

1

PRÄVENTION PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

von

jürgen junglas

1/1984

Literatur:

Peter Becker: Prävention psychischer Störungen

in: Lothar R. Schmidt (Hg.):

Lehrbuch der Klinischen Psychologie

Enke, Stuttgart 1978

Hans Schaefer & Maria Blohmke: Sozialmedizin

Thieme, Stuttgart, 1978

M. Bauer: Hilfen für Angehörige von psychisch Kranken

in: C. Kulenkampff & W. Picard (Hg.):

Gemeindenahe Psychiatrie

Rheinland, Köln, 1975

Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der
Bundesrepublik Deutschland
Drucksache 7/4200, vom 25.11.75

Prävention psychischer Störungen

Kerngedanken: -"Vorbeugen ist besser als heilen"

-Maßnahmen, die am Einzelfall einsetzen müssen ergänzt werden durch solche, die sich auf gesellschaftliche Zielgruppen, Systeme und Institutionen beziehen (analog: Seuchenbekämpfung).

Arten der Prävention CAPLAN (1964):

- 1. Primäre Prävention: Zielt auf Senkung der Inzidenzrate; es soll verhindert werden, daß sich eine Störung überhaupt erst manifestiert.**
- 2. Sekundäre Prävention: Maßnahmen zur Verkürzung der Erkrankungsdauer (z.B. frühe Diagnose, wirksame Behandlung)**
- 3. Tertiäre Prävention: Ziel: Beeinträchtigungen und negativen Folgen möglichst gering halten (Rehabilitation, adäquate Nachsorge)**

Präventive Maßnahmen größeren Stils sind Eingriffe in bestehende soziale Systeme und Institutionen mit dem Ziel einer besseren Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdiensten; sie können auch nachteilig sein. Präventives Handeln beruht auf bedingten Prognosen: Unter den Voraussetzungen, daß eine bestimmte theoretische Annahme zutrifft (z.B. ein Teil der psychischen Störungen resultiert aus unbewältigten Lebenskrisen) und daß bestimmte Arten präventiver Maßnahmen zur beabsichtigten Änderung der Verhältnisse geeignet sind.

KESSLER & ALBEE (1975): "Wohin wir auch blickten, was immer wir lasen oder hörten, wir fanden unüberprüfte oder nicht erforschte Hypothesen über primäre Prävention:"

Primäre Prävention ist nur bei solchen Krankheiten möglich, bei denen man die Krankheitsursachen kennt und sie außerdem ausschalten oder in ihrer Wirkung mindern kann.

Vorbeugung vor allem dort wichtig, wo Heilung schwierig oder unmöglich ist.

Das Konzept der "Risikogruppen"

Def.: Gruppen von Individuen mit erhöhtem psychischen Erkrankungsrisiko aufgrund von:

- genetischen oder konstitutionellen Merkmalen
- vergangener oder aktueller ungünstiger psychosozialer Lebensbedingungen von längerer Dauer,
- ersten Symptombildungen.

Beispiele Kinder:

- Kinder psychisch gestörter Elternteile
(schizophrene, depressive, neurotische Eltern)
- Kinder mit (leichten) frühkindlichen Hirnschädigungen
- Kinder, die bereits einmal an psychischen Symptomen litten
 - ernste Kontaktstörungen gegenüber Gleichaltrigen
(z.B. von den Klassenkameraden Abgelehnte, Einzelgänger oder Hyperaggressive)
- sehr ungewöhnliches und bizarres Verhalten
 - stark autistische Züge
 - persistierende Leistungsstörungen
 - Verwahrlosungssymptome
- Kinder, die in ihrer frühen Entwicklung besonderen Deprivationen ausgesetzt waren (mütterliche Deprivation, broken-home-Situation, Aufenthalt in einem schlecht geführten Heim)
- Kinder, die von ihren Eltern mißhandelt wurden

Beispiele Erwachsene:

- sozial Isolierte (alte, alleinstehende Menschen)
- seit längerer Zeit arbeitslos
- Personen, die unter schweren psychischen Störungen litten und nach längeren Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken als "geheilt" oder gebessert entlassen wurden
- entlassene Sträflinge
- Slumbewohner
- Mitglieder diskriminierter Minderheiten.

Das Konzept der "Krise"

Relativ kurzfristige, ungewöhnlich heftige Störungen = abnorme Erlebnisreaktionen.

Lindemann (1944): 101 Personen mit akuten Trauer- und Kummerreaktionen:

- recht einheitliches Muster typischen Trauerverhaltens
- abnorme Verarbeitungsformen (verzögerte Trauer, Abbruch von Sozialbeziehungen, ungewöhnliche Feindseligkeit gegen bestimmte Personen, agitierte Depressionen); = psychiatrische Hilfe notwendig, um schweren und chronischen psychischen Störungen vorzubeugen.

Caplan (1964): "Lebenskrise" := Konfrontation einer mit einer veränderten Lebenssituation bzw. einer Problem- oder Konfliktsituation, die mit den vorhandenen Verarbeitungs- und Abwehrmechanismen ohne weiteres nicht bewältigt werden kann (z.B. Verlust eines Angehörigen, bevorstehende Operation).

Phasen:

1. Phase: Spannungsanstieg und Versuch, mit vertrauten Mitteln wieder einen Gleichgewichtszustand herbeizuführen.
2. Phase: vergebliches Bemühen, weiterer Spannungsanstieg
3. Phase: Versuch Gleichgewicht herzustellen, durch Umstrukturierung des Problems, Heranziehen von Hilfe, Einsatz neuer Lösungsstrategien, Verzicht auf bestimmte Bedürfnisbefriedigungen.
Wenn dies mißlingt, gerät der Betreffende in die
4. Phase: Spannung überschreitet Grenzwerte, Verhaltensstörungen manifestieren sich.

Brown (1974):

Schizophrenie: Häufung von Krisen in den drei Wochen vor Beginn der Störung
Depressive: In den drei Wochen, aber auch darüber hinaus in den Monaten davor, "Ballungen" von Krisen (v.a. "Verlusten").

Schluß:

- Kritische Lebensereignisse haben bei Schizophrenen eine auslösende Funktion (verschieben den erwarteten Krankheitsbeginn um ca. 10 Wochen nach vorn)
- Kritische Lebensereignisse haben bei Depressionen eine verursachende Bedeutung (Vorverlegung des Erkrankungsbeginns um ca. 2 Jahre).

SMITH (1971): Krisen stellen keinen besonders günstigen Ausgangspunkt für Präventivmaßnahmen dar.

Einzelne traumatische Ereignisse haben geringes ätiologisches Gewicht, erst die Summation von Stressoren rufen psychopathologische Reaktionen hervor.

Kritik: Krisen zu weit verbreitet und zu häufig, daß professionelle Hilfe möglich wäre.

Günstiger frühzeitig Stößtoleranz erhöhen.

Das Konzept des "Verhaltensdefizits"

Häufig bei psychiatrischen Patienten zu beobachtende Verhaltensdefizite:

1. mangelnde soziale Kompetenz,
2. kognitive Ineffizienz,
3. mangelnde Selbstkontrolle.

zu 1: "mangelnde soziale Kompetenz":

ARGYLE (1972): Introversion und soziale Abkapselung, mangelnde Dominanz und Selbstbehauptung, fehlende Gelassenheit und hohe soziale Ängstlichkeit, geringer Belohnungswert für Sozialpartner, ungenügende Interaktionsfertigkeiten, geringe Sensitivität für das Verhalten und Erleben anderer und ungenügende Fähigkeit, sich in die Rolle anderer zu versetzen.

Gilt nach PHILLIPS & ZIGLER (1961) vor allem bei Symptomen auf der Handlungsebene (z.B. Delikte, Persionen, Suizidversuche).

Zu 2: "kognitive Ineffizienz":

DOLLARD & MILLER (1950): "neurotische Dummheit"

ELLIS (1973): Unvermögen psychiatrischer Patienten zur rationalen Problemanalyse und Problembewältigung.

SELIGMAN (1975): "gelernte Hilflosigkeit":= (falscher) Glaube, man könne in einer Stresssituation keinen Einfluß auf den Ausgang des Geschehens ausüben.

Zu 3: "mangelnde Selbstkontrolle":

- Kontrolle des Alkoholkonsums oder unerwünschter (zwanghafter) Gedanken.
- Unfähigkeit zum Verzicht auf kurzfristige zugunsten langfristiger größerer Bedürfnisbefriedigungen.

Das Konzept der "gestörten Familie"

ACKERMANN (1961): "Die Familie ist die natürliche Brücke zwischen den Kräften der Kultur und den Kräften der individuellen Persönlichkeit. Für Präventionszwecke ist deshalb die Familie der Knotenpunkt; sie ist die Grundeinheit der Krankheit und Gesundheit".

RICHTER (1970): Beschreibung der Beziehungen zwischen den Mitgliedern einer Familie in rollentheoretischen Begriffen: Partner-Substitut, Rolle des Abbildes (Kopie des Selbstbildes), des idealen Selbst, des negativen Selbst und des Bundesgenossen.

"Neurotische Familien": "familiäre Symptomneurosen" und "familiäre Charakterneurosen".

San Mateo-Projekt BUELL u.a. (1958): Typen gestörter Familien:

1. von Ängsten beherrschte,
2. sozial ineffektive und instabile,
3. nonkonformistische, feindselige Familien.
4. Familien mit verantwortungslosen Eltern.

Das Konzept der "gestörten Sozialkontakte"

1. Kinder und Jugendliche mit auffallend disharmonischen Beziehungen zu Gleichaltrigen (z.B. Einzelgänger, autistische Kinder, von Gleichaltrigen Abgelehnte, Kinder mit antisozialen Tendenzen) sind einer erhöhten Gefahr ausgesetzt, psychische Störungen zu manifestieren.
2. Sozial isolierte Menschen (gebrochene Ehen, alte alleinstehende Menschen). Ursache-Wirkungs-Zusammenhang umkehrbar.

Das Konzept der "kranken Gesellschaft"

Wie läßt sich feststellen, ob eine Gesellschaft tatsächlich "krank" ist?

Vergleiche der Prävalenzraten psychischer Störungen zwischen

1. verschiedenen heutigen Gesellschaften,
2. vergangenen und gegenwärtigen Gesellschaften und
3. verschiedenen Schichten innerhalb einer Gesellschaft.

- in allen (auch "primitiven") Kulturen kommen alle wichtigen Kategorien von Verhaltensstörungen - wenn auch mit unterschiedlicher Frequenz - vor.
- Inzidenzrate psychischer Erkrankungen bei alten Menschen liegt in der westlichen Kultur höher als in anderen Kulturen.
- Es gibt keine überzeugenden Belege dafür, daß in westlichen Kulturen innerhalb des letzten Jahrhunderts ein Anstieg psychischer Störungen in ihrer Gesamtheit erfolgt ist; jedoch . . .
- Veränderungen bei einzelnen Formen psychischer Störungen.
- Prävalenzrate schizophrener und psychopathischer Störungen liegt bei Angehörigen der untersten sozialen Schicht deutlich höher als beim Rest der Bevölkerung.

Erklärungen:

1. "soziale Verursachungs"-Hypothese
2. "soziale Drift"-Hypothese
3. Hypothese von der schlechteren psychiatrischen Behandlung der Unterschichtmitglieder.

PRIMÄRPRÄVENTION

Primärprävention bedingt eine Umstellung und Ausweitung des traditionellen medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Denkens, denn der Blick muß sich von den Kranken auf die viel größere Zahl der Gesunden und möglicherweise Gefährdeten richten.

Primärprävention hat bereits im Vorfeld psychischer Krankheit einzusetzen, und zwar

- durch die Ausschaltung bzw. Milderung des Einflusses von krankheitsfördernden Faktoren, und
- durch die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit von Individuen oder der Bevölkerung insgesamt gegenüber solchen schädigenden Einflüssen.

Krisen lassen sich als zeitlich begrenzte Ausnahmesituationen definieren, die dadurch ausgezeichnet sind, daß die gewohnten Reaktions-, Adaptions- und Abwehrmechanismen in Frage gestellt werden und deshalb mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen zu rechnen ist.

Perioden psychosozialer Umstellung (Pubertät, Schwangerschaft, Menopause), besondere Vorkommnisse (Unfälle, Operationen); unter Umständen werden aber auch ganze Bevölkerungsgruppen krisenhaft betroffen (längerfristige Arbeitslosigkeit, Kriegsereignisse, Naturkatastrophen).

Bereiche der Primärprävention

1. Medizinischer Bereich: Schwangerschaft, Geburt, Sicherung der körperlichen Integrität.
2. Psychosozialer Bereich: Sicherung von Grundbedürfnissen (Bedürfnis nach Geborgenheit, nach beständigen und strukturierten Kontakten zu festen Bezugspersonen, nach ausreichender affektiver Bindung und intellektueller und pädagogischer Anregung.
3. Soziokultureller Bereich: Zugang zu Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten, zur Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit.
4. Sozioökonomischer Bereich: Verwirklichung beruflicher Möglichkeiten, Sicherung des Arbeitsplatzes, Freiheit von ökonomischer Not. Risikogruppen: Emigranten, Flüchtlinge, Gastarbeiter, Angehörige der untersten Sozialschicht.

Faktische Möglichkeiten der Primärprävention hängen ab von

1. unserem Wissensstand über die Krankheitsursachen,
2. der Vermeidbarkeit der Krankheitsursachen und
3. der Bereitschaft einzelner Personen oder der Gesellschaft schlechthin, vermeidbare Krankheitsursachen auszuschalten. (Alkohol, Video etc.)

Multifaktorielle Genese begrenzt kausale Betrachtungsweise.

Primäre Prävention

1. Krisenintervention

Telefonische Beratungsdienste (z.B. Telefonseelsorge)

Kriseninterventionsteams

z.Zt. in der BRD fast nicht vorhanden: EB's sind ungeeignet und überlastet.

Selbsthilfeprogramme (z.B. Witwen, Brustamputierte etc.)

SCHWARTZ (1975): "Situations-Übergangs-Gruppen"-Modell als Vorbereitung auf kritische Lebensereignisse (z.B. Scheidung).

2. Maßnahmen in Institutionen

Kindergarten: Risikokinder identifizieren,

kompensatorische Erziehung benachteiligter Kinder,

Förderung der sozialen Kompetenz

Schule:

Schulpsychologischer Dienst

Forderung: : Unterrichtsfach "Psychologie" mit konkreten Übungen

zur Förderung der sozialen Sensibilität, der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit sowie der Rollenflexibilität.

Krankenhäuser (v.a. Kinder in Krhs., Besuchszeiten)

Altenheime

Justizvollzugsanstalten und Gerichte

Arbeitsplatz

3. Maßnahmen in Gemeinden

Gemeindepsychologie, Gemeindepsychiatrie

1. Spezifische Maßnahmen (bekannte Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge)

z.B. Bekämpfung der Jugenddelinquenz

2. Unspezifische Maßnahmen, v.a. durch "Mental Health"-Bewegung

Beratung von Zielgruppen:

Elterngruppen bezüglich Erziehungsfragen (v.a. Adoptiv- und Pflegeeltern)

Ehepaare bezüglich Eheproblemen

Jugendliche bezüglich Fragen der Sexualität, der Ehe, der Konflikte mit den Eltern

alte Menschen bezüglich Problemen der sozialen Isolierung

RICHTER u.a. (1976): Für verbesserte Betreuung von Unter- und Rand-schichtgruppen Beratungs-Institutionen zu Kommunikationszentren ausbauen.

Städteplanung, Psychohygiene. Förderung von Selbsthilfegruppen

4. Probleme der primären Prävention

Effizienznachweis schwierig

Kollision mit "persönlicher Freiheit".

Sekundäre Prävention

Frühzeitiges Erkennen und wirksames Behandeln psychischer Störungen

1. Diagnostische Maßnahmen

Frühzeitiges Erkennen von Verhaltensstörungen, z.B. in Kindergarten, Schule und Militär.

COWEN^u(1973): Verfahren zur frühzeitigen Identifizierung behandlungsbedürftiger Kinder. Umfaßt die Bereiche: "aggressives Aus-Sich-Herausgehen", "verstimmtes In-Sich-Gekehrtsein" und "Lernbehinderung".

Wichtige Aspekte:

- a) vorschnelles und überflüssiges Etikettieren des Untersuchten sollte unterbleiben;
- b) Kriterium für Behandlungsbedürftigkeit sollte mit Behandlungsmöglichkeiten übereinstimmen, therapierelevante Diagnostik, keine Diagnose des Diagnostizierens willen.
- c) Diagnostik auf das erforderliche Mindestmaß beschränken, zugunsten verstärkter Beratung und Therapie.

2. Therapeutische Maßnahmen

Vorbeugung gegenüber einer Chronifizierung reaktiver psychischer Störungen: Vermeidungsreaktionen verhindern, Ängste abbauen, Übermüdung oder Isolierung beenden, Verlust durcharbeiten.

Klinik nur in Notfällen, Vorrang der Behandlung im natürlichen Umfeld.

"Familienkrisentherapie", "therapeutische Tagesstätten"

Therapeutische Selbsthilfegruppen, z.B. Anonyme Alkoholiker

("zweiter Versorgungsweg" in der Psychotherapie)

Abbau der "zudeckenden" Behandlung durch Psychopharmaka in der Allgemeinpraxis bei akuten Krisen.

3. Aufklärung über psychische Störungen

Unscharfe, vorurteilsbelastete Verstellung über psychische Störungen.

4. Probleme

Finanzierung

Frühzeitiger Behandlungsabbruch, v.a. bei Unterschichtpatienten.

Tertiäre Prävention

Vermeidung oder Verringerung negativer Folgen einer psychischen Störung für die Erkrankten, ihre Angehörigen und die Gemeinden, in denen sie leben.

Institutionalisierungsschäden durch Anstalten und Heime. ZUSMAN (1975): "Beeinträchtigungen entwickeln sich, wenn psychisch Kranke unter menschenunwürdigen Bedingungen behandelt werden, und sie können durch wirksame Anstrengungen zur Veränderung der Betreuung wieder rückgängig gemacht werden".

Ergänzung der rein pharmakologischen Therapie durch psychosoziale Programme.

Notwendigkeit der Einbeziehung von Familienangehörigen in den Therapieplan.

Training der sozialen Kompetenz.

SANDERS (1971) Programm der extramuralen Betreuung chronisch Schizophrener mit "enablers" ("Befähiger"), freiwilligen nonprofessionellen Helfern aus der Gemeinde.

Resozialisierung Straffälliger.

BANDURA (1976): "Wenn die Psychologen (/Psychiater) irgendeinen ernstzunehmenden Einfluß auf die allgemeinen Probleme unseres Lebens nehmen wollen, müssen sie ihre korrektiven Maßnahmen auf die schädlichen Praktiken der Gesellschaft anwenden und können sich nicht damit zufrieden geben, die Opfer dieser Praktiken zu behandeln."

Hilfen für Angehörige von psychisch Kranken

Angehörige früher: "Lieferanten von ('objektiven') Fremdanamnesen"(DÖRNER)
Stillschweigende Annahme der reformierten Psychiatrie: Therapie der sozialen und beruflichen Umwelt "vor Ort", im Rahmen der Familie bietet für den Betreffenden bessere Behandlungschancen.

Angehörigenarbeit führt dazu, daß die Not der Angehörigen, ihr Verzicht auf eigene Lebensentfaltung, aber auch ihre Wut, Enttäuschung oder Resignation über den mißratenen Sohn oder die Tochter stärker in das Blickfeld von Therapeuten gerät. Diese können sich dann nicht mehr damit herausreden, daß es den Angehörigen schon recht geschehe, wenn ihnen jetzt heimgezahlt werde, was sie ihren Kindern zuvor angetan haben - Vorstellungen, die in den letzten Jahren starke Unterstützung aus den teils mißverstandenen, teils pervertierten familiendynamischen Theorien der Schizophrenieforschung erfuhren und die in der Praxis nicht selten als offen aversives Verhalten den Angehörigen entgegenschlugen.

Sieht man die Angehörigen als zentrale Bezugspersonen, ja als Hauptakteure des primären Versorgungssystems, muß man ihnen Hilfe anbieten, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. Gruppentherapie für Angehörige (Gruppen ohne Einbeziehung des Patienten) kann eine solche Möglichkeit sein: Es wird sichtbar, daß die Not der Angehörigen nicht zuletzt eine gefühlsmäßige, emotionale ist, der nicht mit bloßer Informationsvermittlung und "Aufklärung" beizukommen ist; und die zuvor vereinzelt und allein gelassenen Familien können sich miteinander identifizieren und solidarisieren.

Einschränkungen für die Angehörigen zeigen sich als: oft völliges Fehlen von Freizeit, Störungen bei routinemäßigen häuslichen Verrichtungen, drastische Verminderung des familiären Einkommens.

Negative Auswirkungen auf die Kinder psychisch Kranker.

5 Empfehlungen zur Primärprävention psychischer Störungen

Im folgenden sollten eine Reihe von Präventionsvorschlägen aufgezählt werden, die sich aus der bisherigen Diskussion ergeben. Zunächst sollen eine Reihe von allgemeinen und übergreifenden Gesichtspunkten genannt werden, sodann folgen Vorschläge, die sich auf die Primärprävention in den einzelnen Lebensphasen beziehen. Schließlich wird dann ein spezielles Modell vorgeschlagen, von dem aus man die Wirksamkeit der Primärprävention in einem umschriebenen Gebiet überprüfen könnte.

5.1 Allgemeine Gesichtspunkte

1. Sicherung der medizinischen Grundversorgung, insbesondere in der Kindheit und im höheren Alter, und Durchführung medizinischer Präventionsmaßnahmen, die letztlich primärpräventive Wirkungen im Bereich psychischer Störungen haben.
2. Präventive Betreuung von gefährdeten Patienten aller Altersstufen, besonders bei medizinischen Belastungssituationen (Hospitalisationen, Operationen, belastende Untersuchungen und Behandlungen).
3. Förderung von Schutzmaßnahmen aller Art gegen somato-physische Schädigungen, die zu psychischen Erkrankungen führen können (insbesondere Förderung von Umweltschutz, Unfallverhütung, Hygiene, Verkehrserziehung, Infektionsbekämpfung).
4. Genetische Beratung potentieller Eltern aus belasteten Familien und bei sonstigen Risiken.
5. Ausbau gemeindenaher psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste mit der Teilaufgabe Prävention.
6. Weiterer Ausbau von Beratungsdiensten mit Schwerpunkt im Bereich der Familie, namentlich in gefährdeten Bevölkerungsgruppen. Förderung aller Maßnahmen zum Familienschutz. Mögliche Befreiung der Mütter von außerfamiliären beruflichen Pflichten mindestens im ersten Lebensjahr der Kinder. Entsprechende Gestaltung der Arbeits- und Sozialgesetze.
7. Kontrolle und Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz hinsichtlich der von ihm ausgehenden psychischen Belastungen.
Intensivierung der psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Ausbildung von Arbeitsmedizinern mit dem Ziel, die diesbezüglichen Aspekte in der Arbeitsmedizin zu fördern.
8. Förderung der Sozialgesetzgebung zugunsten von Risikopopulationen (unterste Sozialschichten, Minderheitengruppen, Flüchtlinge, Obdachlose, Emigranten usw.).
9. Beseitigung von Krisenherden durch Förderung aller Maßnahmen zur Verbesserung der sozioökonomischen Lage, der Wohnverhältnisse, der Arbeitsmöglichkeiten sowie der psychischen und körperlichen Hygiene in Elendsquartieren.

10. Psychohygienische Beratung bei allen Stadtplanungs- und bei größeren Wohnungsbauvorhaben und Mitwirkung bei Führungsrichtlinien (kinder- und altengerechte Wohnungen, Spielflächen, Unfallrisiken).
11. Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums durch Werbeverbot und preisgestaltende Maßnahmen, beispielsweise durch eingreifende Veränderung der Steuer. — Weitere Erschwerung des Bezuges von Drogen durch entsprechende Gesetzgebung auf nationaler und internationaler Ebene und internationale Zusammenarbeit in der Bekämpfung des illegalen Handels mit Drogen. — Bekämpfung der Werbung für Medikamente aller Art sowie Erweiterung der Rezeptpflicht, insbesondere aber für Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel, die zur Abhängigkeit führen können.

5.2 Spezielle Empfehlungen, bezogen auf die einzelnen Lebensphasen

5.2.1 Schwangerschaft, Geburt und der erste Lebensmonat

1. Regelmäßige medizinische Schwangerschaftsüberwachung, ggf. unter Einsetzung eines Prämiensystems, Beratung der Schwangeren hinsichtlich der Lebensführung, körperlichen und psychischen Hygiene. Rasche und zweckmäßige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen.
2. Optimale Führung der Geburt und Spezialbetreuung bei Komplikationen.
3. Systematische medizinische Untersuchung von Neugeborenen, insbesondere zur Erfassung von Hirnschäden und Stoffwechselstörungen.
4. Beratung, Aufklärung und medizinische Überwachung bezüglich körperlicher und psychoaffektiver Säuglingspflege; Sicherung der Bildung einer Beziehung zu einer konstanten Mutterfigur, vor allem durch Entlastung der Mütter von Arbeitsverpflichtungen, mindestens während des ersten Lebensjahres des Kindes.
5. Mögliche Verkürzung bzw. Vermeidung von Krankenhaus- oder Heimaufenthalten bei Säuglingen und Kleinkindern; möglichst konstante und personengebundene Betreuung durch das Pflegepersonal; ausgedehntes elterliches Besuchsrecht in Krankenhäusern und Heimen.
6. Förderung der Frühadoptionen in den ersten drei Lebensmonaten. Vermehrter rechtlicher Schutz von Pflegeverhältnissen zur Erlangung der Kontinuität der Betreuung durch dieselben Pflegeeltern; Gewährung eines ausreichenden Pflegegeldes.

Kapitel E.

5.2.2 Kindes- und Jugendalter

1. Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit Erfassung des gesamten, nicht nur des körperlichen Entwicklungsstandes des Kindes.
2. Nachuntersuchung aller risikobelasteten Kinder und aller Kinder, die bei Vorsorgeuntersuchungen aufgefallen sind.
3. Förderung der Betreuung von besonders gefährdeten Kindern.
4. Psychische Betreuung von Kindern in Krankenhäusern und Heimen, namentlich bei langem Aufenthalt; psychische Vorbereitung auf belastende Eingriffe und Untersuchungen; personenbezogene Pflege und ausgedehntes Besuchsrecht der Eltern.
5. Vermehrung des Angebotes von Elternschulen, Elterntraining und Elterngruppen unter Einbeziehung von Adoptiv- und Pflegeeltern.
6. Ausbau von kinder- und schulpsychologischen Beratungsstellen; gezielte Förderung von Kindern mit Schulschwierigkeiten, Förderung der Kontakte zwischen Schule und Elternhaus.
7. Institutionsberatung von Einrichtungen, die Kinder im Vorschulalter betreuen.
8. Beratungsangebot für Kindergärtnerinnen, Erzieher und Lehrer, die mit Verhaltensproblemen der Kinder konfrontiert sind.
9. Angebote zur Bearbeitung und Lösung von eigenen Einstellungen und Interaktionsproblemen für Pädagogen und andere Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen umzugehen haben, während ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung.
10. Gestaltung des Bildungsbereiches in einer Weise, daß alle Bedingungen ausgeschlossen werden, die zur Entstehung und Verfestigung psychischer Störungen beitragen können. Möglichst kurze und unfallrisikolose Schulwege, vor allem für Schulanfänger, kleine Unterichtsgruppen, Schulsysteme, die ihrer Größenordnung nach als soziale Lern- und Erfahrungsfelder überschaubar bleiben, verbesserte Einschulungsuntersuchungen, Individualisierung des Einschulungsvorganges, Ausschluß von Diskriminierung wegen Leistungsmängeln, Verhaltensschwierigkeiten und sozialer Situationen, Einschaltung spielerischer Lernphasen in den Unterricht und stärkere Betonung von Sport, handwerklichen und künstlerischen Betätigungen. Gezielte Förderung für besondere Risikogruppen und Möglichkeit des Einzelunterrichts bei besonders schwer gestörten Kindern. Ausbau und Weiterentwicklung des schulpsychologischen Dienstes.
11. Förderung der Eingliederung Jugendlicher in die Erwachsenenwelt durch frühzeitige Klärung von Berufszielen, Intensivierung von direkten Kontakten während der Ausbildungszeit, frühes Angebot von Betätigungsmöglichkeiten, frühere Übernahme von eigener Verantwortung.

5.2.3 Erwachsenenalter

1. Schaffung eines Netzes von ambulanten gemeindenahen Ehe- und Familienberatungsstellen und Kriseninterventionszentren.
2. Ausbau von Erfassung und Betreuung von Selbstmordgefährdeten entweder im Rahmen von Kriseninterventionszentren oder in Form eigener suicidophylaktischer Dienste.
3. Förderungsmaßnahmen zur Verhütung des Alkoholismus und Drogenmißbrauchs, insbesondere in gefährdeten Berufs- und Bevölkerungsgruppen. — Früherfassung von Alkoholgefährdeten in Zusammenarbeit mit Vertretern der somatischen Medizin, besonders der Inneren Medizin.
4. Förderung der Erwachsenenbildung, mit besonderer Berücksichtigung psychohygienischer Thematik.

5.2.4 Höheres Alter

1. Adäquate körpermedizinische Versorgung mit Schwerpunkt auf den besonderen Erkrankungen des Alters; Vorsorgeuntersuchungen bei besonderen Risikogruppen.
2. Förderung der Erfassung und Betreuung von psychisch Gefährdeten und Suicidalen durch Schaffung eines Netzes von gemeindenahen, ambulanten gerontopsychiatrischen Beratungsstellen bzw. Kriseninterventionszentren.
3. Bessere psychohygienische Betreuung von Institutionen aller Art für Betagte; Einrichtung von Beschäftigungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten, Gewährleistung sozialer Kontakte, Vermehrung und entsprechende Schulung des Personals.
4. Förderung von sozialen Kontakten, Aktivitäten und Anregungen in Altenwohnheimen, Altenheimen, Altenwohnungen u. dgl., insbesondere durch Einführung von Beschäftigungsmöglichkeiten, durch Vermehrung und bessere Schulung des Personals und durch Lokalisation solcher Institutionen in der Gemeinde.
5. Einführung flexiblerer Pensionierungsgrenzen und Anpassung der Rentengesetzgebung an die gleitende Pensionierung; Förderung von Teilzeitarbeit nach der Pensionierung.

Prävention bei Kinder- & Jugendlichen

7.1.5 Prävention

7.1.5.1 Präventive Aufgaben

Prävention soll

- a) das Auftreten psychischer Störungen verhindern (Primärprävention),
- b) die weitere Ausprägung und Verfestigung früh- erkannter psychischer Störungen verhindern oder ihre Verlaufsform und -dauer beeinflussen (Sekundärprävention),
- c) die durch psychische Störungen entstandenen Behinderungen verringern (tertiäre Prävention).

Jegliche Aktivität auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat im Hinblick auf Inzidenz, Prävalenz und Auswirkung psychischer Störungen im Erwachsenenalter präventive Bedeutung.

Über die engeren Aufgaben eines Verbundsystems zur Versorgung verhaltensauffälliger, psychisch kranker, geistig und seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher hinaus führen die Kenntnisse über Entstehungs- und Verfestigungsbedingungen psychischer Störungen zu präventiven Forderungen und Maßnahmen, die auf sozialem, ökonomischem und administrativem Gebiet verwirklicht werden müssen. Sie sind zu koordinieren und politisch durchzusetzen.

7.1.5.2 Präventive Forderungen für Beziehungsfelder und Lebensräume

Präventive Forderungen beziehen sich auf die Beziehungsfelder und Lebensräume der Kinder und Jugendlichen. Sie betreffen

a) Information

Kenntnisse über notwendige Bedingungen und den Verlauf der normalen kindlichen Entwicklung mit seiner Spielbreite sind systematisch zu vermitteln an

- Schüler der öffentlichen Schulen (verteilt auf Schulzeit und Fächer),
- Eltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern,

darüber hinaus sind Kenntnisse über Entstehungs- und Verfestigungsbedingungen psychischer Störungen zu vermitteln an

- Studierende aller Humanwissenschaften,
- Studierende der Rechts- und Sozialwissenschaften,
- Studierende der Theologie,

Auszubildende mit künftiger Tätigkeit im Rahmen von Jugendgerichtsbarkeit, Jugendhilfe, Sozialhilfe, Strafverfolgung.

Informationszentralen, durch die Publikationsorgane, Rundfunk und Fernsehen mit Material und Anregungen für aufklärende Unterrichtung der Öffentlichkeit versorgt werden, sind auszubauen und mit Abteilungen sowie Beiräten für Psychohygiene auszustatten.

b) Berufliche Sozialisation

Bei Berufsgruppen, die ständig mit Kindern und Jugendlichen umzugehen haben und deren Angehörige u. U. zu einem Entstehungs- oder Verfestigungsrisiko für psychische Störungen werden können, vor allem also pädagogische Berufsgruppen aller Bildungsbereiche, sind während der Ausbildung Weiterbildung und Fortbildung Angebote zur Bearbeitung und Lösung von eigenen Einstellungs- und Interaktionsproblemen als Bestandteil der Curricula bzw. der Arbeitsverteilungspläne vorzusehen (z. B. themenzentrierte Gruppenarbeit, Selbsterfahrungsgruppen).

c) Primäre Sozialisation

Für die ersten Lebensjahre sind jedem Kind unter allen Umständen geordnete Lebensbedingungen und feste Beziehungspersonen, die in der Lage sind, ausreichend Zuwendung und Anregung zu vermitteln, und die dabei Unterstützung (Familie, Gruppe, Nachbarschaft) und Rat (Fachleute) erfahren, zu sichern.

d) Schulisches Lernen

Bei der Gestaltung des Bildungsbereiches müssen Bedingungen, von denen seit langem bekannt ist, daß sie zur Entstehung und Verfestigung psychischer Störungen beitragen, ausgeschlossen werden.

Gefordert werden müssen vor allem

- kleine Unterrichtsgruppen vor allem für Schulanfänger (Verminderung der Klassenfrequenz);
- Schulsysteme, die ihrer Größenordnung nach als soziale Lern- und Erfahrungsfelder überschaubar bleiben;
- eingehende Klärung und Berücksichtigung der individuellen Lernvoraussetzungen zum Zeitpunkt der Einschulung (verbesserte Einschulungsuntersuchung, ggf. Individualisierung des Einschulungsvorganges);
- Ausschluß von Diskriminierung wegen Leistungsmängeln, Verhaltensschwierigkeiten oder sozialer Situation als ein pädagogischer Mißgriff, der ebenso zu bewerten ist wie eine körperliche Züchtigung;
- Ausbau und Weiterentwicklung aller sekundärpräventiven Maßnahmen innerhalb des Schulbereiches selbst (schulpsychologische Dienste, Vermeidung schulischer Ausgliederung durch Integration therapeutischer Hilfen), wie sie u. a. die Empfehlungen der Bildungskommissionen vorsehen.

e) Soziale Randgruppen

Weiterentwicklung aller Strategien zur Vermeidung und zur Kompensation sozialer Desintegration sowie

Kapitel B.3

von Mängeln sozialer und intellektueller Lernmöglichkeiten.

1) *Äußere Bedingungen*

- obligatorische psychohygienische Beratung bei allen Wohnungsbauvorhaben und Mitwirkung bei Förderungsrichtlinien (kindgerechte Wohnungen, Spielflächen, Unfallrisiken);
- Unfallverhütung durch Verminderung von Risiken und Ertüchtigung im Hinblick auf Einschätzung und Berücksichtigung von Risiken (z. B. Verkehrserziehung).

7.1.5.3 Präventive Maßnahmen

Präventive Maßnahmen richten sich an bestimmte Gruppen. Sie sind entweder Aufgabe besonderer Einrichtungen und Personen oder gehören zu den Aufgaben des unter B. 3.7.1.2.3.3 dargestellten Verbundsystems.

a) *Primärpräventive Beratung*

- Genetische Beratung potentieller Eltern aus belasteten Familien durch genetische Beratungsstellen;
- Intensivierung systematischer Beratung und Betreuung von Schwangeren im Hinblick auf Risiken der Gravidität und des Geburtsverlaufes durch Fachärzte und Kliniken;
- Vorsorgeuntersuchungen, bei denen nicht nur der körperliche Gesundheitszustand des Kindes, sondern sein Entwicklungsstand und die jeweiligen äußeren Bedingungen seiner Entwicklung systematisch erfaßt und berücksichtigt werden (Weiterentwicklung der gegenwärtigen Untersuchungsschemata und der Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen).
- Vermehrung des Angebotes von Elternschulen, des Elterntrainings, und von Elterngruppen. Weiterentwicklung entsprechender Modelle und Curricula sowie besonderer Vorgehensweisen für soziale Randgruppen.

b) *Sekundärpräventive Beratung und Intervention*

- Institutionsberatung von Einrichtungen, die Kinder im Vorschulalter betreuen (Aufgabe des Verbundsystems);
- obligatorische Beratung aller Personen, die nicht-professionell Kinder in besonderen Situationen zu betreuen haben (z. B. Pflegeeltern, Tagesmütter) — (Aufgabe des Verbundsystems);
- Beratungsangebot (Telefon, Einzelberatung, Gruppenberatung) für Kindergärtnerinnen, Erzieher und Lehrer, die mit Verhaltensproblemen konfrontiert sind. (Aufgabe des Verbundsystems);
- Nachuntersuchung aller risikobelasteten Kinder (z. B. prae-, peri- und postnatale körperliche Komplikationen; psychische Mangelsituationen, Kontaktabbrüche) und aller Kinder, die bei Vorsorgeuntersuchungen aufgefallen sind;

- Früherkennung von geistig-seelischen Entwicklungsstörungen, die zu sofortiger multidisziplinär koordinierter Frühbehandlung zu führen hat (Aufgabe des Verbundsystems);
- obligatorische Beratung vor und bei einschneidenden Veränderungen der äußeren Entwicklungsbedingungen (z. B. Adoption, Scheidung);
- obligatorische psychohygienische Betreuung bei allen langandauernden Krankenhausaufenthalten von Kindern (Besuchsmöglichkeit, Zuwendung, Anregung, Unterrichtung);
- sofortiges Angebot von Klärung und Beratung und ggf. sozialer Hilfen bei Krisensituationen (Verlust von Beziehungspersonen, innerfamiliäre Konflikte, akut dissoziales Verhalten, Schulkatastrophen, einschneidende körperliche Erkrankungen usw.) — (Aufgabe des Verbundsystems).

Prävention bei Suchtkranken

9.1.5 Prävention

Die Problematik der Prävention auf dem Gebiet des Mißbrauchs und der Abhängigkeit von chemischen Substanzen zeigt viele Überschneidungen mit der Prävention psychischer Störungen überhaupt (vgl. Kapitel E). Über die in Kapitel E angegebenen Gesichtspunkte hinaus sollen hier nur Haupttrichtungen spezieller Aktivitäten herausgestellt werden.

9.1.5.1 Ersatzaktivitäten und Ersatzvorbilder

In unserer Zeit der Wertumschichtung ist der Jugendliche besonders gefährdet, da er noch keine festen Normvorstellungen besitzt. In dieser Situation bietet der chemische Stoff Lustempfindung, Pseudop Problemlösungen und Zugang zu Gruppen. Statt dieser „Weltsicht“ sind wirklichkeitsbezogene Formen des Engagements zu entwickeln, die als eigentlicher Inhalt an die Stelle der Motivation für den Suchtmittelgebrauch treten und präventiv wirksam werden.

9.1.5.2 Vermittlung von Kenntnissen über Suchterkrankungen

Diese weitgespannte Aktivität erstreckt sich von einer allgemeinen Aufklärung und Information in der Schule bis zur speziellen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung von Fachkräften. Bei der Auswahl der Instrumente dieser Wissensvermittlung sind bisherige Erfahrungen mit Medien und anderen Publikationsmitteln zu berücksichtigen.

9.1.5.3 Verfügbarkeit der Substanzen

Inhalt, Handhabung und Vollzug gesetzlicher Regelungen müssen den jeweiligen Erfordernissen elastisch angepaßt werden. Ein Ausweichen auf andere Substanzen ist zu verhindern. Dabei ist internationale Zusammenarbeit nötig und zu gewährleisten. Eine Einschränkung der „Griffnähe“ von Alkohol und Arzneimitteln ist unbedingt anzustreben. Die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen müssen voll ausgeschöpft werden. Werbung für potentielle Suchtmittel sollte kontrollierbar sein und bestimmten Einschränkungen unterliegen.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft im Kreis Herford
- Arbeitskreis Herford -

4900 Herford, den 22.02.1984

Sehr geehrte Damen und Herren

Bei der Sitzung des Psychosozialen Arbeitskreises Herford im Oktober 1982 wurden von Vertretern der örtlichen Polizei, der Telefonseelsorge und der Diakoniestationen Krisensituationen aus ihrem Arbeitsbereich geschildert. Aus den Berichten ging hervor, daß öfter Menschen in Krisensituationen angetroffen werden, die aktuellen Beistand benötigen, womit jedoch die angesprochenen Dienste überfordert sind. Es hat sich daraufhin eine Gruppe von 20 Personen aus dem Psychosozialen Arbeitskreis Herford gebildet, die für solche Notfälle zusätzliche Hilfe anbieten.

Da für solche schwierigen Situationen an Wochenenden - außer den Notärzten, die dies aber wegen ihrer zeitlich begrenzten Möglichkeiten nicht immer leisten können - kein Angebot besteht, erschien es uns sinnvoll, die Zeit - Samstag zwischen 12 Uhr und 24 Uhr - auszuwählen, um den Bedarf festzustellen. Wir haben an eine Probephase von 6 Monaten gedacht, in der je 3 Personen (1 Telefondienst, 2 mobile) erreichbar sind.

Wir haben uns vorgestellt, daß der Polizei, den Notärzten und der Telefonseelsorge die Telefonnummer der jeweiligen Dreiergruppe (Krisendienst) vorliegt.

Der Krisendienst versteht sich als Ansprechpartner für folgende Situationen: z.B.

- Nachbetreuung nach innerfamiliären Konflikten
- Selbsttötungsabsichten
- Verlust der Selbstkontrolle (Aggressionen, Ängste, Zusammenbrüche aus psychischen Gründen, Weinkrämpfe)
- Gespräche nach Aufgreifen kindlicher und jugendlicher Ausreißer
- Bekanntwerden von Vergewaltigungen

Bei klaren Problemen des Alkoholismus und der Drogenabhängigkeit und Krisen nach dem PsychKG sollten weiterhin die entsprechenden Stellen bzw. deren schon vorhandener Krisendienst eingeschaltet werden.

Es geht uns nicht um eine weitergehende Betreuung oder Therapie sondern um tätige Hilfe in der akuten Situation, die z.B. in Gesprächen, Beruhigung, Unterstützung, Herbeiholen von Familienangehörigen u.a., bestehen kann.

Bei zugespitzter Problemlage besteht die Möglichkeit, eine Person für wenige Stunden außerhalb der Familie unterzubringen und zwar in

- Frauenhaus
- Haus Birkenkamp
- Bernhard Heising Heim