

1 Einführung

1.1 Stand der Prävention psychischer Störungen

Vladeta Ajdacic-Gross und Wulf Rössler

Um eine Standortbestimmung der Prävention psychischer Störungen vorzunehmen, bedarf es mehrerer Projektionsebenen:

- Abgleich mit der Entwicklung der Prävention in der somatischen Medizin,
- Vorstellung von der Entwicklung von Klassifikationen und grundlegenden Konzepten in der Prävention,
- Bestandsaufnahme entlang dieser Klassifikationen und Konzepte.

Dieser Text bietet zum Einstieg eine kommentierte Auslegeordnung, ohne den Beiträgen in diesem Sammelband vorgreifen zu wollen. Eine brillante Einführung in die Grundbegriffe und -konzepte liegt ebenfalls bereits vor (Junge-Hoffmeister 2009).

1.1.1 Public Health und Public Mental Health – gleicher Name, unterschiedliche Kontinente

Die Entwicklung der Prävention in der Medizin – und allgemeiner der Public Health – ist im Wesentlichen durch eine begrenzte Auswahl von Krankheiten geprägt. Dies waren und sind in erster Linie Infektionskrankheiten, prominent ergänzt in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch

kardiovaskuläre und Krebserkrankungen mit Ausstrahlung in verschiedene andere Bereiche, wie Gewicht, Bewegung, Nikotinmissbrauch, Missbrauch weiterer Substanzen etc. Es handelt sich einerseits um besonders häufige Erkrankungen, zugleich auch um Erkrankungen mit hohen gesellschaftlichen Kosten – z. B. gemessen an Mortalitätshäufigkeiten oder potenziell verlorenen Lebensjahren. Andererseits handelt es sich um Krankheiten, deren Ätiologie vergleichsweise gut verstanden ist, sei es, weil letztere mäßig komplex ist, sei es, weil sie mit großem Aufwand erforscht wurde. Risikofaktoren und Ätiopathogenese können gezielt angegangen werden.

Von beschränktem Einfluss auf die Entwicklung der Prävention sind hingegen solche Krankheiten geblieben, die mit einem hohen Komplexitätsgrad ausgestattet sind und deren Ätiopathogenese nach wie vor weitgehend unklar ist (Autoimmunerkrankungen, neurologische Erkrankungen). Hierzu zählen nicht zuletzt psychiatrische Erkrankungen. Die Risikofaktoren präsentieren sich in diesem Kontext diffus und polyvalent. Zwar würden sie gerade deswegen eine höhere Hebelwirkung versprechen, dennoch fehlen angemessene Modelle und gesundheitspolitische Ansätze für effektive Präventionsmaßnahmen. Dies, obgleich Autoimmun- ebenso wie psychiatrische Erkrankungen zumeist in jungem Alter begin-

nen, chronisch verlaufen und zudem hochgradig komorbid sind, d.h. sich für präventive Maßnahmen eigentlich aufdrängen würden.

Die Möglichkeiten und Optionen, über welche die fortgeschrittenen Subdisziplinen der Medizin verfügen, prägen die Diskussion auch in Bezug auf die Public Mental Health. Viele Reibungsverluste, übertriebene Hoffnungen, fehlgeleitete Ressourcen in der Public Mental Health gehen schlicht darauf zurück, dass Ansprüche, Konzepte und Maßstäbe unkritisch aus Domänen der Medizin übernommen werden, die an einem anderen Punkt der Entwicklung stehen.

1.1.2 Klassifikationsansätze zur Prävention

Die Ungleichzeitigkeit des Wandels in der Public Mental Health und – im Vergleich dazu – in unterschiedlichen Bereichen der Public Health lässt sich gut anhand der Phasen präventiver Strategien illustrieren. Karmaus (Karmaus 1982) unterschied diese folgendermaßen:

- Phase der sozialhygienischen Prävention
- Phase der Ausrottung »unwerten Lebens«
- Phase der Impfprogramme
- Phase »wenn er nur früher zum Arzt gegangen wäre«
- Phase der Früherkennungsprogramme
- Phase des Risikofaktorenscreenings
- Phase der Gesundheitserziehung

Die Prävention psychischer Störungen steckt mit einem Bein noch tief in sozialhygienischen Bemühungen, während das andere Bein Schritte in verschiedene Richtungen versucht. In den mehr als 30 Jahren seit Karmaus' Phasenunterscheidung hat sich einiges getan. Eine ganze Reihe von punktuellen Präventionsprojekten und -maßnahmen

ist entwickelt worden, wovon auch dieser Sammelband zeugt. Die Suizidprävention hat einen eindrucklichen Aufschwung erlebt, trotz der riesigen Verständnislücken, welche die Suizidologie seit mehr als 100 Jahren begleiten. Die Gesundheitserziehung ist durch die Gesundheitsförderung ersetzt/ergänzt worden, daneben durch eine Reihe von sich überlappenden und zugleich konkurrierenden Konzepten der positiven Gesundheit.

Die Fortschritte sind verheißungsvoll, und dennoch bleibt der Weg lang. Davon zeugen indirekt viele Texte, die der Diskussion von Präventionsklassifikationen und weiterer Nebenschauplätze (Partnerschaften, Koordination, Informationsverbreitung, Monitoring, Evaluation etc.) mangels substanzieller Alternativen breiten Raum geben (Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz 2004). Dennoch ist es auch an dieser Stelle unverzichtbar, auf die einzelnen Unterscheidungsdimensionen (siehe u.a. Mrazek & Haggerty 1994; Riedel-Heller 2006; Junge-Hoffmeister 2009) einzugehen:

- Prävention vs. Intervention vs. Postvention: Differenzierung entlang des Verlaufs einer Krankheit oder Störung
- primäre vs. sekundäre vs. tertiäre Prävention: dito
- universale vs. selektive vs. indizierte Prävention: Differenzierung entlang der Adressate (nach Risikostatus aufgeschlüsselt); ganze Bevölkerung(-sgruppen)/Zielgruppen mit erhöhtem oder spezifisch definiertem Risiko/Zielgruppen mit vorliegenden Symptomen, Auffälligkeiten o. Ä.
- system- vs. individuenorientierte Prävention: Gegenüberstellung System, Strukturen, Kontexte vs. Individuen, Gruppen
- Verhältnis- vs. Verhaltensprävention: dito
- direkte vs. indirekte Prävention: Differenzierung von Maßnahmen, die sich direkt auf ein Thema oder breit ausrichten
- Adressate (strukturell aufgeschlüsselt): Population vs. Subgruppen vs. Individuen

- strukturelle Kontexte: Öffentlichkeit vs. Settings
- zeitliche Kontexte: ereignisabhängige/-unabhängige Prävention
- entwicklungsalter- bzw. lebensalterspezifische Prävention

Die ersten drei Unterscheidungen sind besonders wichtig. Hatte die Unterscheidung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention während der 1980er Jahre noch die Differenzierung von Prä-, Inter- und Postvention abgelöst, ist heute die Aufteilung in universale, selektive und indizierte Prävention das Maß (fast) aller Dinge.

1.1.3 Lücken und Lichtblicke

Anhand der Klassifikationen lassen sich die bisherigen Schwerpunkte der Prävention psychischer Störungen deutlicher eingrenzen. Im Vergleich zur Prävention bei soma-

tischen Krankheiten fällt als allererstes das weitgehende Fehlen von universalen, populationsbezogenen Maßnahmen auf, im wesentlichen Maßnahmen der primären Prävention. Der WHO-Report 2001 zur psychischen Gesundheit (WHO 2001) stellte noch trocken fest, dass primäre Prävention bei Depression, Schizophrenie oder hyperkinetischen Störungen nicht möglich ist. In diesem Zusammenhang ist insbesondere fehlendes Wissen zu spezifischen Risikofaktoren und spezifischen ätiopathogenetischen Mechanismen hervorzuheben. Die meisten bekannten Risikofaktoren (►Tab. 1.1) beziehen sich gleichzeitig auf mehrere psychische Störungen, was an sich eher ein Vorteil als ein Nachteil wäre (s. auch oben). Nur ein Teil der Risikofaktoren lässt sich sinnvollerweise durch präventive Maßnahmen angehen, während andere Risikofaktoren von kulturellen, sozio-ökonomischen oder lebenslaufspezifischen Einflüssen bestimmt sind.

Tab. 1.1: Risikofaktoren für psychische Störungen

Schwangerschaft/Geburt
<ul style="list-style-type: none"> • Infektionskrankheiten • Substanzkonsum • Hunger/Mangelernährung • Komplikationen während der Schwangerschaft • Komplikationen während der Geburt • Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht
Gewalt, Deprivation in der Kindheit
<ul style="list-style-type: none"> • Missbrauch, Gewalt (emotional, physisch) • Vernachlässigung (emotional, physisch) • Konflikte zwischen Eltern, dem Kind nahestehenden Personen
weitere widrige Erfahrungen in der Kindheit
<ul style="list-style-type: none"> • Broken Home • Substanzkonsum der Eltern • Probleme mit anderen Kindern, Außenseiterstatus • Probleme mit Lehrpersonen, Angst vor der Schule

Tab. 1.1: Risikofaktoren für psychische Störungen – Fortsetzung

Gewalterfahrungen

- Gewalt in der Familie
- Gewalt gegenüber nahestehenden Personen
- Bullying in der Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter
- sexueller Missbrauch
- Opfer von Gewalt im privaten/öffentlichen Raum

Substanzkonsum und -missbrauch in der Adoleszenz/im Erwachsenenalter³

- Cannabis
- Nikotin
- Alkohol
- harte Drogen
- Mischkonsum

Traumatische Erlebnisse, Ereignisse

- schwere somatische Erkrankungen, Schlaganfälle
- Krieg, Naturdesaster etc.
- Unfälle
- Verlusterlebnisse (z. B. Suizid einer nahestehenden Person, Verwitwung, Trennungserlebnisse)

Chronischer Stress

- chronische Schmerzen
- fehlende Kontroll- und Einflussmöglichkeiten bez. Stressoren
- Über-/Unterforderung
- Pflege von schwerkranken Familienangehörigen (z. B. Alzheimerkranken)

Hormonell (mit-)ausgelöste Beschwerden

- zyklusbedingte Beschwerden
- postpartale Depression/Beschwerden

Infektionskrankheiten

- Beschwerden in Zusammenhang mit postinfektiöser Depression
- Infektionskrankheiten während Schwangerschaft (siehe oben) oder in Kindheit/Erwachsenenalter

Nicht eindeutig zuzuordnende oder reziproke Risikofaktoren

- schlechte oder einseitige Ernährung
- Schlafprobleme
- Urbanizität
- Migration

Dennoch gibt es auch Lichtblicke. Während direkte universalpräventive und populationsbezogene Maßnahmen weitgehend

fehlen, bestehen viele indirekte Maßnahmen. Sie richten sich an verschiedene andere Ziele, implementieren jedoch – beabsich-

tigt oder nicht – auch die psychische Gesundheit:

- Gewaltprävention
- Unfallprävention
- Prävention anderer traumatisierender Ereignisse
- verschiedene präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen während der Schwangerschaft (u. a. Infektionskrankheiten – Röteln, Toxoplasmose; Substanzmissbrauch)
- Beratung und aufsuchende Hilfe für Mütter/Familien mit erhöhtem Risiko
- Coaching adoleszenter Mütter
- Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten, die mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen einhergehen (u. a. Streptokokkeninfektionen der oberen Luftwege, Geschlechtskrankheiten)
- Substanzmissbrauch und -abhängigkeit
- gemeindenaher Pflege kranker oder alter Menschen
- Förderung von Freiwilligenhilfe, Nachbarschaftshilfe, sozialen Netzwerken, sozialer Unterstützung
- Maßnahmen zur Gesundheitserziehung, -förderung, Mental Health Literacy

Darüber hinaus überschneidet sich die Prävention psychischer Störungen mit der Prävention von Verhaltensstörungen, wie dem Suizid. Dort tun sich weitere Lichtblicke auf. Die Suizidprävention hat in den vergangenen Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht, gerade auch im Bereich von populationsbezogenen Maßnahmen – notabene ohne über ein ausreichendes Grundlagenwissen zu verfügen, ohne befriedigende Instrumente zur Erfassung des individuellen Suizidrisikos, ohne Evidenzbasierung etc. (►Kap. 4.4). Was sich daraus lernen lässt:

- das Spektrum möglicher universaler Präventionsmaßnahmen erweitert sich in dem Maße, als Verhaltensmuster involviert sind, die sich direkt oder über die

beteiligten Mittel (z. B. Suizidmittel), Rhythmen oder soziale Kontexte modifizieren lassen;

- beim gegebenen Stand der Forschung (bzw. des Verständnisses des Gegenstandes) ist es angezeigt, präventive Maßnahmen aus natürlichen Experimenten und aus der Grundlagenforschung herzuleiten, während ein sinnvolles evidenzbasiertes Vorgehen (Röhrle 2008) irgendwann einmal in der Zukunft realistisch werden wird.

Bei manchen verhaltensspezifischen Störungen wie Essstörungen (Eckert et al. 2006) ist es denkbar, dass die Prävention deutlich mehr Erfolgchancen bietet als die Therapie.

1.1.4 Schwerpunkte der Prävention psychischer Störungen

Seit dem WHO-Bericht von 2001 ist nicht nur eine Reihe weiterer Reports erschienen, auch eine Vielzahl neuer Präventionsprojekte und -maßnahmen wurde durchgeführt. Viele darunter waren und sind an Settings gebunden, sei es an Schule, Universität, Militär, Arbeitsplatz, Gesundheitsdienste (Cuijpers et al. 2008). Darunter sind sowohl universale, selektive, wie auch indizierte Projekte und Maßnahmen (Munoz et al. 2010). Generell würde man unterschiedliche Effektstärken zwischen diesen Varianten erwarten – höhere bei selektiven und indizierten Projekten (Passon et al. 2011) – jedoch lassen die Ergebnisse an Eindeutigkeit zu wünschen übrig (Neil & Christensen 2007). Zudem hat es sich als problematisch erwiesen, dass sich die Effekte mittel- und langfristig ausdünnen (Pössel et al. 2006).

Wie breit das Spektrum der Präventionsansätze von universal bis indiziert angelegt ist, hängt nicht nur von den Settings ab, sondern auch von den anvisierten Störungen. Je

früher eine Störung beginnt und je häufiger sie ist, desto dringender wäre ein früher und breit gefächter Einsatz von Präventionsmaßnahmen (Heinrichs and Hahlweg 2007). Dies trifft beispielsweise auf Angststörungen zu (Neil and Christensen 2009), aber auch auf affektive Störungen (Sims et al. 2006). Im Vergleich dazu sind Maßnahmen zu Borderline-Störungen (Chanen & McCutcheon 2013), Psychosen und Schizophrenie (Compton 2004; Klosterkötter 2008) zumeist auf die indizierte Prävention beschränkt. Dennoch – und erst recht mit Blick auf das Kontinuumskonzept psychischer Störungen – darf das Potenzial universaler, populationsbezogener Prävention auf keinen Fall unterschätzt werden (Mojtabai et al. 2003). Geoffrey Roses Argumentation sei in Erinnerung gerufen, dass die Prävention bei vielen Betroffenen mit mäßigem Risikoprofil weitaus erfolgreicher sein kann als die Prävention bei wenigen Betroffenen mit ausgeprägtem Risikoprofil oder schon bestehenden Symptomen.

Eine zweite große Gruppe von Präventionsmaßnahmen ist in regionale oder nationale Programme integriert, die sich typischerweise zwischen primärer und sekundärer Prävention verorten (Bramesfeld et al. 2003). Ein wichtiges Thema solcher Programme (z. B. »time to change«) (Henderson & Thornicroft 2009) ist die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten – dies sowohl in der Absicht, den Sozialstatus von Menschen mit psychischen Störungen zu verbessern, als auch mit dem Ziel, betroffene Menschen zu ermuntern, rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ein weiteres zentrales Thema ist das Wissen und die Einstellung gegenüber psychischer Gesundheit und Krankheit. Als prominentes Beispiel für diese Art von Programmen sei das Nürnberger Bündnis gegen Depression genannt (Dietrich et al. 2010), wo mehrere Ziele im Rahmen eines konzertierten Vorgehens verfolgt werden: Weiterbildung von Hausärzten, Öffentlichkeitsarbeit zur Verbrei-

terung von Informationen über Depression, Zusammenarbeit mit Multiplikatoren und Medien, Initiierung von Selbsthilfegruppen.

Das Nürnberger Bündnis ist nicht zuletzt deshalb besonders interessant, weil es aufzeigt, unter welchen Voraussetzungen populationsbezogene Präventionsprogrammen erfolgreich sein können. Dazu zählen:

- koordinierter Einsatz mehrerer synergistischer Maßnahmen, die sich an verschiedene Adressate wenden (im Nürnberger Beispiel: Bevölkerung, Betroffene, Ärzte, Professionelle);
- kontinuierliche Weiterführung des Programmes mit niedrigerer Intensität, um nachhaltige Effekte zu erreichen.

Literatur

- Bramesfeld A, Wismar M, Albrecht D (2003) [Mental health promotion and prevention of mental diseases: are there population-based concepts? Looking abroad]. *Gesundheitswesen* 65:226–235.
- Chanen AM, McCutcheon L (2013) Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry (Suppl 54)*:s24–29.
- Compton MT (2004) Considering schizophrenia from a prevention perspective. *Am J Prev Med* 26:178–185.
- Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A (2008) Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 165:1272–1280.
- Dietrich S, Mergl R, Freudenberg P, Althaus D, Hegerl U (2010) Impact of a campaign on the public's attitudes towards depression. *Health Educ Res* 25:135–150.
- Eckert J, Reimer C, Strauss B (2006) Primärprävention bei Essstörungen. *Psychotherapeut* 51:187–196.
- Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz (2004). *Massnahmen gegen Depressionen*. Luxemburg, Europäische Kommission.
- Heinrichs N, Hahlweg K (2007) Primäre Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: ein gewinnbringender Ansatz? *Dtsch Med Wochenschr* 132:2208–2211.

- Henderson C, Thornicroft G (2009) Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet* 373:1928–1930.
- Junge-Hoffmeister J (2009) Prävention psychischer Störungen. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer. S.901–922.
- Karmaus W (1982) Phasen präventiver Strategien. In: Abholz H-H (Hrsg.) *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse*. Berlin: de Gruyter. S.27–37.
- Klosterkotter J (2008) Indicated prevention of schizophrenia. *Dtsch Arztebl Int* 105:532–539.
- Mojtabai R, Malaspina D, Susser E (2003) The concept of population prevention: application to schizophrenia. *Schizophr Bull* 29:791–801.
- Mrazek PB, Haggerty RJ (1994) *Reducing risk for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Munoz RF, Cuijpers P, Smit F, Barrera AZ, Leykin Y (2010) Prevention of major depression. *Annu Rev Clin Psychol* 6:181–212.
- Neil AL, Christensen H (2007) Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: a systematic review. *Med J Aust* 186:305–308.
- Neil AL, Christensen H (2009) Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev* 29:208–215.
- Passon AM, Gerber A, Schröer-Günther M (2011) Wirksamkeit von schulbasierten Gruppeninterventionen zur Depressionsprävention. *Kindheit und Entwicklung* 20:236–246.
- Pössel P, Schneider S, Seemann S (2006) Effekte und Kosten universaler Prävention von Internalisierungserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. *Verhaltenstherapie* 16:201–220.
- Riedel-Heller SG (2006) Ist die Primärprävention psychischer Störungen möglich? *Psychiatr Prax* 33:145–147.
- Röhrle B (2008) Die Forschungslage zur Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit. *prävention* (1):10–13.
- Sims BE, Nottelmann E, Koretz D, Pearson J (2006) Prevention of depression in children and adolescents. *Am J Prev Med* 31:S99–103.
- WHO (2001) *World Health Report 2001: Mental Health*. Geneva: WHO.

1.2 Prävention und das Stigma psychischer Erkrankungen

Nicolas Rüsck

Der mögliche Nutzen durch die Prävention psychischer Erkrankungen ist beträchtlich, sowohl im Hinblick auf die Belastung Betroffener und ihrer Angehörigen durch die Erkrankung als auch in sozioökonomischer Hinsicht. Forschungsergebnisse zeigen, dass Prävention die Inzidenz psychischer Erkrankungen verringern (Cuijpers et al. 2008) und dabei kosteneffizient sein kann (Mihalopoulos et al. 2011). Dennoch sind Programme zur Prävention psychischer Erkrankungen selten Bestandteil der Routineversorgung im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik oder Public Health. In diesem Kapitel soll die Hypothese entworfen wer-

den, dass das Stigma psychischer Erkrankung sowie mangelndes Wissen über psychische Erkrankungen die Implementierung und den Erfolg von Präventionsmaßnahmen erschweren können (Rüsck & Thornicroft 2014). Der hier postulierte Zusammenhang zwischen Stigma, Wissen und Prävention könnte aus mehreren Gründen relevant sein. Erstens können so Forschungsergebnisse zu Prävention mit denen zu Stigma und sozialer Exklusion in Verbindung gebracht und unser Verständnis der Zusammenhänge erleichtert werden. Zweitens ließe sich untersuchen, wie Antistigma-Interventionen die Prävention psychischer Erkrankungen beeinflussen –

und umgekehrt, ob Präventionsmaßnahmen sich auf Stigmatisierung auswirken. Auf dieser Basis könnten Interventionen entwickelt werden, die sich auf Stigmatisierung und Prävention günstig auswirken.

Im Folgenden sollen zunächst Elemente von Stigma und Wissen über psychische Gesundheit umrissen werden (►Abs. 1.2.2). Anschließend wird skizziert, wie sich diese auf drei Bereiche der Prävention psychischer Erkrankungen auswirken (►Abs. 1.2.3). Schließlich werden einige Folgerungen für Prävention und Antistigma-Interventionen diskutiert (►Abs. 1.2.4).

1.2.1 Grundkonzepte von Stigma und Wissen über psychische Gesundheit

Zunächst sollen hier Grundbegriffe zu Wissen über psychische Gesundheit sowie Stigma und Diskriminierung erläutert werden, um dann darauf aufbauend in Abschnitt 1.2.3 ihren Zusammenhang mit verschiedenen Formen der Prävention psychischer Erkrankungen zu schildern.

Wissen über psychische Gesundheit

Was Wissen über Gesundheit und Krankheit angeht, so ist Grundlagenwissen über körperliche Erkrankungen weitverbreitet. Die meisten Mitglieder der Allgemeinheit kennen Möglichkeiten der Prävention (z.B. safe sex), Risikofaktoren (z.B. Rauchen), Möglichkeiten der Früherkennung (z.B. Koloskopie) und der Frühintervention (z.B. in Frühstadien von Gebärmutterhalskrebs). Dieses Wissen wird konkret wirksam, indem viele Menschen sich entscheiden, Risikofaktoren zu verringern und an Früherkennungsprogrammen teilzunehmen – mit oft erheblichem Nutzen für den Einzelnen wie für Gesellschaft und Gesundheitssystem.

Die Lage stellt sich allerdings beim Wissen über psychische Gesundheit anders dar, denn große Teile der Öffentlichkeit wissen wenig über Möglichkeiten etwa der Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Erkrankungen. Tony Jorm und Kollegen in Australien haben für diesen Bereich den Ausdruck der »mental health literacy« geprägt (Jorm 2012). Damit ist nicht nur Wissen etwa über Symptomatik gemeint, sondern, wie oben für körperliche Erkrankungen angedeutet, auch hier konkrete, handlungsleitende Kenntnisse. Die wichtigsten Bestandteile sind a) Wissen über die Prävention verschiedener psychischer Erkrankungen, b) das Erkennen einer entstehenden psychischen Störung, c) die Kenntnis von Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten, d) Vertrautheit mit wirksamen Selbsthilfestrategien bei leichteren Symptomen sowie e) Erste-Hilfe-Fertigkeiten für Menschen in psychischen Krisen (mental health first aid; Kitchener et al. 2010; Jorm 2012).

Öffentliche Stigmatisierung

Psychische Erkrankungen sind immer noch häufig mit einem Makel behaftet (Schomerus et al. 2012). Daher haben Betroffene oft ebenso sehr mit Stigmatisierung zu kämpfen wie mit den Symptomen ihrer Erkrankung. Zunächst sollen hier Bestandteile von Stigmatisierung skizziert werden (Corrigan, 2005; Link & Phelan 2001; Rüsch et al. 2005). Im ersten Schritt werden »psychisch Kranke« von der »normalen« Allgemeinbevölkerung unterschieden und als krank etikettiert. Das ist schon deshalb problematisch, weil bekanntlich keine Trennlinie zwischen diesen zwei vermeintlichen Gruppen existiert, sondern die Übergänge fließend sind – doch erst so wird der »normalen« Bevölkerungsmehrheit die Unterscheidung zwischen »ihnen« und »uns« ermöglicht.

Im zweiten Schritt werden negative Stereotype an die als »krank« Etikettierten geknüpft, z.B. »Psychisch Kranke sind faul, gefährlich und unheilbar«. Stereotype sind Gemeinplätze, die allgemein bekannt sind, ob ihnen nun zugestimmt wird oder nicht. Zum nächsten Schritt, dem Vorurteil, kommt es, wenn man Stereotypen zustimmt und emotional reagiert (»Ja, das stimmt, sie sind gefährlich und machen mir angst«). Diskriminierendes Verhalten schließlich entsteht, wenn Mitglieder der Bevölkerungsmehrheit aufgrund von Vorurteilen Betroffene benachteiligen, z.B. ihnen keinen Arbeitsplatz geben oder den Ausbau von Behandlungsmöglichkeiten ablehnen. Stigma und Diskriminierung können dabei nur in einem Machtgefälle zwischen der Mehrheit und der stigmatisierten Minderheit stattfinden.

Anders als häufig behauptet, haben sich die Einstellungen der Öffentlichkeit gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten nicht verbessert, sondern teilweise verschlechtert (Schomerus et al. 2012). Aus der Perspektive Betroffener bleibt öffentliche Stigmatisierung daher ein Haupthindernis für soziale Integration, sei es unter an Schizophrenie (Thornicroft et al. 2009) oder an Depression Erkrankten (Lasalvia et al. 2013).

Selbststigma

Neben öffentlicher Stigmatisierung ist Selbststigma die zweite der drei Grundformen von Stigma. Selbststigma besteht, analog zu öffentlicher Stigmatisierung, ebenfalls aus den drei (nun gegen sich selbst gerichteten) Kernelementen Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung und entsteht, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen negative Stereotype über sich nicht nur kennen, sondern ihnen im Sinne eines Vorurteils zustimmen (»Ja, ich bin psychisch krank und daher gefährlich und un-

heilbar.«). Dies führt zu emotionalen und Verhaltensreaktionen wie Scham, verringertem Selbstwertgefühl und sozialem Rückzug (Rüsch et al. 2006). Viele Betroffene, die unter Selbststigma leiden, geben daher wichtige Lebensziele wie Arbeit, ärztliche Versorgung oder selbstständiges Wohnen auf – nicht aufgrund psychiatrischer Symptomatik, sondern weil sie Vorurteile internalisiert haben. Dies wird auch »why try-Effekt« genannt, sinngemäß »Warum soll ich versuchen, meine Ziele zu erreichen? Aufgrund meiner psychischen Erkrankung bin ich es weder wert noch dazu in der Lage, sie zu erreichen« (Corrigan et al. 2009).

Strukturelle Diskriminierung

Diskriminierung kann sich auf die Mitglieder von Minderheiten auswirken, auch ohne dass sich eine Person aufgrund persönlicher Vorurteile diskriminierend verhält. Diese Einsicht ist nicht neu, sondern etwa aus der Rassismusforschung gut belegt und gilt auch für die Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (PinCUS 1996). Das Phänomen, dass Regeln und Abläufe in einer Gesellschaft eine Gruppe systematisch benachteiligen, wird als strukturelle (oder auch institutionelle) Diskriminierung bezeichnet (Corrigan et al. 2004). Es wird dabei zwischen absichtlicher und unabsichtlicher struktureller Diskriminierung unterschieden.

Ein Beispiel unabsichtlicher struktureller Diskriminierung dürfte etwa bei der relativen Unterfinanzierung der Versorgung psychisch Erkrankter vorliegen (im Vergleich zum somatischen Behandlungssystem). International ist in reichen Ländern – einschließlich Mitteleuropa – über ein Fünftel der krankheitsbedingt verlorenen gesunden Lebensjahre auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (disability adjusted life years); dennoch werden dort nicht einmal 7% der Gesundheitsbudgets für die psych-

iatisch-psychotherapeutische Versorgung ausgegeben (Saxena et al. 2007). Diese Ressourcenallokation führt unausweichlich zu qualitativ schlechteren und quantitativ unzureichenderen Behandlungsangeboten für psychisch Erkrankte. Die Ungleichverteilung könnte unbeabsichtigte Nebenwirkung eines (gut gemeinten) Ausbaus der Behandlung körperlicher Erkrankungen sein, sie könnte aber auch auf weitverbreiteten

Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen beruhen (Corrigan & Watson 2003; Schomerus et al. 2006). Modelle struktureller Diskriminierung lenken das Augenmerk darauf, dass die Verbesserung persönlicher Einstellungen nicht ausreicht, sondern tiefgreifendere soziale Einstellungsänderungen nötig sind, um die Auswirkungen von Stigma nachhaltig zu verringern (Link & Phelan 2001).

Tab. 1.2: 4 × 3-Matrix von Wissen-/Stigma-Variablen (untere Zeilen) versus Arten der Prävention (Spalten). In den Zellen sind Aspekte von Stigma und mangelndem Wissen genannt, die die jeweilige Art der Prävention erschweren können

Traditionelle Klassifikation der Prävention nach Krankheitsstadium	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Neuere Klassifikation der Prävention nach Zielpopulation	Universale Prävention	Selektive oder indizierte Prävention	–
Beispiele aus dem Bereich psychischer Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit gegen Alkoholmissbrauch oder familiäre Gewalt 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenprogramme für gesunde Kinder psychisch erkrankter Eltern (selektive Pr.) • Frühintervention für junge Menschen mit Risiko psychotisch zu erkranken (indizierte Pr.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapie zur Rückfallprophylaxe • niederschwellige Angebote für Menschen mit manifesten psychischen Erkrankungen, die derzeit ohne Behandlung sind
Geringes Wissen über psychische Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • geringes Wissen über Risiko- und protektive Faktoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Nichterkennen von Risikozeichen und Frühsymptomen • fehlendes Wissen über Frühintervention 	<ul style="list-style-type: none"> • geringes Wissen über Behandlung und über Rückfallprophylaxe bei manifesten psychischen Erkrankungen
Öffentliche Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • aufgrund von Vorurteilen fehlende Bereitschaft, an Prävention teilzunehmen oder sie zu implementieren • Pessimismus bzgl. Erfolgchancen von Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Früherkennung/ Frühintervention aus Furcht vor öff. Stigmatisierung • Pessimismus bzgl. Erfolgchancen von Frühintervention • Etikettierung und Stigma-Stress als unbeabsichtigte Konsequenz von Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Behandlung aus Furcht vor öff. Stigmatisierung • Diskriminierung in wichtigen Lebensbereichen (u. a. Arbeit, Partnerschaft, Wohnen) als Hindernis für Genesung/Recovery