



Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Psychotherapie oder Prävention – ein Arbeitsfeld für Psychotherapeuten/innen



2. Bayrischer Landespsychotherapeutentag
München 30. September 2006
Ludwigs-Maximilians-Universität

Prof. Dr. B. Röhrle Universität Marburg
German Network for Mental Health
(www.gnmh.de)

Übersicht

- **TEIL 1: In welchem Verhältnis stehen Psychotherapie und Prävention bzw. Gesundheitsförderung?**
- **TEIL 2: Warum muss die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit zu einem vorrangigen Versorgungsziel werden?**

TEIL 1: Übersicht

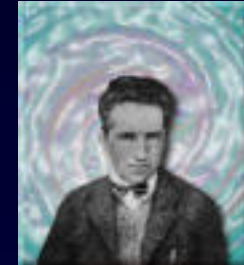
- In welchem Verhältnis stehen Psychotherapie und Prävention bzw. Gesundheitsförderung?
 - Historische Zusammenhänge
 - Aufgabefelder
 - Konzeptuelle und praktische Gemeinsamkeiten
 - Konzeptuelle und praktische Unterschiede

Historische Zusammenhänge

Erkenntnisse und Hoffnungen der frühen Psychotherapie hatten zu einer engen Verbindung von Psychotherapie und Prävention geführt

Wilhelm Reich (1897-1957)

- Proletarische Sexualpolitik: Lebensbejahende Erziehung als Prävention von Neurosen



Alfred Adler (1870-1937)

- Neurosen verhindern, da diese Abbild einer Klassengesellschaft sind



Anna Freud (1895-1985)

- Einführung in die Technik der Kinderpsychoanalyse (1927)
→ Das erste präventive Elterntraining?



Lightner Witmer (1867-1956)

- Behandlung und Prävention von kindlichen Verhaltenstörungen & Delinquenz (Child Guidance Clinic: 1896)



Aufgabenfelder: Klassisches Spektrum der Prävention

Sekundäre Prävention
(frühzeitige Erkennung /
Behandlung)

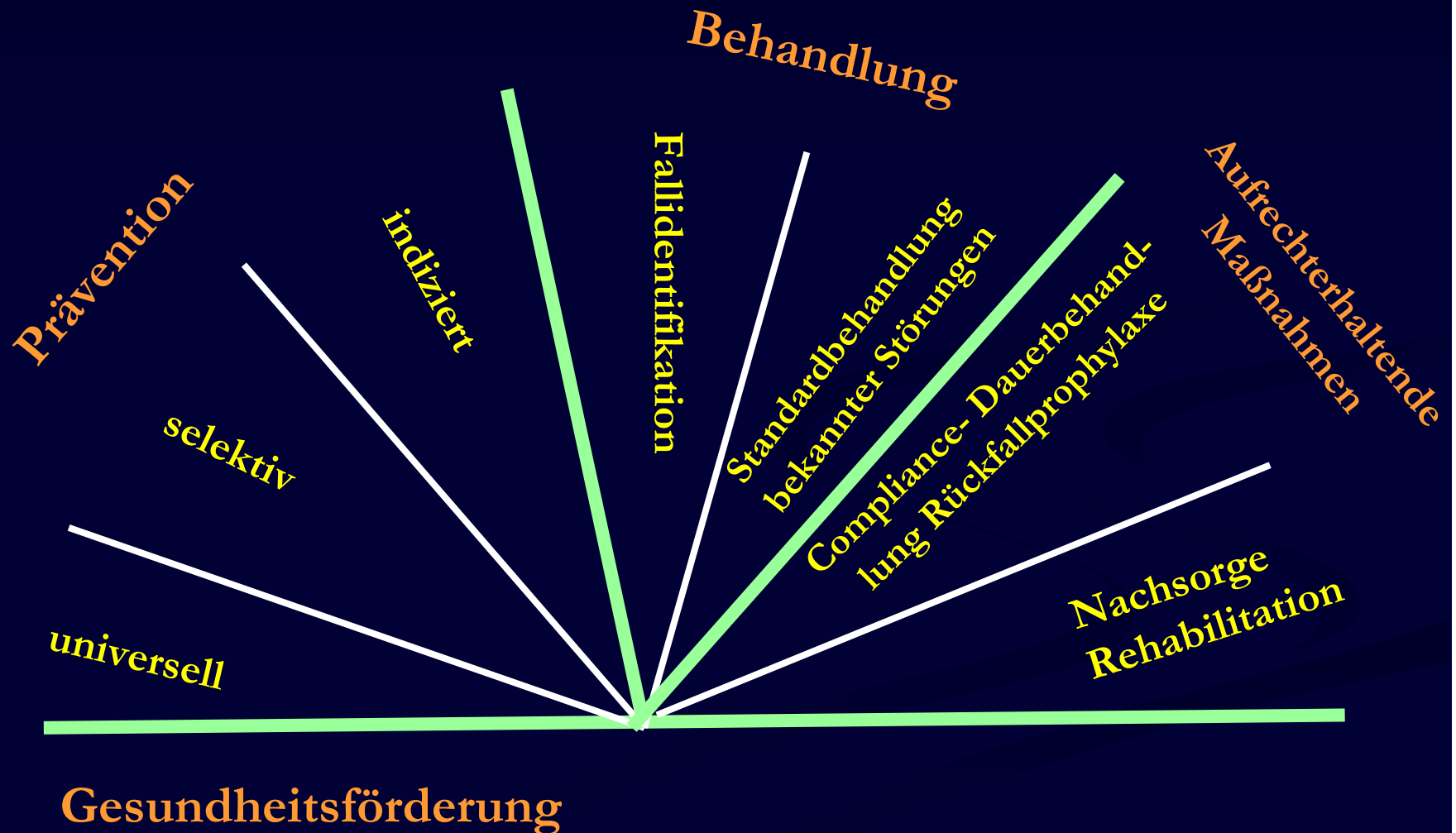
Primäre Prävention
(das Auftreten verhindern)

Behandlung
Heilung

Tertiäre Prävention
(Rückfällen vorbeugen)

Seelische Gesundheit fördern

Aufgabenfelder: Arbeitsteiliges Spektrum der Versorgungsaufgaben (nach Mrazek & Haggerty, 1994)



Psychotherapie ist (sekundäre) Prävention

- Ein großer Teil psychischer Störungen wird begleitet von einem hohen Anteil subsyndromaler Zustände (SSZ) jeweils anderer Störungsbereiche
- Diese werden in der Regel mitbehandelt, weil sie meist auch sehr Risiko behaftet sind

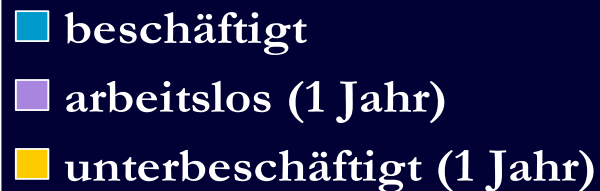
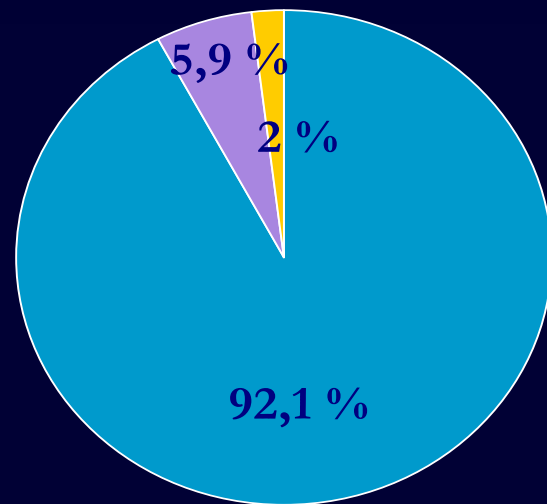
Psychotherapie ist auch Primäre Prävention

- Kritische Lebensereignisse sind nicht nur für die Entstehung psychischer Störungen bedeutsam, sondern auch für den Fortgang und Erfolg von Psychotherapie. Von daher werden präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen in der psychotherapeutischen Praxis notwendig
- Ein Beispiel →

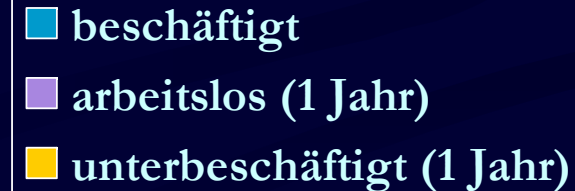
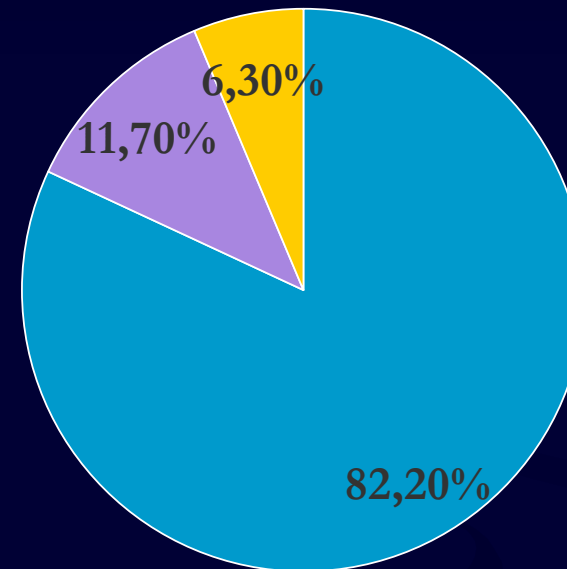
Beispiel: Depressionsbehandlung in der Arztpraxis als Maßnahme zum Abbau von Arbeitslosigkeit

(Smith et al, 2002) ($p < .05$)

Antidepressiva/Psychotherapie/begleit. Beratung (n=102)



Standardbehandlung (n=117)



Konzeptuelle Gemeinsamkeiten (1)

Ein großer Teil der präventiven Maßnahmen beruht auf den **gleichen theoretischen Grundlagen wie Psychotherapie**

- Biopsychosoziales Denkmodell
- Beispiele für gemeinsame Partialtheorien
 - Problemlösetheorie
 - Theorien der kognitiven Umstrukturierung
 - Lerntheorie (Löschung, op. Konditionierung, Modelllernen, etc.)
 - Stressverarbeitungstheorie
(Handlungstheorie, Informationsverarbeitung)
 - Attachmenttheorie
 - Transtheoretisches Modell (TTM)

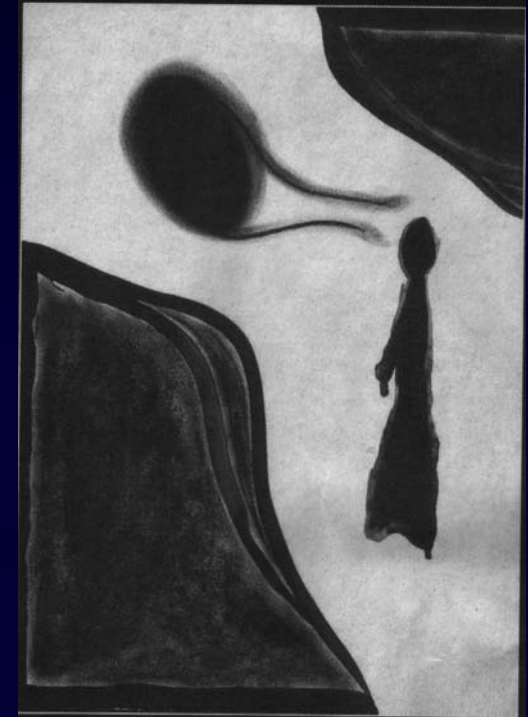
Gemeinsame Handlungszusammenhänge

- Nicht wenige präventive Programme sind mit Psychotherapie im **Vorgehen** vergleichbar

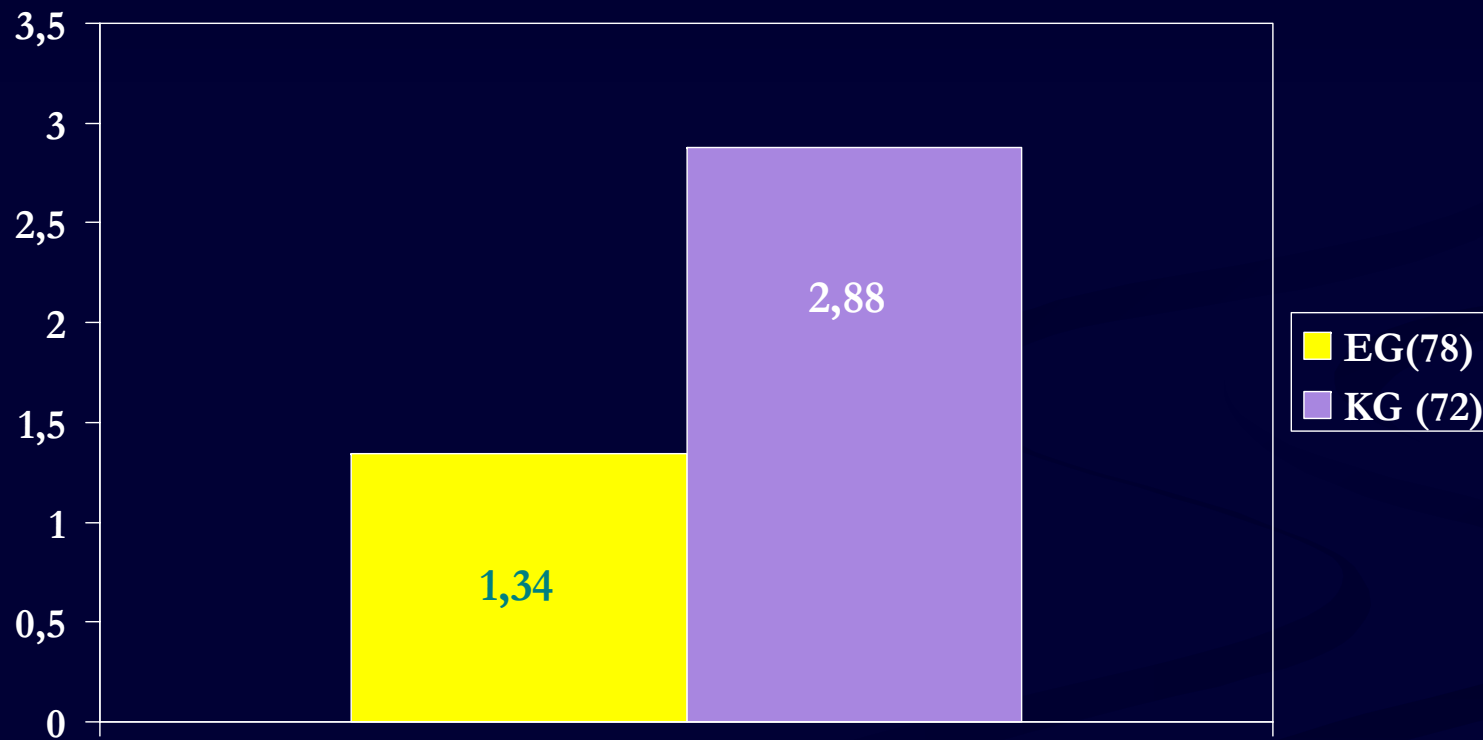
ein Beispiel →

The San Francisco Depression Research Project 2 (Munoz et al., 1995) **Vorgehen und Kursinhalte**

- Erkennen von Risikopersonen in Allgemeinpraxen
- Achtwöchiger Anti-Depressionskurs
(2 Std. / Woche, Gruppen à 10)
- Einführung: Depression, soziale Lerntheorie, Selbstkontrolle
- Wie Gedanken die Stimmung beeinflussen, Entspannung
- Lernen Gedanken zu ändern
- Wie Aktivitäten die Stimmung beeinflussen
- Aufbau angenehmer Aktivitäten
- Wie soziale Kontakte die Stimmung affizieren
- Vermehrung interpersoneller Aktivitäten
- Zukunftsplanung: Prävention von Depression



The San Francisco Depression Research Project 2
Munoz et al. (1995)
Anteil klinisch Depressiver nach einem Jahr



Konzeptuelle und praktische Unterschiede

- Spezifische theoretische Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung

einige Beispiele

- Gesundheitsmodelle
(z.B. Theory of Reasoned Action, Health Belief Model, Netzwerk-Diffusionsmodell, etc.)
- Piagets Entwicklungstheorie
- Bronfenbrenners Theorie der Ökologischen Sozialisation

Theoretische und praktische Unterschiede

- **Spezifische Vorgehensweisen und Eigenschaften der Prävention und Gesundheitsförderung**
 - **Einbezug (sozialer) Umwelt:**
z.B. Prävention in und durch Schulen
(Betriebe, Wohnungen, Nachbarschaften)
 - **Pragmatische Hilfestellungen**
 - **Prävention als Entwicklungsintervention
(Erziehung)**

Beispiele →

**Beispiel 1:
Hilfen zur Bewältigung von
Scheidungsproblemen**



Das Colorado Trennungs- und Scheidungsprogramm

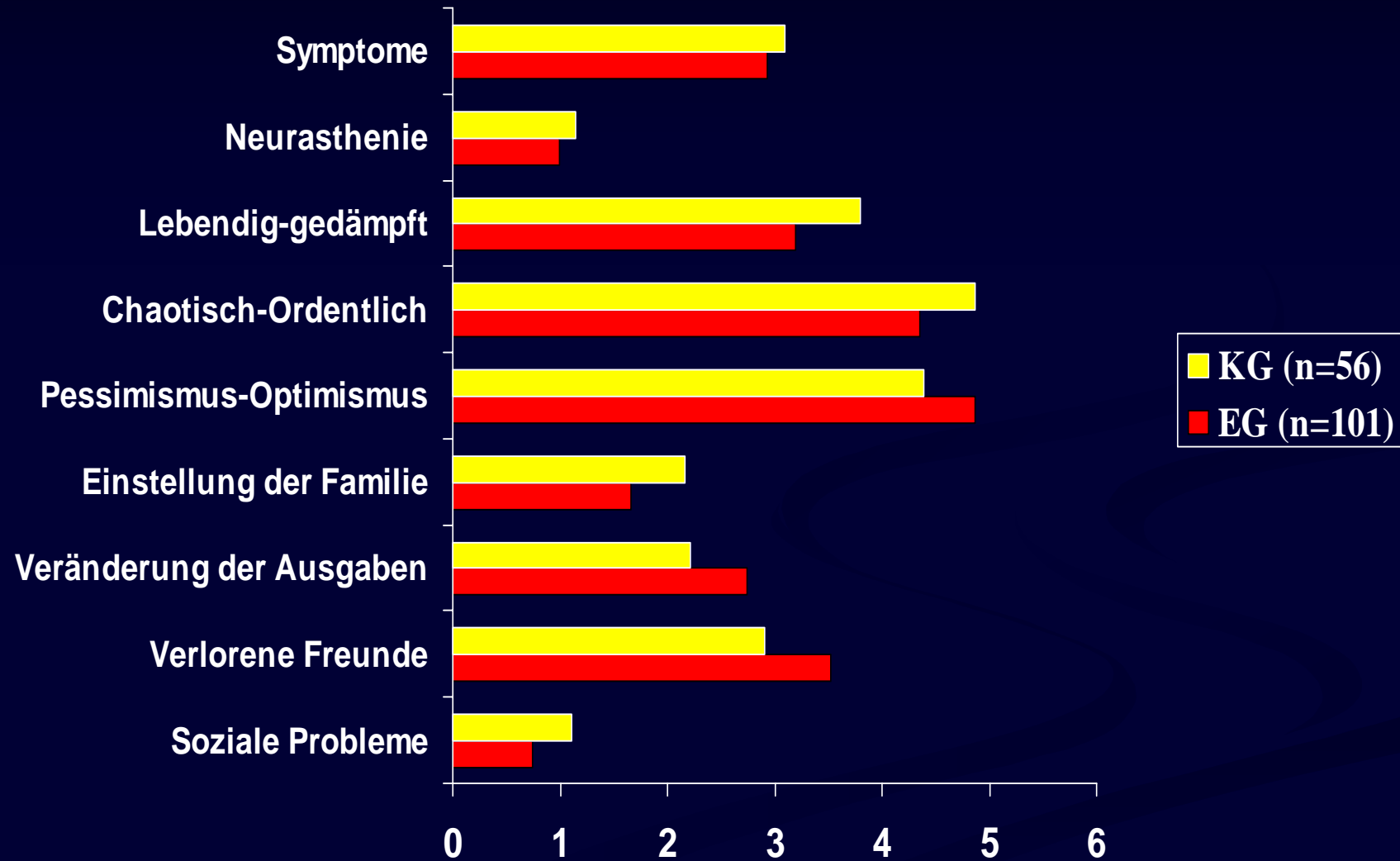
Bloom & Hodges (1988):

Ziel- und Interventionsbereiche

- (a) persönliche Entwicklung
z.B. Umgang mit Selbstwertproblemen
- (b) Kindererziehung als alleinerziehender Elternteil
Z.B. Optimierung der Besuchsregelungen
- (c) berufliche Veränderungen und Karriereplanung
z.B. Suche nach neuer Anstellung
- (d) Rechts- und Finanzberatung
z.B. Umgang mit Krediten und Verschuldung
- (e) Wohnen und Haushalt
z.B. Zubereitung von Mahlzeiten, Einkauf etc.

Scheidungsprogramm nach Bloom & Hodges (1988)

Ergebnisse nach 18 Monaten (alle < .03)



Das "Perry Preschool Program" zur Förderung benachteiligter Kinder

(Schweinhart & Weikhart, 1988)

Zielgruppe: Kinder im Vorschulalter (3-4 Jahre) sozial benachteiligt

Vorgehen:

- Gruppen: ca. 25 Kinder 4 Lehrer
Dauer: 2 Jahre, 5 Sitzungen/Woche

- **Kompetenzförderung**

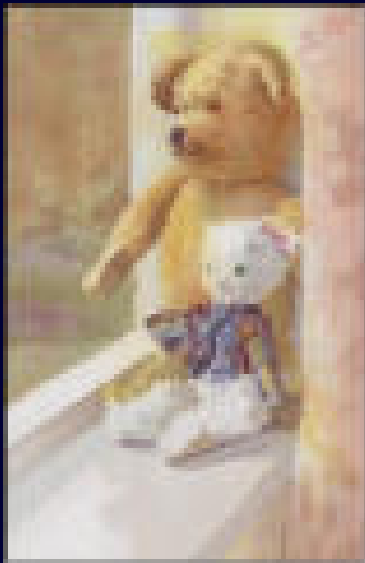
Initiative,
Planungs-, Entscheidungs- und
Problemlösefertigkeiten

- **Einübung von "Schlüsselaktivitäten" (Piaget)**

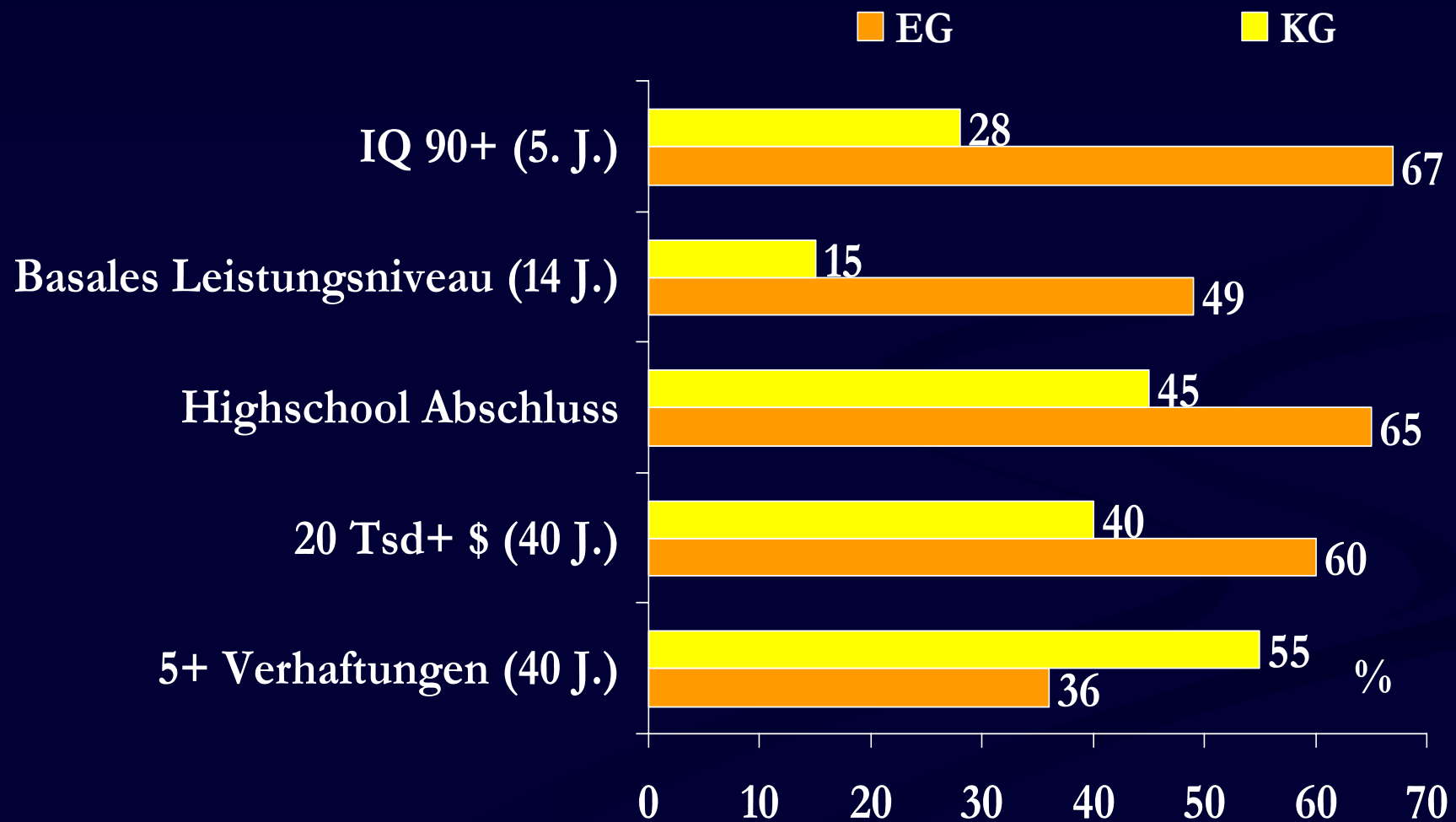
Objekte in Kategorien und Größen einordnen,
Nachdenken über Raum und Zeit

- **Einbezug der Eltern, Hausbesuche**

- **Transport und Ernährung der Kinder**



Trend 1: Kriterienwahl: Ultimative Kriterien (Bsp. 2)
Das "Perry Preschool Program" Ergebnisse im Alter von 40 Jahren
(N= 119; 1962: N= 123) (Schweinhart, 2004)



Zwischenzusammenfassung

- Psychotherapie, Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit haben in weiten Teilen gemeinsame historische, theoretische, methodische und handlungsorientierte Gemeinsamkeiten
- Effektive Prävention und Gesundheitsförderung ist ohne diese Gemeinsamkeiten nicht denkbar
- Frage: →

TEIL 2: Übersicht

- Warum muss die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit zu einem vorrangigen Versorgungsziel werden?

Aktuelle Begründung

- In den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 4. Juli 2006 heißt es (S. 14): „**Die Prävention wird zur eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut**“. Mit einem Präventionsgesetz soll die Kooperation und Koordination bei Maßnahmen der Prävention sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und –zweige **übergreifend** und unbürokratisch verbessert werden. **Hierzu sind Aktionen an Präventionszielen auszurichten.**“

Voraussetzungen der Zielauswahl

- Diese Ziele sind in „gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland festgehalten (Hrsg.: BMGS, 2003)
 - das Gesundheitsproblem ist weit verbreitet, sehr belastend, mit hoher Mortalität und mit hohen direkten Kosten
 - Es bestehen Chancen zur Verbesserung des Gesundheitsproblems durch messbare Verfahren
 - Es gibt Akteure, mit denen das Gesundheitsziel umgesetzt werden kann
 - Das Problem ist wichtig für Bevölkerung und Politik

Zielbereiche

- Die Zielbereiche sollten sich orientieren an:
 - Prävention und Gesundheitsförderung
 - Ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen
 - Bürgerorientierung
 - Selbsthilfe
 - Diversität (Gender, soziale Lage etc.)
 - Sektorale Verzahnung und Integration
 - Evidenzbasierung

Das Gesundheitsproblem

Gesundheitsproblem ist weit verbreitet, sehr belastend, mit hoher Mortalität und mit hohen direkten Kosten

Epidemiologische Begründungen: Verbreitung

(nach Angaben der WHO, EU [STAKES])



- **450 Millionen** leiden weltweit unter psychischen Störungen, neurologischen Beeinträchtigungen und Süchten (The American Association for World Health)
 - geschätzter Anteil in **2001: 10,5%** aller Krankheiten
 - geschätzter Anteil in **2020: 10-15%** aller Krankheiten
 - Etwa **20-30%** werden behandelt
 - „Major Depression“ in 2020 auf **Rangplatz 2** der 15 wichtigsten Ursachen für den Verlust an Lebensjahren
 - **Kosten : 2-3,6% des BSP**
- **EU: 82,7 Millionen** BürgerInnen (Wittchen & Jaccobi, 2005)
- **BRD: 32,2%**; untere Schichten sind besonders betroffen(BGS 1998; Wittchen, 2000)
 - **Ca. 10% Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen** (DAK Gesundheitsreport 2005)
 - Anteil seit 1997 um **70% gestiegen**
- **Hoher Zusammenhang zu körperlichen Erkrankungen**
 - z.B. koronare Herzerkrankung und Depression:
Verdoppelung von Herzinfarkttrisiko bei MDD

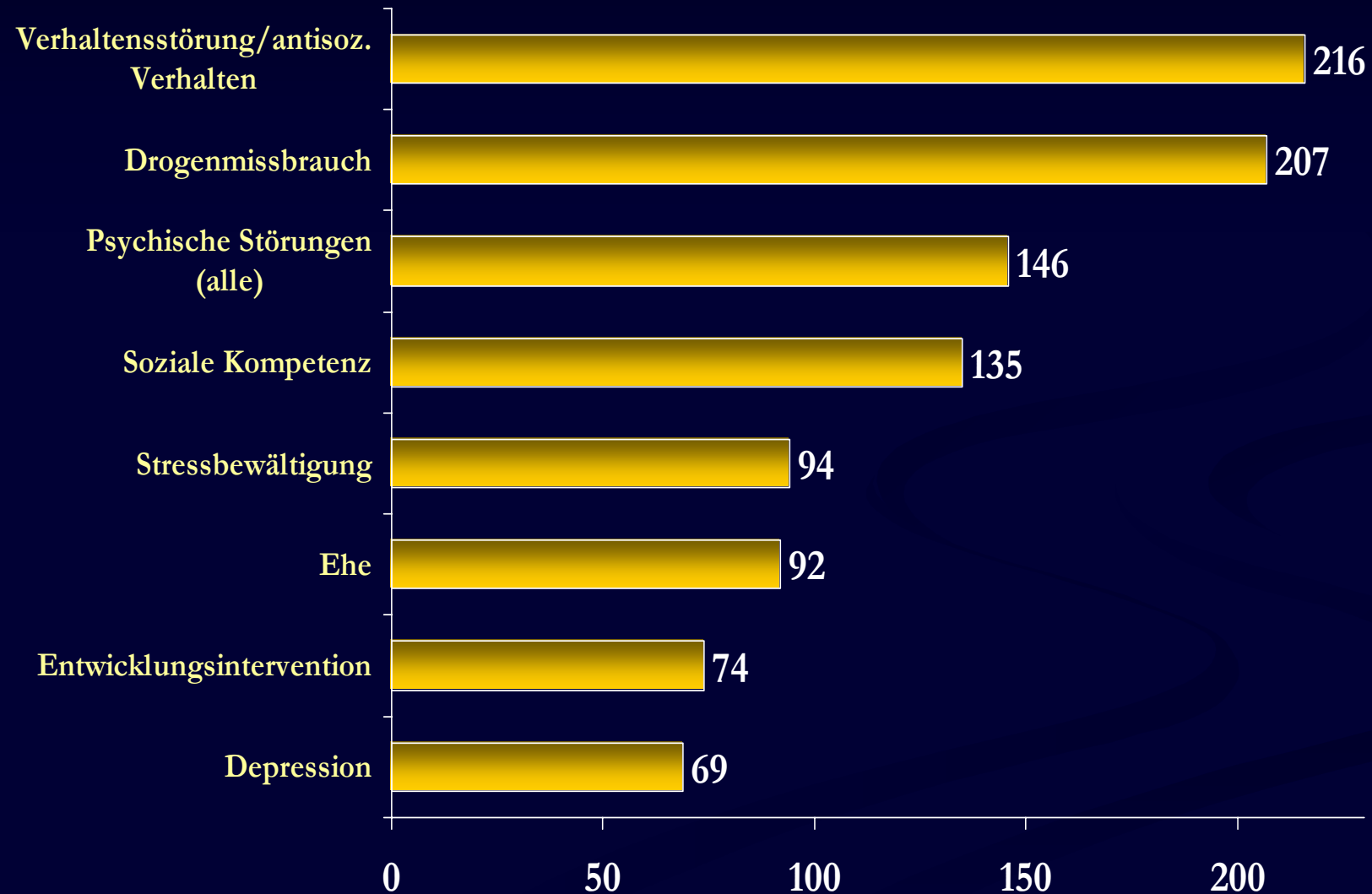
Chancen

Es bestehen Chancen zur Verbesserung des Gesundheitsproblems durch evidenzbasierte, messbare Verfahren

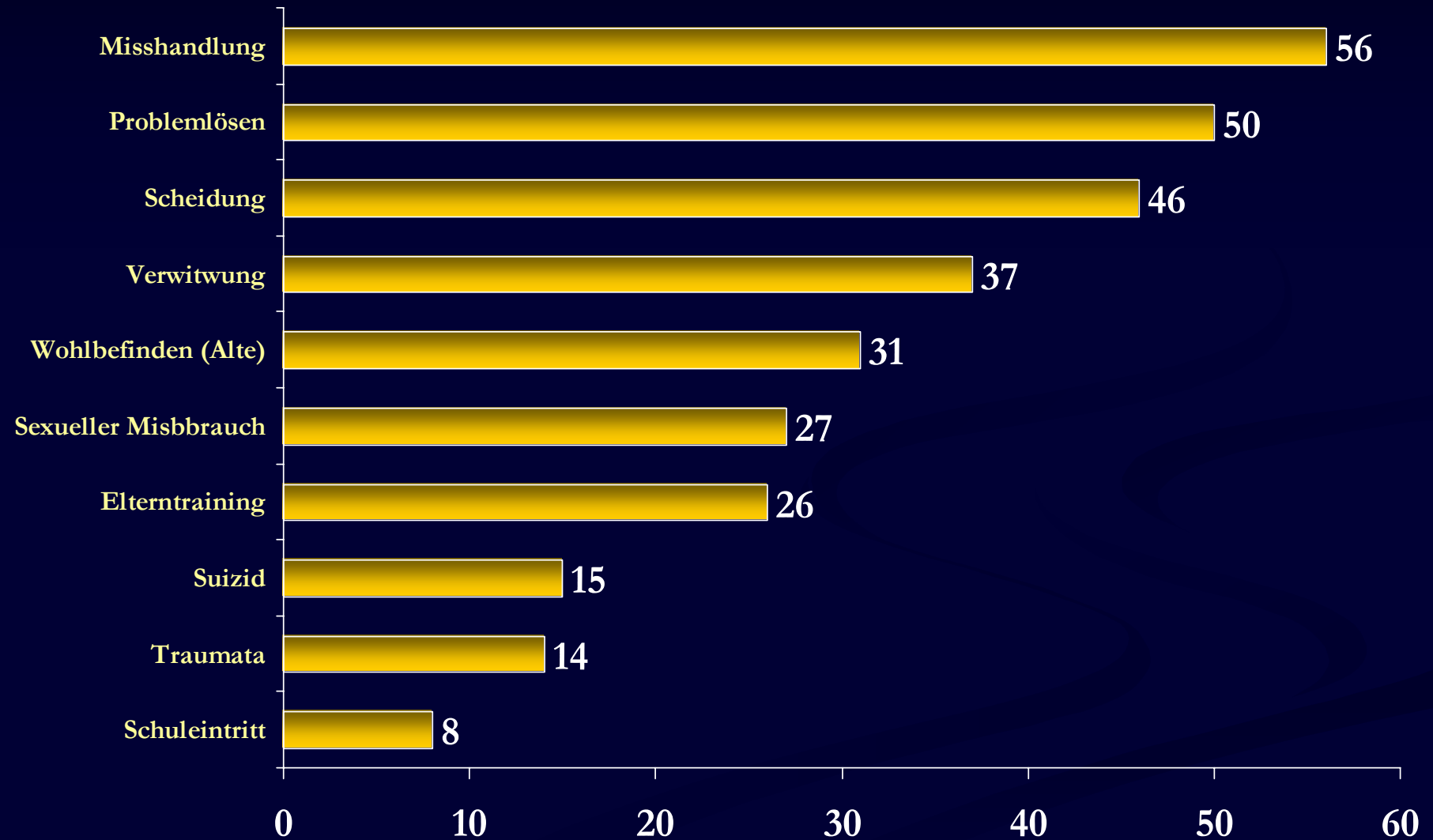
Empirisch begründet erfolgreiche Handlungsfelder und -ziele

- **Training stressorunabhängiger Kompetenzen**
 - Problemlösen
 - Soziale Kompetenz
 - Stressbewältigung
 - Erziehungskompetenz
- **Training stressorabhängiger Kompetenzen bei**
 - Arbeitslosigkeit
 - Scheidung
 - Beziehungsproblemen
 - Psychisch kranken Eltern
 - Verwitwung
 - Einsamkeit
 - Belastete Angehörige
 - Sexueller Missbrauch
 - Misshandlung
- **Entwicklungsinterventionen**
 - Anreicherungs- und Fördermaßnahmen (Kinder, alte Menschen)
- **Störungsspezifische Prävention**
 - Angst, Panik, PTBS
 - Depression
 - Suizid
 - Schizophrenie
 - Essstörungen
 - Drogenmissbrauch
 - Devianz, externalisierende Verhaltensstörungen
- **Settingspezifische und -übergreifende Interventionen**
 - Familie, Schule, Betrieb, Gemeinde

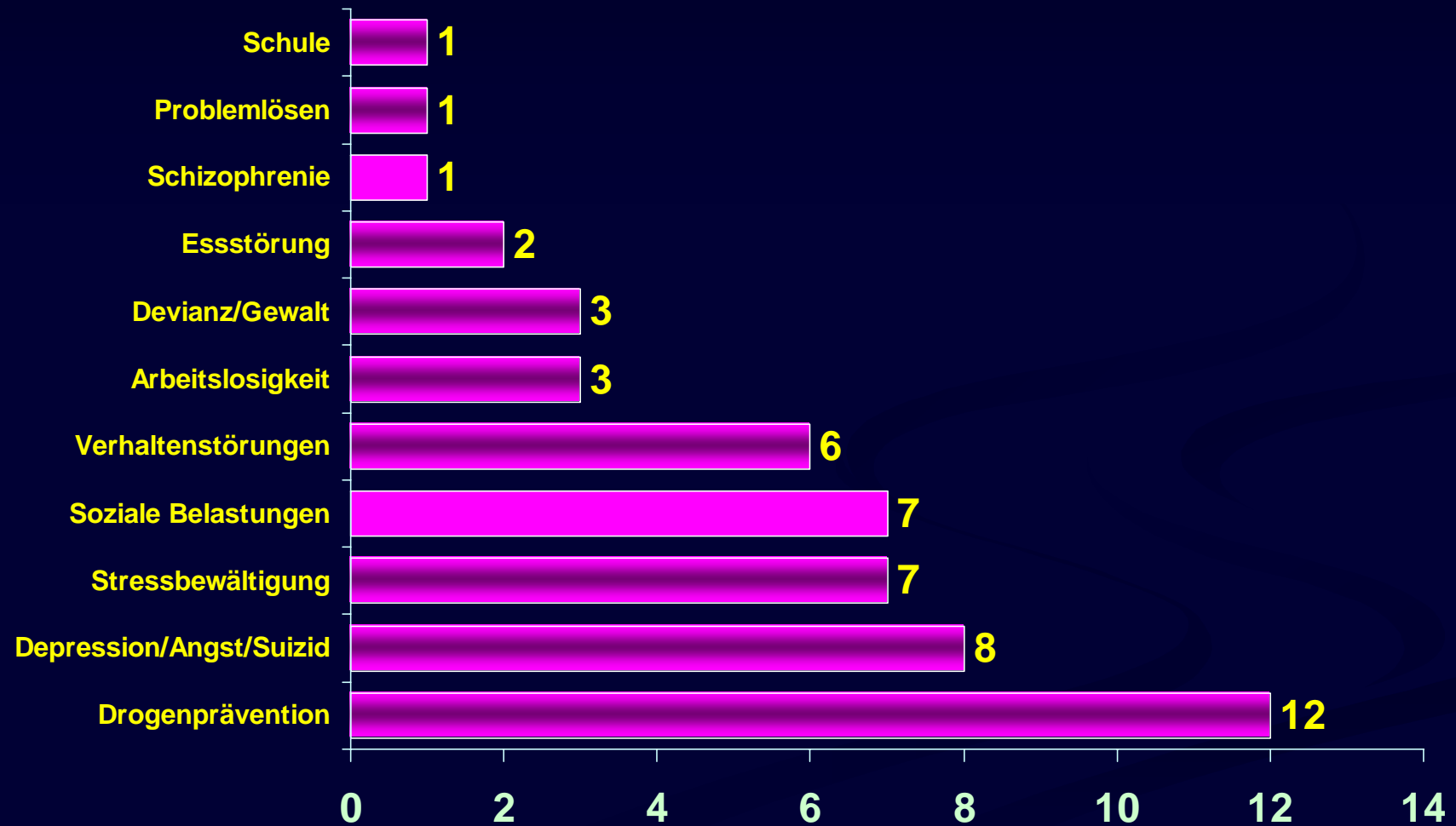
Evidenzbasierte Anwendungsgebiete: In Meta-Analysen bis 2003 erfasste Studien (1)



Evidenzbasierte Anwendungsgebiete: In Meta-Analysen bis 2003 erfasste Studien(2)



Evaluierte oder sich in Evaluation befindliche Projekte zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen im deutschsprachigen Bereich (2005)



Ergebnisse zu anwendungsspezifischen Präventionsformen



	Effektstärkebereich
■ Störungsspezifische	+ .22 - .44
■ Ressourcenorientierte	++ .27 - .66
■ Stressorspezifische	+++ .11 - .89

Erläuterung .44 → 61% Verbesserung
.89 → 71% Verbesserung

Akteure

Es gibt Akteure, mit denen das Gesundheitsziel
umgesetzt werden kann

Akteure in der Psychosozialen Versorgung



Versorgungslage durch Maßnahmen zur Prävention
psychischer Störungen
in der BRD

Ergebnisse der Versorgungsforschung



- Erfasste institutionelle Bereiche
 - Beratungsstellen
 - Pädagogische Einrichtungen
 - Betriebe
- Erfasste Handlungsfelder
 - Scheidung und Beziehungsprobleme
 - Sexueller Missbrauch
 - Drogen
 - Gesundheitsförderung in Schulen und Kitas
 - Betriebliche Gesundheitsförderung
- Einige Beispiele

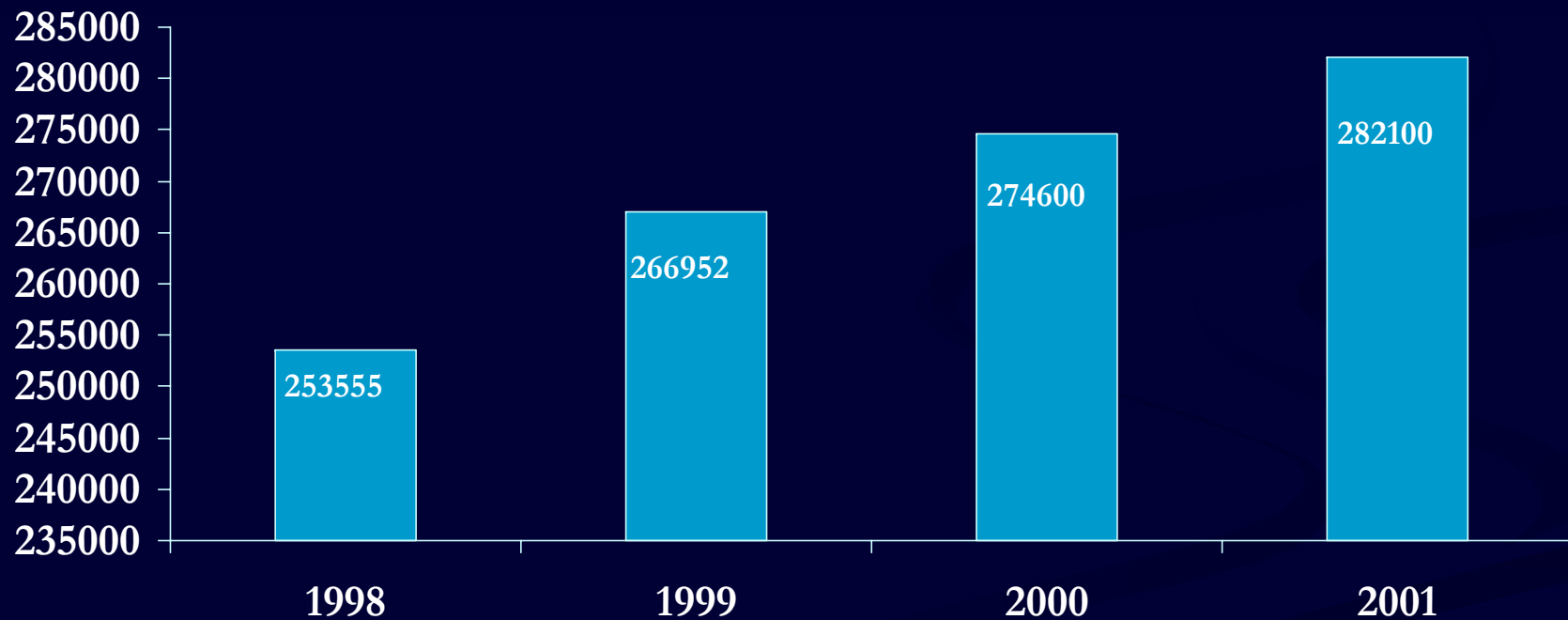
Inanspruchnahme präventionsrelevanter Beratungsdienste

(Statistisches Bundesamt: 1998-2001)

<http://www.destatis.de/cgi-bin/wwwwais>

1081 Beratungsstellen (bke, 2004)

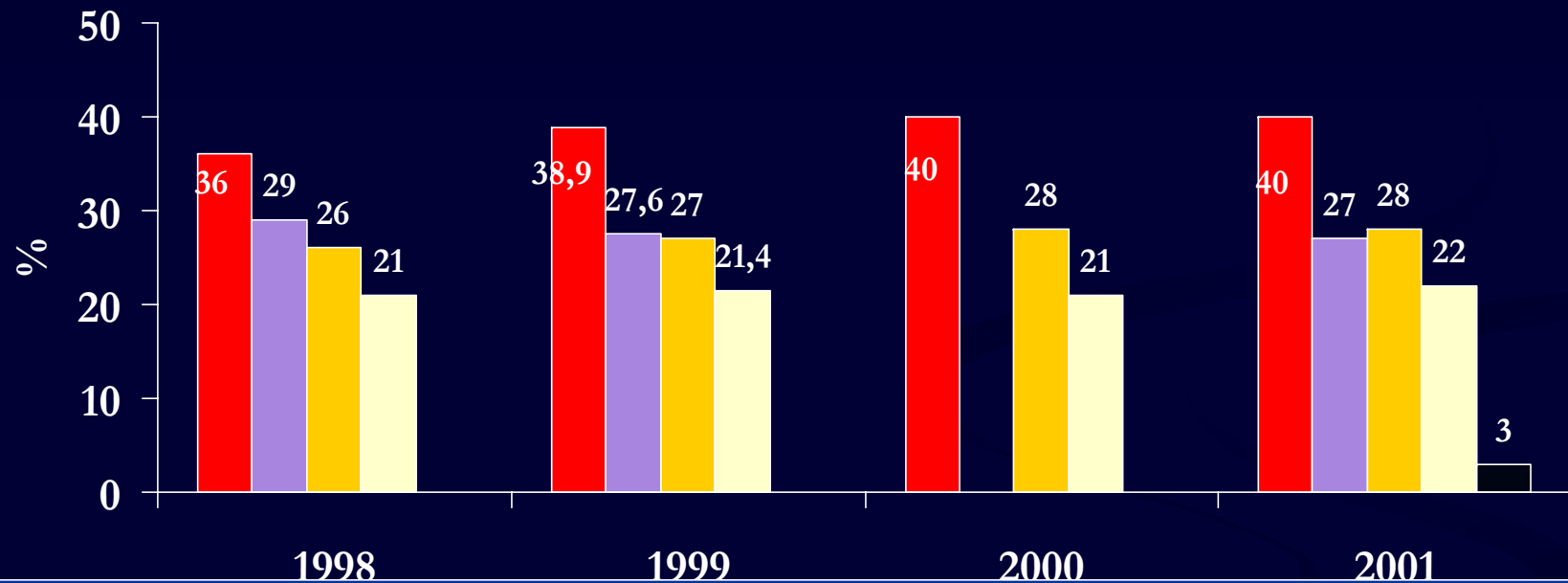
Zahl der Beratungen für Menschen unter 27 Jahren (6 Monate Dauer im Schnitt)



Inanspruchnahme präventionsrelevanter Beratungsdienste

(Statistisches Bundesamt: 1998-2001)

Beratungsanlässe



■ Beziehungsprobleme

■ Entwicklungsauffälligkeiten

■ Schul- bzw. Ausbildungsprobleme

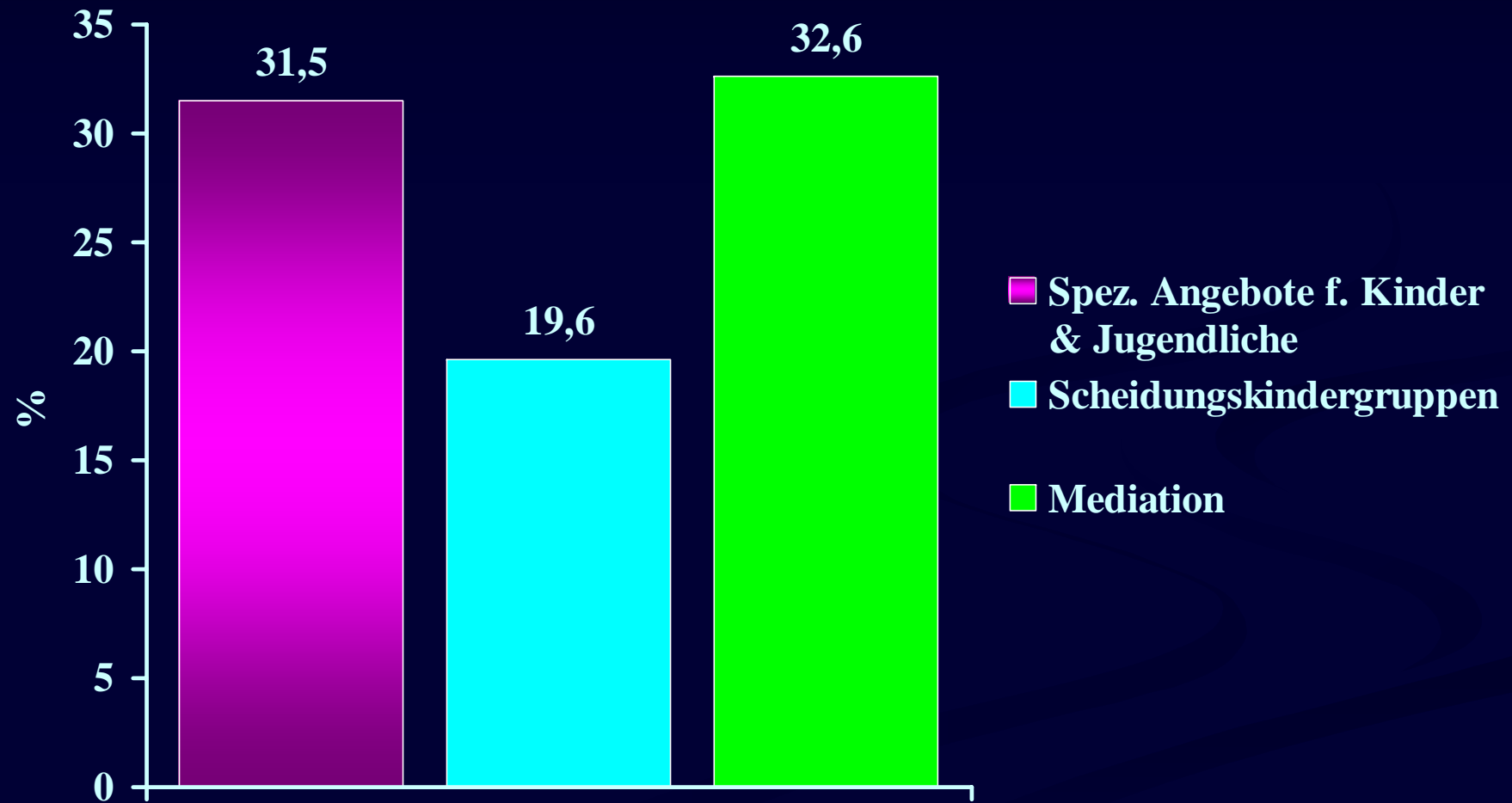
■ Trennung u. Scheidung der Eltern

■ Sexueller Missbrauch

Angebotspektrum bei Scheidungen

(BB, MBV, S, SA, THÜ; 160 Dienste, Beratungsstellen: 89; JA 71)

Dietrich, P. et al. (1998)



Setting: Gesundheitsfördernde Schulen und Kitas

(Barkholz & Paulus, 1998, Paulus im Druck)

Projekte	Zeitraum	Schulen (N)
BRD: Schätzung Paulus (pers. Mit.)	2005	1500
Modellversuch <i>Gesundheitsförderung im schulischen Alltag</i> (Barkholz & Homfeldt, 1994)	1990-1993	29
<i>Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i> (Barkholz & Paulus, 1998)	1993-1997	29
OPUS (<i>Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit – Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen, Paulus, 2000</i>)	2005	639 NRW
<i>Anschub. de“ - Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung</i>	2000-2006	41 Berlin, BAY, MVP
<i>Mindmatters</i>	2002-2006	32 BRD/CH

Versorgungslage: Zusammenfassung

- Es gibt Akteure auf der Ebene der direkten Anbieter für bestimmte Handlungsbereiche.

Das Wissen zur Versorgungslage aber ist insgesamt lückenhaft

(z.B. zu störungsspezifischen Interventionen, Hilfe bei bestimmten kritischen Lebensereignisse)

Einige Internationale Akteure und Initiativen auf (fach-)politischer Ebene

- **WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005)**
- **Society for Prevention Research**
- **World Mental Health Federation**
- **Australien Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health (PPEi)**
- **National Institute for Mental Health (USA)**
- **The National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) - Ministry of Social Affairs and Health (Finland)**
- **Imhpa: European Network implementing mental health promotion action**
- **EMIP: European Mental Health Promotion Implementation**
- **MINDFUL - Mental Health Information and Determinants for the European Level**
- **European Alliance Against Depression**
- **EU Ministerial Conference on Mental Health Promotion (2001)**

Einige nationale Akteure und Initiativen

- **BMGS**
- **Forum Prävention**
- **BZGA**
- **Landesministerien z.B. RP**
- **Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin**
- **Kommunen: → Bremen: Zukunftsgestaltung & seelische Gesundheit**
- **Aktion Psychisch Kranke**
- **Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker**
- **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie**
- **Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie**
- **Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis**
- **German Network for Mental Health**

Zwischenzusammenfassung

- Es gibt zahlreiche Akteure zur Prävention und Gesundheitsförderung im Allgemeinen und im Bereich psychischer Erkrankungen bzw. Gesundheit

Orientierung der Zielbereiche

- Die Zielbereiche bestehende oder möglicher Programme der Prävention psychischer Störungen und der Förderung psychischer Gesundheit erfüllen die gemachten Vorgaben:
 - Prävention und Gesundheitsförderung
 - Ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen
 - Bürgerorientierung
 - Selbsthilfe
 - Diversität (Gender, soziale Lage etc.)
 - Sektorale Verzahnung und Integration
 - Evidenzbasierung

Welche Studien waren besonders effektiv?

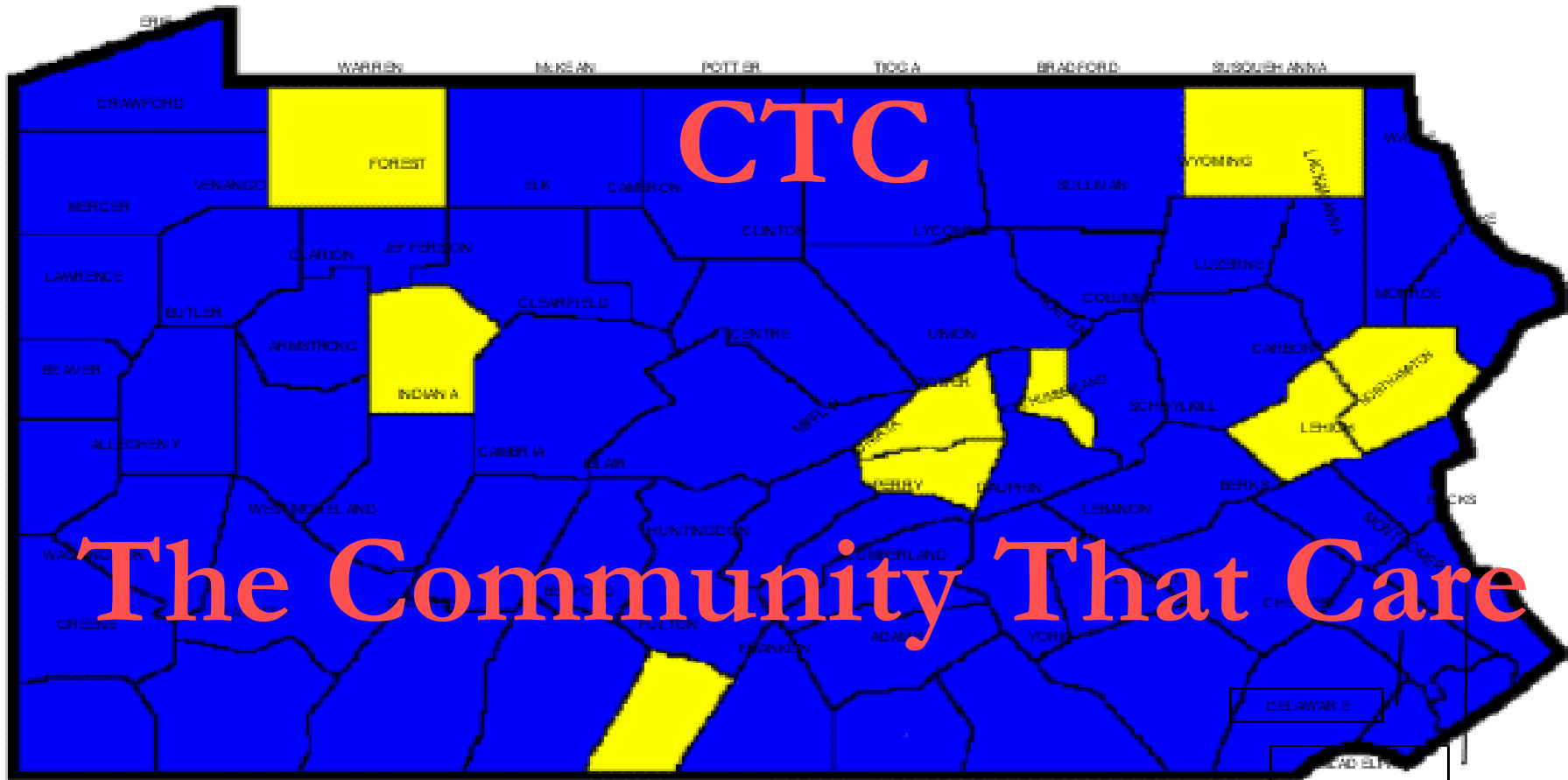
Catalano et al. , 2002; Greenberg et al., 2001, Nation et al., 2003)

- Theoretisch gut begründete
- Risiko-Ressourcenanalyse – und nutzende
- Ressourcen-, fertigungs-, und defizitorientierte
- Individuen- und umwelt-zentrierte
- Domain übergreifende (intersektoral)
- viele Komponenten enthaltende
- Multimodal gemessene
- Ultimativ orientierte
- Gruppenspezifische (auch kulturell)
- Strukturierte (manualisiert, Curricula)
- Mit variabler Didaktik
- Alle Interaktanten berücksichtigende (partizipativ)
- Mit trainierten AnleiterInnen
- Lang anhaltende
 - mindestens 9 Monate
 - kurze nur bei Risikogruppen erfolgreich
- In Versorgung angepasst implementierte

Beispiel einer kommunalen Prävention



Pennsylvania's Communities That Care As of 2001-02



 Non- Participating Counties

 Participating Counties



Used by permission, Pennsylvania Children's Partnership

Qualitätsprofil des CTC

- **Risiken- und Ressourcenanalyse**
- Modular an Risiko-Ressourcenprofil angepasst (Multikomponentenprogramm)
- Multimodale Messung
- **Ultimative Kriterien**
- **Settingbezogen und –übergreifend**
- Intensiv (abgestuft)
- Langfristig angelegt
- **Gesellschaftlich relevant**
- Bedürfnisorientiert
- **Disseminativ**

Module von *Communities That Care*

Präventionsprogramme gegen/für

1. Angststörungen
2. Depression
3. Körperliche Gesundheit
4. Gewalt
5. Drogennutzung
6. Krisen
(u. a. Scheidung; Verluste; Übergänge)
7. Soziale und Problemlösekompetenzen
(auch multikulturell)
8. Entwicklungsinterventionen
9. Schulprogramme
(Didaktik, Kompetenztraining, etc.)
10. Eltern- und Familienprogramme
11. Setting übergreifende Hilfen
(Schulen, Eltern, Gemeindeaktivierung)

z.B. das → *Seattle Social Development Project*

Kommunale Prävention: Community That Cares

Verbreitungsgrad (Zahl der Kommunen)

Pennsylvania:	60	UK:	13
Holland	4	Australien	4

Ergebnisse über 10 Kommunen

Hawkins et al. 2002

> Fertigkeiten

Kognitive Fertigkeiten

Erziehungskompetenz

< Probleme

Schulrauswürfe

Betrug

Verhaftungen

Raub

Gewalt

Waffenbesitz

Politische Bedeutung

Das Problem ist wichtig für Bevölkerung und
Politik

Die Neuformulierung des Präventionsgesetzes

Einige Vorschläge (1)

- Ein (revidiertes) Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung zeigt das politische Interesse
- Es bedarf neuer Zielorientierungen:
 - Keine Gesundheit ohne Psychische Gesundheit
Hervorhebung von psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen
 - Individuenorientierte und Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung
 - risiko- und ressourcenorientiert
 - Mitwirkung von Selbsthilfe- und Laienressourcen

Die Neuformulierung des Präventionsgesetzes ?

Einige Vorschläge (2)

- Ressortübergreifendes Zusammenwirken der beteiligten Politikfelder auf allen Ebenen
Intersektoral, auch verschiedene SGB: **III, V, VI, VIII, XII**
- Fachliche Orientierung:
 - Nicht medikalisiert sondern umfassend und rezent
Partizipative Qualitätssicherung
- Implementierungsorientiert

Einige Schlussfolgerungen

- Die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit ist ein vorrangiges Gesundheitsziel
Die Voraussetzungen dieser Zielauswahl werden durchwegs erfüllt.
- Die Umsetzung entsprechender Maßnahmen kann nur auf einer sozialwissenschaftlichen bzw. biopsychosozialen Grundlage erfolgen
- Deshalb ist Psychotherapie konzeptuell und praktisch bei dieser Umsetzung angemessen zu beteiligen
 - Durch Kooperation und Arbeitsteilung
 - Durch den anerkannten Einbezug der Prävention und Gesundheitsförderung in die psychotherapeutische Praxis
 - Durch Export von therapeutischen Ressourcen in neue Handlungsfelder

DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT