteme

Beobachtungen:

Diese Frage wurde ähnlich beantwortet, wie die vorangehende. Bei den Schülerinnen hat die Mehrheit gefunden, dass es schon einige Unterstützungssysteme gibt, die jedoch verbessert werden sollten. Diese Resultate decken sich mit den Antworten der letzten Frage, bezüglich dem genug gut informiert sein über die Anzeichen und Symptome. Bei den Schülern ist es ähnlich. Auch dort hat die Mehrheit die zweite Antwort gewählt.

10% aller Teilnehmer*innen finden, dass die dritte Antwort zutrifft, nämlich dass es begrenzte oder keine Unterstützungssysteme gibt. 75% aller Befragten haben angegeben, dass sie sich unzureichend unterstützt fühlen. So kann gesagt werden, dass die Jugendlichen sich ungenügend informiert fühlen und dass diese Unterstützungssysteme, die es zurzeit gibt, noch Verbesserung benötigen um für die Schüler*innen hilfreich zu sein.

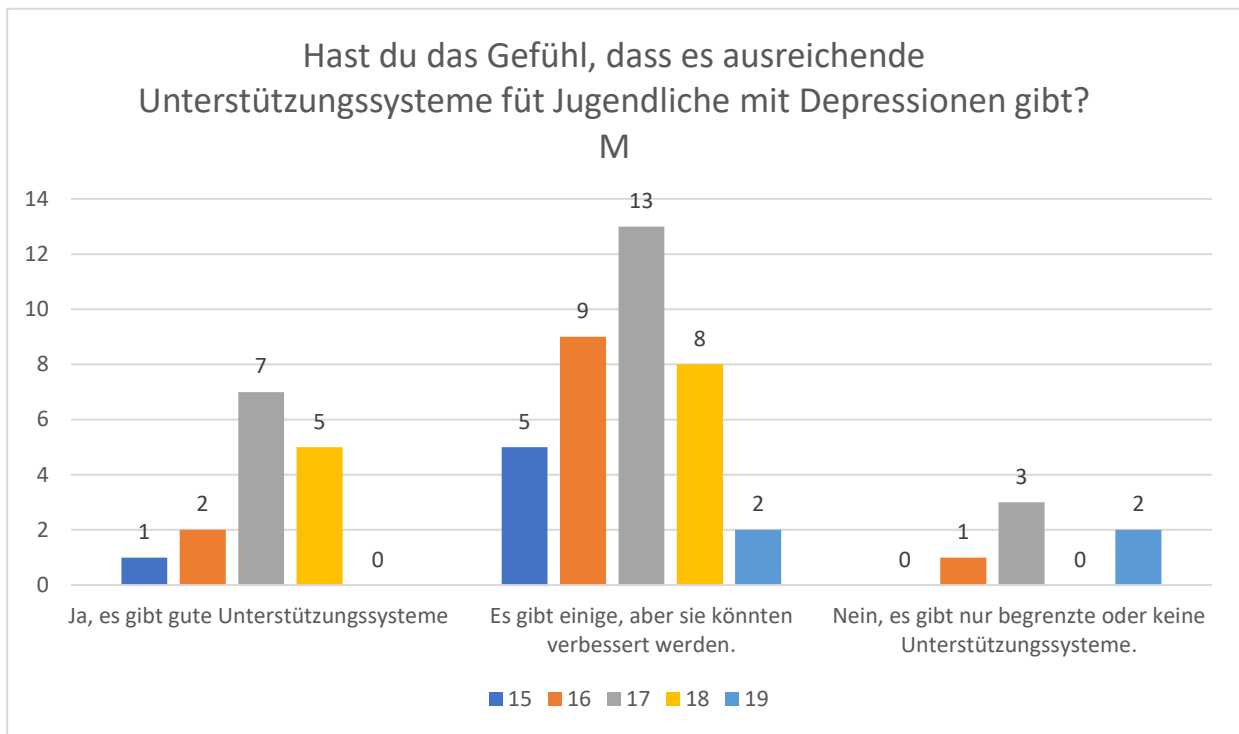


Diagramm 13, Ergebnisse der Unterstützungssysteme (Männer)

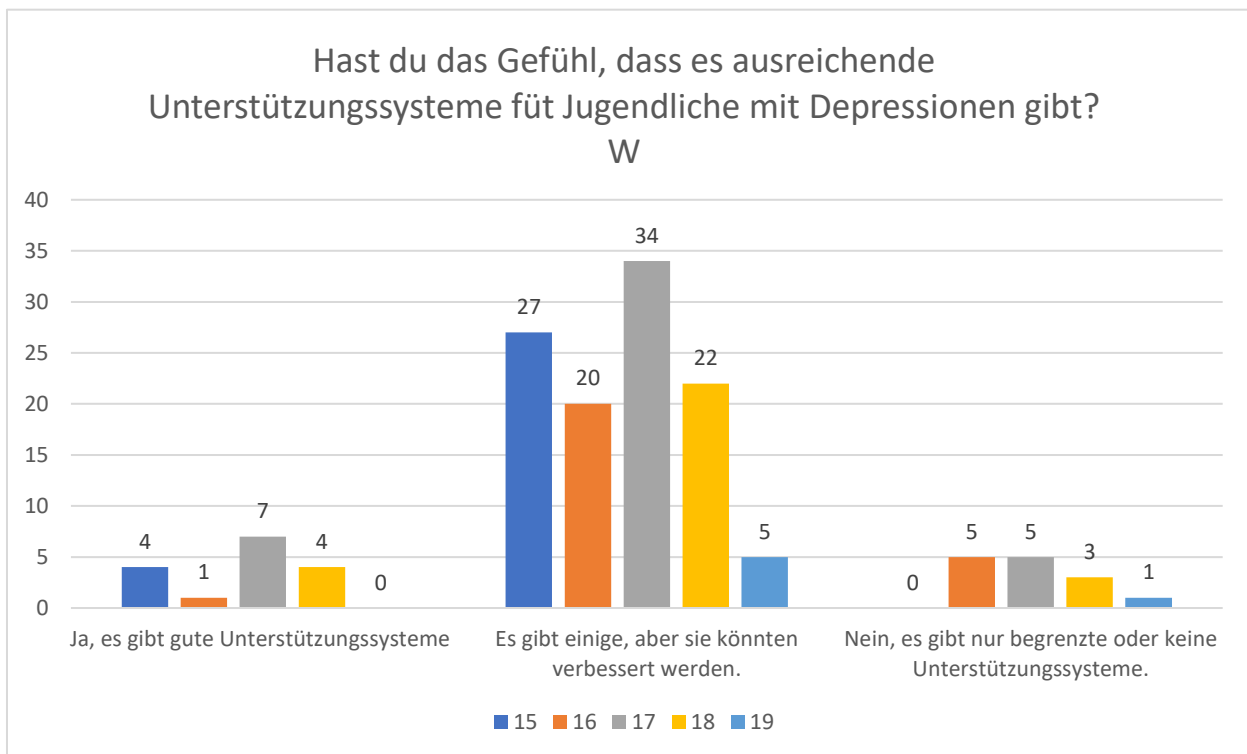


Diagramm 14, , Ergebnisse der Unterstützungssysteme (Frauen)

Frage: Hast du je daran gedacht dich selbst zu verletzen? Wenn ja, auf welche Art und Weise?

Antwortauswahlen: (selbst schreiben)

- Nein
- Ritzen
- Verbrennen
- Suizid
- Schlagen
- Haare ausreißen

Beobachtungen:

Wie in den Diagrammen zu sehen ist, verletzen sich die Frauen im Verhältnis mehr als die Männer und wenden andere Methoden des Selbstverletzens an. Das heisst bei den Männern gibt es weniger Variationen in der Art des Selbstverletzens. Von den 60, die auf die Frage geantwortet haben, verletzen sich 5 selbst, entweder schlagen sie sich selbst oder einen Gegenstand (1 Person), Ritzen sich (1 Person) oder haben den Wunsch Suizid zu begehen (3 Personen).

Bei den Frauen sieht es ein bisschen anders aus. Von den 143 Schülerinnen, die auf die Frage geantwortet haben, verletzen sich 40 selbst. Die Mehrheit wählt das Ritzen (22 Personen), neben dieser Methode gibt es ebenfalls wie bei den Männern das Schlagen von sich selbst oder Gegenständen (5 Personen), Suizidgedanken haben (3 Personen), sich selbst verbrennen (8 Personen) oder die eigenen Haare ausreißen (2 Personen).

Die Diagramme zeigen, dass sich beide Geschlechter selbst verletzen. Bei den Frauen ist der Anteil mit 30% viel höher als bei den Männern mit 8%.

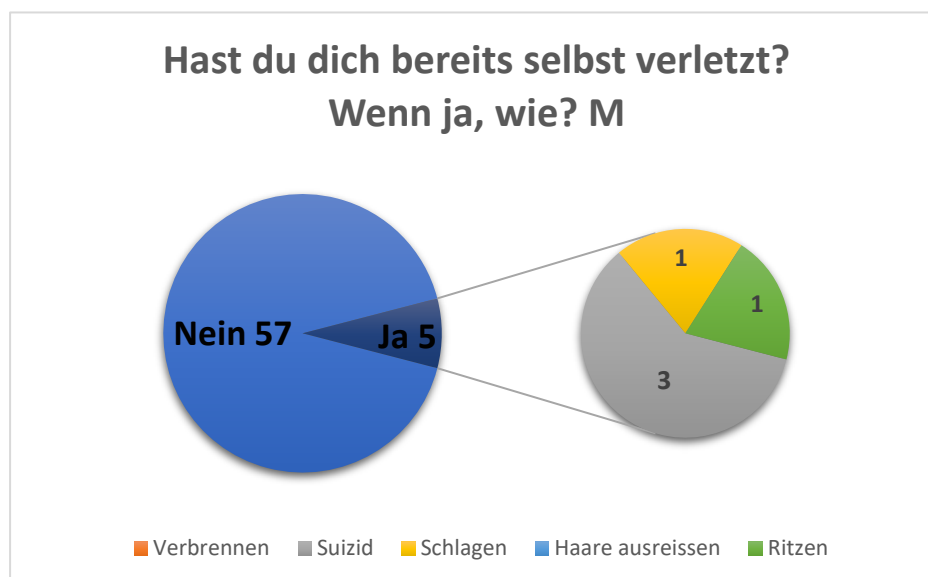


Diagramm 15, Ergebnisse der Selbstverletzung (Männer)

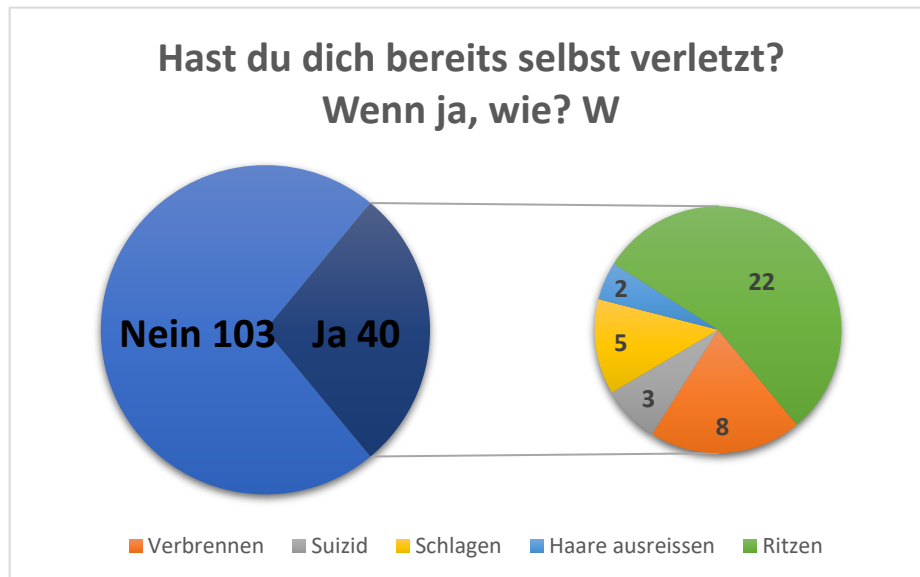


Diagramm 16, , Ergebnisse der Selbstverletzung (Frauen)

Frage: Warst oder bist du in psychologischer Behandlung?

Antwortauswahlen:

- Ja, früher und jetzt
- Ja, früher
- Ja, jetzt
- Nein

Beobachtungen:

Auffallend ist die Tatsache, dass momentan fast kein Schüler in Behandlung ist oder jemals war. Genauer gesagt sind es 1 Schüler, der momentan in psychologischer Behandlung ist und 3 Schüler, die einmal in einer Behandlung waren. Der Rest der Befragten, die geantwortet haben, sind alle nicht und waren auch nicht in psychologischer Behandlung. Genauer betrachtet, sind es 32 die nicht in einer Behandlung sind oder waren, das macht fast 95% aus. Auffallend ist auch, dass nur 36 Schüler von den 60 Teilnehmer diese Frage beantwortet haben. Ebenfalls ist im Diagramm 17 zu erkennen, dass die Männer, die eine Behandlung machen 18 oder 19 alt sind. Bei den Schülerinnen haben 102 von 143 Befragten Auskunft gegeben. Gut 50% der Frauen waren oder sind in keiner Behandlung. Jedoch nehmen oder nahmen doch rund 21% eine psychologische Behandlung in Anspruch. Im Gegensatz zu den Männern lassen sich die Frauen in allen Altersgruppen behandeln.

Auch bei dieser Umfrage zeigt sich, dass Frauen eher eine Behandlung in Anspruch nehmen als Männer. Und doch deckt es sich in dieser Umfrage zum Beispiel nicht mit der Anzahl Jugendliche, die sich selbstverletzen. Würden All diese Hilfe in Anspruch nehmen, müsste die Anzahl Schüler*innen höher sein,

die einmal in einer psychologischen Behandlung waren oder sind. Bei der Umfrage wurde festgestellt, dass rund 30% der Frauen und 8% der Männer sich selbst verletzen. Hilfe haben gerade mal 21% und 5% in Anspruch genommen.

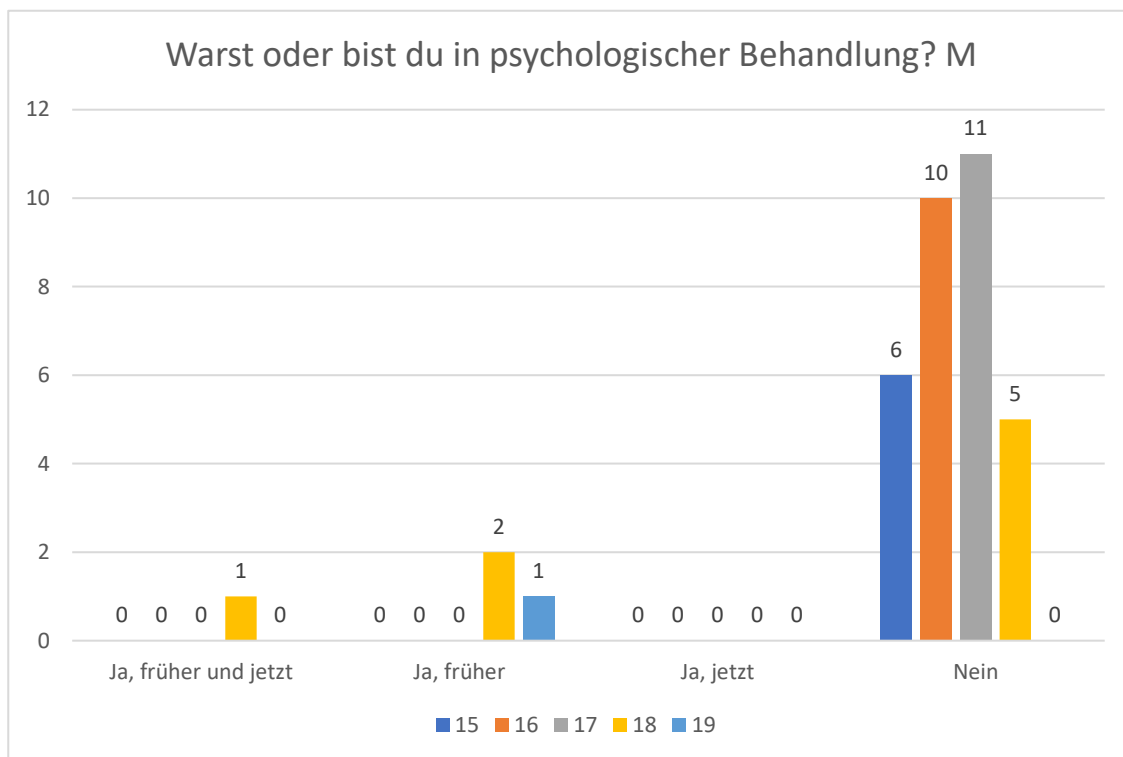


Diagramm 17, Ergebnisse der psychologischen Behandlung (Männer)

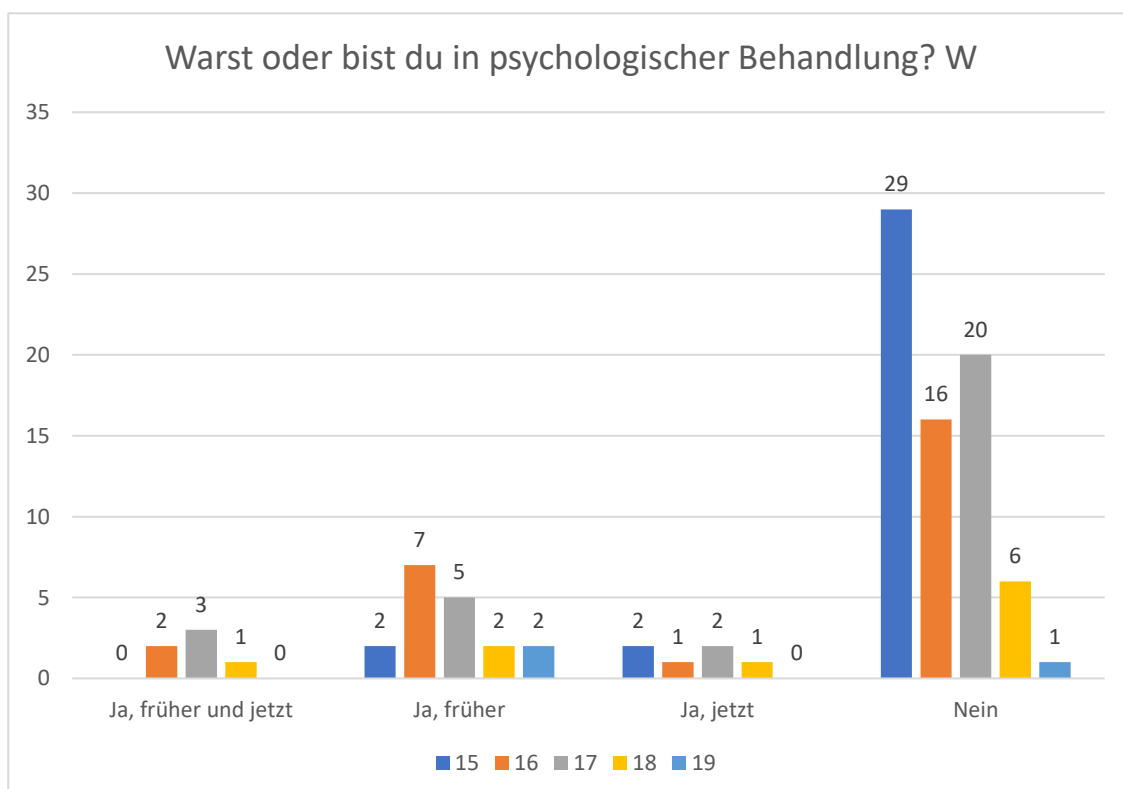


Diagramm 18, Ergebnisse der psychologischen Behandlung (Frauen)

13 Schlusswort

Die vorliegende Arbeit untersucht die Fragestellung:

Wie ist die Wahrnehmung und Einschätzung der Schüler*innen an der KSL bezüglich der Krankheit Depression?

Wie die Umfrage zeigt, nimmt der grösste Teil der Befragten wahr, dass es Jugendliche gibt, die depressiv sind. 51% der Befragten glauben, dass Depression bei Jugendlichen verbreitet ist, 46%, dass sie gelegentlich vorkommt und 3% sind der Meinung, dass es bei Jugendlichen keine Depression gibt. Auch ist für 97% aller Schülerinnen und Schüler, welche an der Umfrage teilgenommen haben, klar, dass das soziale Umfeld einen Einfluss auf die Entstehung einer Depression haben kann. Gut 52% gehen davon aus, dass die Schule den grössten Einfluss für eine Erkrankung hat, danach folgt die Familie mit 30% und der Freundeskreis mit 15%. Nur gerade mal 3% gehen davon aus, dass das soziale Umfeld keine Rolle spielt.

Die Umfrage hat die Erkenntnis gebracht, dass ein Grossteil der Befragten, nämlich 73% bereits Symptome verspürt haben, welche auf eine Depression hinweisen können. 25% von ihnen hatten bereits Gedanken an den Tod oder Suizid. 30% der befragten Frauen verletzt sich selbst, bei den Männern sind es 8%. Diese Zahlen sind erschreckend hoch, wenn man bedenkt, dass von den befragten Frauen bis heute 21% in psychologischer Behandlung waren und bei den Männern sind es 5%. Aus diesem Grund erstaunt es nicht, dass 71% aller Befragten sich mehr Unterstützung wünschen und rund 51% finden, dass die Schülerinnen und Schüler besser informiert werden sollten.

Die Erkenntnis aus der Theorie, dass Frauen tendenziell mehr Hilfe in Anspruch nehmen als Männer, hat sich in der Umfrage bestätigt. Denn von den Befragten haben 21% der Frauen angegeben in einer psychologischen Therapie zu sein, oder sie in der Vergangenheit in Anspruch genommen zu haben, bei den Männern sind es 5%.

Eine Frage, die noch weiterer Untersuchungen bedarf, ist die Rolle der Schule. Den über 50% haben angegeben, dass für sie die Schule das Umfeld ist, bei der eine Erkrankung begünstigt wird. Da die Schüler*innen ein Grossteil der Zeit in der Schule verbringen, sollte auch die Schule zur Verantwortung gezogen werden. Wie kann die Schule besser informieren? Welche Gefässe kann die Schule schaffen, wo die Schülerinnen und Schüler offen über ihre Probleme sprechen können?

Ich habe zu Beginn die Hypothese aufgestellt, dass Jugendliche noch zu wenig informiert sind und unterstützt werden und dass die Depression auch bei Jugendlichen ein Tabuthema ist. Die Umfrage hat gezeigt, dass dem so ist. Daher bin ich für mich zum Schluss gekommen, dass es dringend nötig ist, dieses Thema an der Schule zu vertiefen. Ich bin der Meinung, dass wenn die Schule dieses Thema nicht aktiv angeht, viele Schülerinnen und Schüler, die an einer Depression leiden oder sonst an einer psychischen Erkrankung

leiden, nicht den Mut finden, Hilfe anzufordern. Meiner Meinung nach sollten die Angebote sehr niederschwellig sein.

14 Literaturverzeichnis

Berger, Gregor: Suizidprävention bei Jugendlichen (1.Datei auf dem Ordner)

(https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/strategie-sucht/stakeholderkonferenz-sucht-2021/presentationen/subplenum-d.zip.download.zip/Subplenum%20D_Sous-pl%C3%A9ni%C3%A8re%20D.zip; 8.10.2023)

Essay, Cecilia A. und Petermann, Franz und Conradt, Judith (1995): Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (<https://pada.psycharchives.org/bitstream/b2fe0901-b345-49ad-95a6-12a76d679ec3>; 28.8.2023)

Falkai, Peter und Wittchen, Hans-Ulrich: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5, Göttingen: Hogrefe Verlag, 2018

Federer, Schmid (2013): Pro Juventute Beratung und Hilfe 147

(<https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/fgg/berichte-vorstoesse/br-bericht-projuventute-beratung-hilfe-147.pdf.download.pdf/br-bericht-projuventute-beratung-hilfe-147-de.pdf>; 11.10.2023)

Foster, Simon & Estévez-Lamorte, Natalia & Walitza, Susanne & Mohler-Kuo, Meichun (2023): Einfluss von Covic-19 auf Jugendliche und die psychische Gesundheit in der Schweiz (<https://doi.org/10.3390/ijerph20032598> ; 8.10.2023)

Kestel, Dévora & von Ommeren, Mark (2019): Suizid weltweit (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>; 5.10.2023)

o.N. (o.D.): Angebot von Blinker (<https://sd-l.ch/blinker#team>; 10.10.2023)

o.N. (2016): Der Naitonale Aktionsplan

Suizidprävention(<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html#1009707160>; 12.10.2023)

o.N (2022): Gesamtorganisation Tel.143 (<https://www.143.ch/Organisation/Portraet-Tel-143/Ueber-Uns> ; 11.10.2023)

o.N (2022): Krisenintervention pukzh

(<https://www.pukzh.ch/plugins/Muraswift/?MuraSwiftAction=public%3Aoffers.initOfferPDF&contentid=B9D3081E-C296-4A71-25143C8B0C2DC1A8>; 9.10.2023)

o.N. (o.D.): Psychische Gesundheit der Schweiz

(<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/psychische.html>; 10.10.2023)

o.N. (2023): Suizid und Suizidhilfe (<https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe> ; 12.10.2023)

o.N. (2023): Vegleich nach Kantonen (<https://fssz.ch/zahlen-fakten/suizid-in-den-kantonen/> ; 28.9.2023)

o.N. (o.D.): Vorstellung des Vereins Ipsilon(<https://ipsilon.ch/wir-stellen-uns-vor/strategie-und-ziele/>; 13.10.2023)

Peter, Claudio & Tuch, Alexandre (2019): Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung (<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2019-suizidgedanken-und-suizidversuche-der-schweizer-bevoelkerung> ; 10.10.2023)

Walter, Esther & Duetz Schmucki, Margreet & Bürli, Chantale: Suizidprävention in der Schweiz (2016) (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/motion-ingold/bericht_suizidpr%C3%A4vention.pdf.download.pdf/Bericht%20Suizidpr%C3%A4vention%20Aktionsplan%202016.pdf; 13.10.2023)

15 Abbildungsverzeichnis:

Titelbild. Quelle: Abgerufen am 16.10.2023 von <https://th.bing.com/th/id/OIP.FIOV99aPcO-w3GH4hOlenwHaD8?pid=ImgDet&rs=1>

Abbildung 1, Anzahl von Fällen der Major Depression. Quelle: Abgerufen am 1.10.2023 von <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/7486539/thumbnail?width=555&height=555...> 12

Abbildung 2, Anzahl der Behandelten. Quelle: Abgerufen am 30.9.2023 von <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/6466172/thumbnail?width=555&height=555> 13

Abbildung 3, Anzahl der Befragten zu Sozialer Unterstützung. Quelle: abgerufen am 1.10.2023 von <https://damapi.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/6466169/thumbnail?width=555&height=555....> 14

Abbildung 4, Anzahl Frauen mit psychischen Krankheiten Quelle: Abgerufen am 1.10.2023 von <https://doi.org/10.3390/ijerph20032598>..... 15

Abbildung 5, Anzahl Männer mit psychischen Krankheiten Quelle: Abgerufen am 1.10.2023 von <https://doi.org/10.3390/ijerph20032598>..... 15

Abbildung 6, Suizide auf der ganzen Welt, Quelle: Abgerufen am 30.09.2023 von <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> 17

Abbildung 7, Suizide in verschiedene Regionen aufgelistet Quelle: Abgerufen am 30.09.2023 von <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> 18

Abbildung 8, Suizide in der Schweiz Quelle: Abgerufen am 11.10.2023 von <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/24525561/thumbnail?width=555&height=555> 19

Abbildung 9, Suizide in den Kantonen Quelle: Abgerufen am 10.10.2023 von <http://www.fssz.ch/wp-content/uploads/2021/07/Suizidrate-kantonal-2018-768x897.png> 20

Abbildung 10, Anzahl Suizide im Kanton Zürich nach Alter und Geschlecht Quelle: Abgerufen am 9.10.2023 von Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich 21

Abbildung 11, Suizidmethoden nach Geschlecht im Kanton Zürich Quelle: abgerufen am 9.10.2023 von Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich 21

Abbildung 12, Suizide der Krankenhäuser im Kanton Zürich Quelle: abgerufen am 7.10.2023 von Suizidprävention bei Jugendlichen (pdf von Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) 22

Abbildung 13, Anzahl der ambulanten Triagen Quelle: abgerufen am 9.10.2023 von Suizidprävention bei Jugendlichen (pdf von Psychiatrische Universitätsklinik Zürich)..... 22

Abbildung 14, Anrufer*innen von Pro Juventute Quelle: abgerufen am 5.10.2023 von <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=9220ffda5353b9a5JmItdHM9MTY5NzMyODAwMCPz3VpZD0xZWJiZmQ3My1iINTQ4LTZhNGItM2U0NC1ZjZiYjRmMjZiMGImaW5zaWQ9NTE5NQ&ptn=3&hsh=3&fclid=1ebbfd73-b548-6a4b-3e44-ef2bb4f26b0b&psq=projuventute+147+Jahresstatistiken+2012&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuYnN2LmFkbWluLmNoL2RhbS9ic3YvZGUvZG9rdW1lbnRIL2ZnZy9iZXJpY2h0ZS12b3JzdG9lc3NlL2JyLWJlcmJlJaHQtcHJvanV2ZW50dXRILWJlcmF0dW5nLWVhpbGZILTE0Ny5wZGYuZG93bmxvYWQucGRmL2JyLWJlcmJlJaHQtcHJvanV2ZW50dXRILWJlcmF0dW5nLWVhpbGZILTE0Ny1kZS5wZGY&ntb=1>..... 26

| | |
|---|----|
| Abbildung 15 , App Body2Brain; Übungen Quelle: abgerufen am 12.10.2023 von https://is1-ssl.mzstatic.com/image/thumb/PurpleSource113/v4/35/6b/f4/356bf4b4-419c-ff7f-09a6-02b9fd33280f/29648b66-fd47-4f4d-98f0-036ee74f89ce_Simulator_Screen_Shot_-_iPad_Pro__U002812.9-inch_U0029__U00286th_generation_U0029_-_2023-01-25_at_16.06.07_U005b1_U005d.png/643x0w.jpg | 28 |
| Abbildung 16 , App Body2Brain; Startseite Quelle: abgerufen am 12.10.2023 von https://m.media-amazon.com/images/I/81gRWNbD6ML.png | 28 |
| Abbildung 17 , App I am sober; Startseite Quelle: abgerufen am 12.10.2023 von : https://play-lh.googleusercontent.com/PdFKhH_4E3vVqXlQKotv27ku9ibKqSS7ZBwxmaX-AHt5Ifco82Zs3-U8srEZbLXYKDU=w2560-h1440-rw | 29 |
| Abbildung 18 , App Wie geht's dir; Gedankentagebuch Quelle: abgerufen am 12.10.2023 von App: Wie geht's dir (erhältlich im App Store, Google Play)..... | 29 |
| Abbildung 19 , App Wie geht's dir; Gefühlsbeschreibung Quelle: abgerufen am 12.10.2023 von App: Wie geht's dir (erhältlich im App Store, Google Play)..... | 29 |
| Abbildung 20 , App Wie geht's dir Startseite Quelle: abgerufen am 12.10.2023 von App: Wie geht's dir (erhältlich im App Store, Google Play) | 29 |

Diagramme:

| | |
|---|----|
| Diagramm 1 , Verteilung von Geschlechter | 30 |
| Diagramm 2 , Verteilung in Jahrgänge..... | 30 |
| Diagramm 3 , Verteilung der Symptome in Altersgruppen (Frauen) | 32 |
| Diagramm 4 , Verteilung der Symptome in Altersgruppen (Männer)..... | 32 |
| Diagramm 5 , Ergebnisse der Reaktionen auf negatives Verhalten (Männer) | 33 |
| Diagramm 6 , Ergebnisse der Reaktion auf negatives Verhalten (Frauen)..... | 34 |
| Diagramm 7 , Ergebnisse des Glaubens an Depressionen unter Jugendlichen (Männer) | 35 |
| Diagramm 8 , Ergebnisse des Glaubens an Depressionen unter Jugendlichen (Frauen) | 35 |
| Diagramm 9 , Ergebnisse des Einflusses des sozialen Umfeldes (Männer)..... | 36 |
| Diagramm 10 , Ergebnisse des Einflusses des sozialen Umfeldes (Frauen) | 36 |
| Diagramm 11 , Ergebnisse der ausreichender Information (Männer) | 37 |
| Diagramm 12 , Ergebnisse der ausreichender Information (Frauen)..... | 38 |
| Diagramm 13 , Ergebnisse der Unterstützungssysteme (Männer) | 39 |
| Diagramm 14 , Ergebnisse der Unterstützungssysteme (Frauen) | 39 |
| Diagramm 15 , Ergebnisse der Selbstverletzung (Männer)..... | 40 |
| Diagramm 16 , Ergebnisse der Selbstverletzung (Frauen) | 41 |
| Diagramm 17 , Ergebnisse der psychologischen Behandlung (Männer)..... | 42 |
| Diagramm 18 , Ergebnisse der psychologischen Behandlung (Frauen) | 42 |

16 Einhaltung rechtlicher Vorgaben:

Ich habe die Arbeit selbstständig und unter Aufsicht meines Betreuers verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet.

Abschnitte, für deren Erstellung KI-Programme (bspw. ChatGPT) zum Einsatz kamen, habe ich allesamt offengelegt und mit einer entsprechenden Fussnote versehen. Meine Arbeit wird gegebenenfalls einer Prüfung bezüglich KI-Einsatz unterzogen; im Rahmen dieser Prüfung wird festgestellt, ob die Arbeit neben den angegebenen Stellen weitere von einer KI verfasste Elemente enthält.

Ich nehme darüber hinaus zur Kenntnis, dass meine Arbeit zur Überprüfung der korrekten und vollständigen Angabe der Quellen mit Hilfe einer Software (eines Plagiaterkennungstools) geprüft wird. Zu meinem eigenen Schutz wird diese Software auch dazu verwendet, später eingereichte Arbeiten mit meiner Arbeit elektronisch zu vergleichen und damit Abschriften und eine Verletzung meines Urheberrechts zu verhindern. Ich erkläre damit einverstanden, dass die Schulleitung bei Verdacht auf Urheberrechtsverletzung meine Arbeit zu Prüfzwecken herausgibt.

16.10.2023,

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name, located to the right of the date.