

***Symposium Prävention:
Fortschritte bei der Bewältigung
ausgesuchter Krisen und
Störungsbereiche***

Hanna Christiansen (Marburg)

christh@staff.uni-marburg.de

**Bernd Röhrle
(Reutlingen)**

roehrle@staff.uni-marburg.de

**The Dark Side of the Moon
Krisen, Traumata... – verlorene Sicherheit
zurückgewinnen**

29. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Beratung
24. bis 28. Februar 2016



Veranstalter



in Kooperation mit
der Freien Universität Berlin
FB Erziehungswissenschaft & Psychologie



Veranstaltungsort und Kongressbüro
Freie Universität Berlin (FU), Rost- und Silberlaube
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin-Dahlem



Symposium Prävention:
Fortschritte bei der Bewältigung ausgesuchter Krisen und Störungsbereiche

Zur Prävention psychischer Störungen: Entwicklungen und Ergebnisse

Bernd Rührle (Reutlingen)

Prävention schizophrener Störungen: Geht das?

Andreas Bechdolf (Berlin)

Prävention post-partaler Depressionen

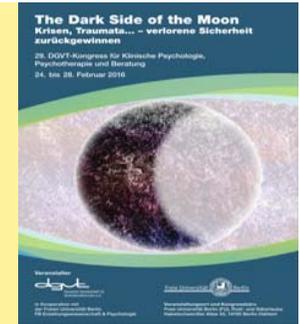
Jana Anding (Marburg)

Burnout wirksam vorbeugen?

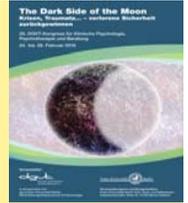
Ulla Walter (Hannover)

Prävention: Fortschritte bei der Bewältigung ausgesuchter Krisen und Störungsbereiche

- Frage im Hintergrund
 - Warum beschäftigt man sich auf einem Therapiekongress mit dem Thema Prävention psychischer Störung?

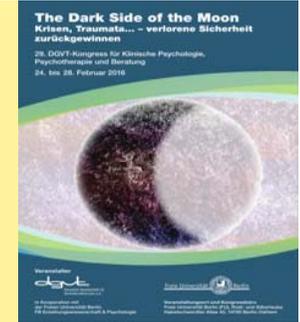


Argumente für ein Interesse an der Prävention psych. Störungen

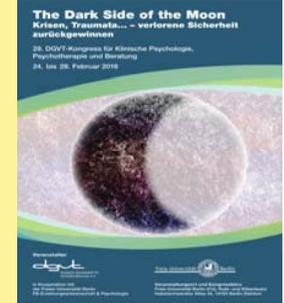


- **Moralische und versorgungspolitische Begründung**
 - Die Zahl der Behandlungen sind nur mit einer therapeutischen Antwort nicht zu bekämpfen. **Wenigstens 4 mal mehr wären notwendig** Bei Berücksichtigung der Behandlungswilligkeit (36,4%) wären ca. 128 Tsd. Therapeuten erforderlich. Subliminale Störungen würden die Zahl noch deutlich erhöhen.
 - Therapeuten sind in der Regel auch **bei der Behandlung subliminaler, meist komorbider Störungen** im Rahmen sekundärer Prävention **beteiligt**
 - **Stressoren** als Ursache und Begleitung psychischer Störungen, Arbeitsstress, Lebensereignisse, Hassles sind Auslöser und Begleiterscheinungen psychischer Störungen und **müssen begleitend mit spezifischen Maßnahmen behandelt werden.**
(bis zu $r = .41 \rightarrow d = .90$; Kraaij et al., 2002)

Prävention: Fortschritte bei der Bewältigung ausgesuchter Krisen und Störungsbereiche



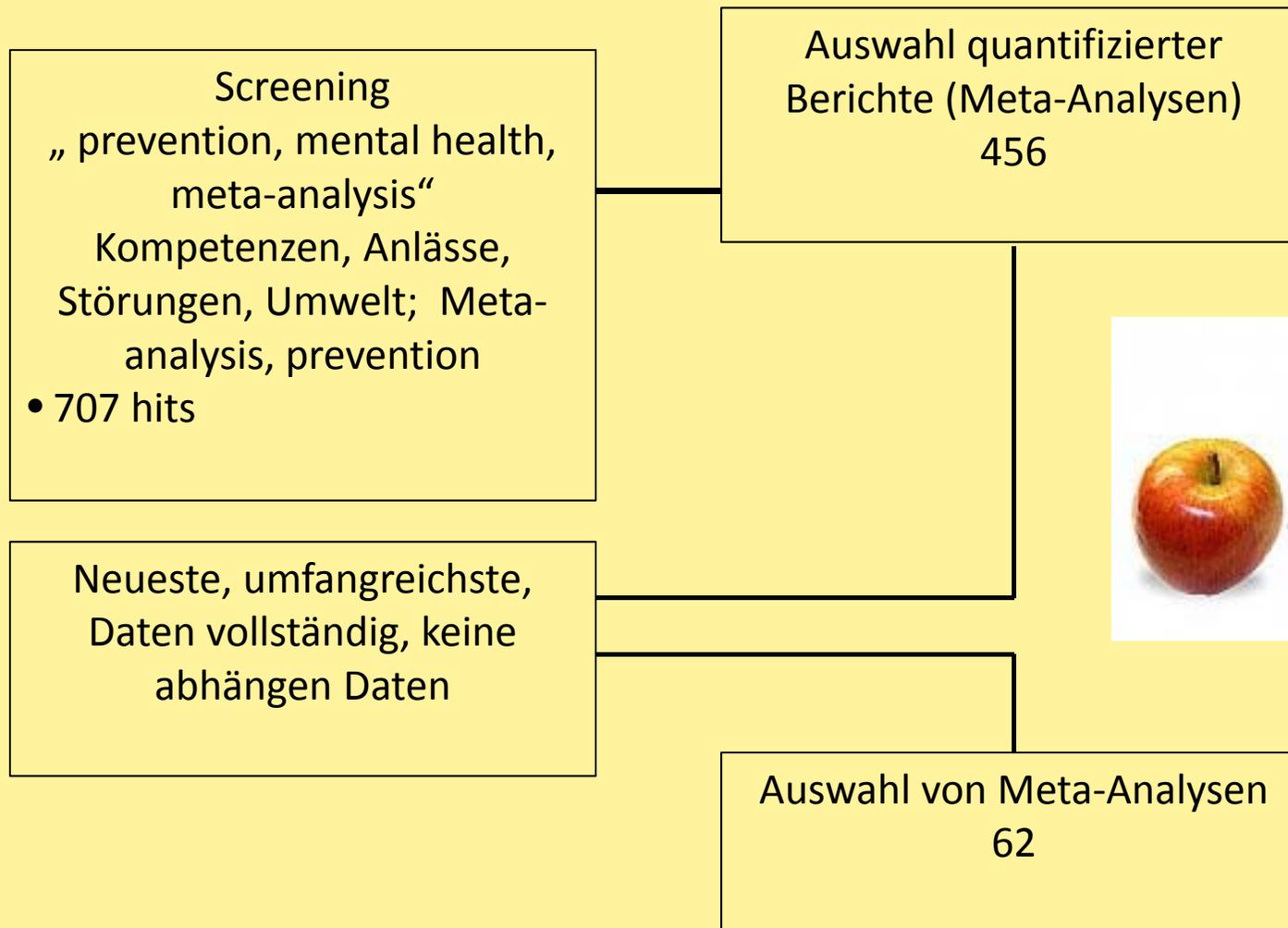
- Um dieser Verpflichtung nachzukommen müssen nicht nur von Therapeuten folgende Ausgangsfragen gestellt werden:
 - Wie effizient sind in der neueren Zeit die Ergebnisse verschiedener präventiver Handlungsfelder?
 - Welche Trends zur Verbesserung der Ergebnisse sind erkennbar?
 - Wie könnte die Zukunft aussehen?



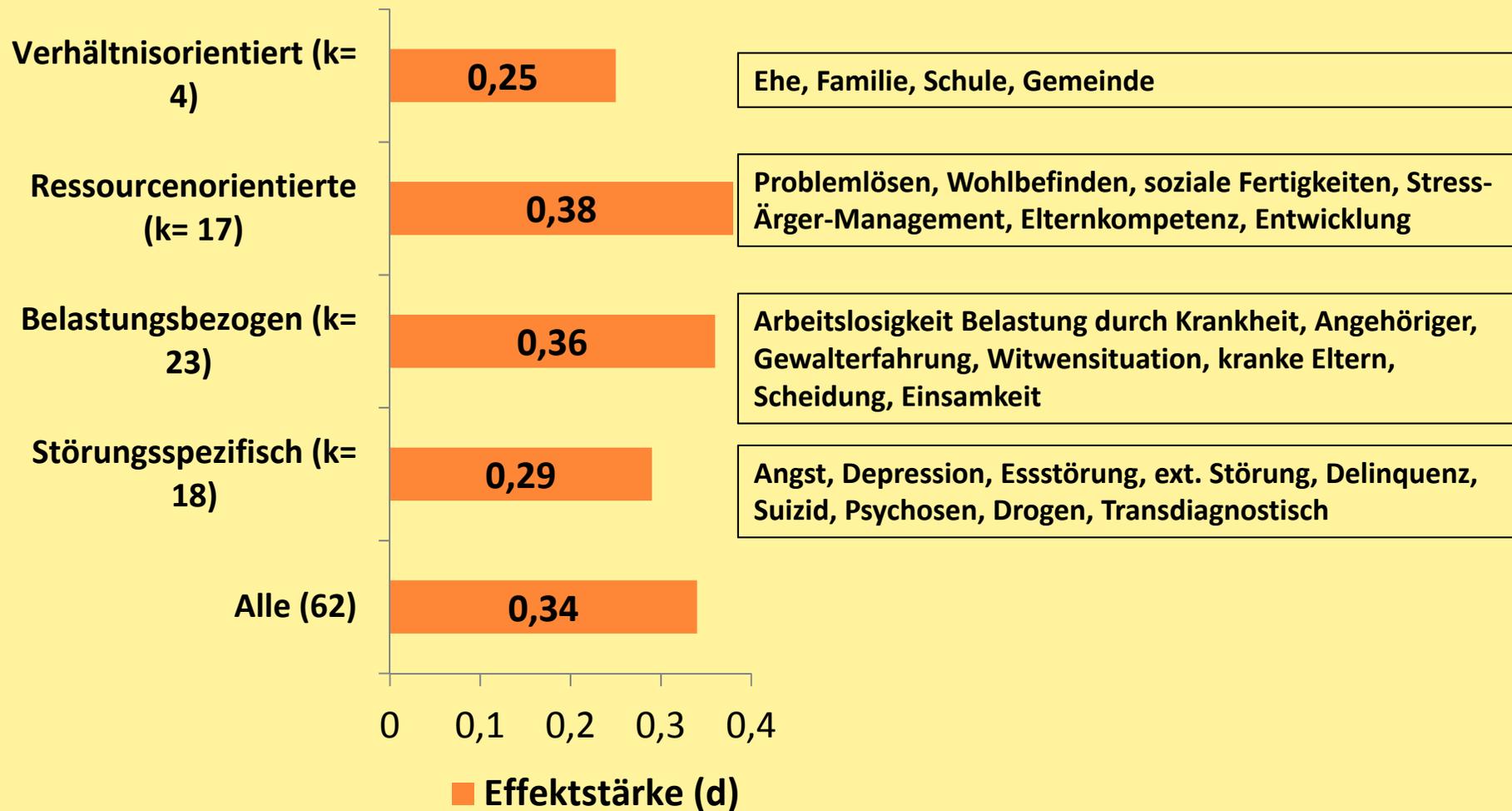
Wie wirksam sind diese Interventionen unter dem Aspekt der

Efficacy (kontrollierte Wirkung),
Effectiveness (Implementierungsgüte),
Efficiency (Kosten)

Efficacy: Meta-Meta-Analyse zur Prävention psychischer Störungen



Meta-meta- analytische Ergebnisse zu anwendungsspezifischen Präventionsformen bis 2015 (Röhrle)
(genutzt größtes k; neueste unabhängige Meta-Analysen, Randomeffekt wegen Heterogenität)



Einige der wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis

1. Dacheffekte verhindern hohe Effektstärken

- Z.B. ein Nicht Depressiver kann nicht noch weniger depressiv werden



2. Geringe Grundraten reduzieren die Wahrscheinlichkeit des Auftretens zu vermeidender Störungen

- **Power-Koeffizient:** Bei einer Inzidenzrate von 1% beträgt die notwendige Stichprobengröße für den Nachweis einer Reduzierung der Inzidenz um 15% jeweils ca. 50.000 Probanden in der Experimental- und der Kontrollgruppe (Cuijpers, 2003)

3. EBM werden überbewertet



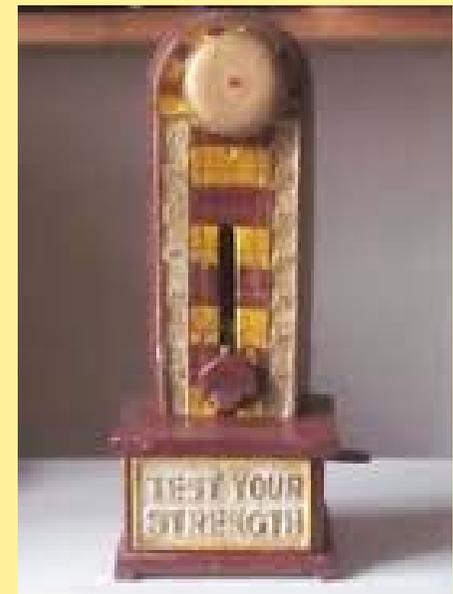


Was ist gegen diese Ursachen zu tun?

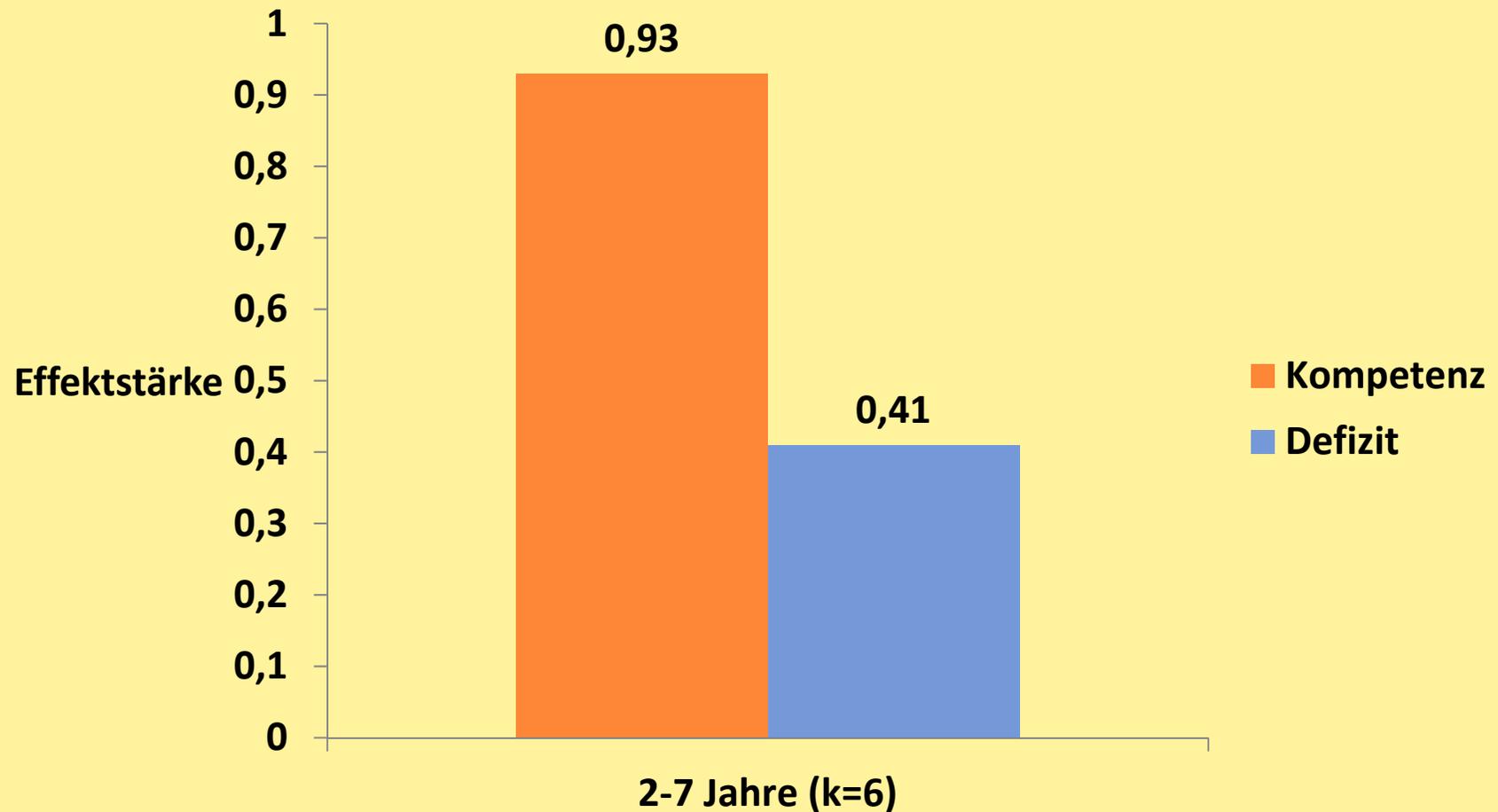
Welche Trends bemühen sich um höhere Wirksamkeit?

1. Sind höhere Effektstärken durch die Wahl sensibler Erfolgskriterien möglich?

Beispiele aus den Bereichen
Problemlösetraining
Training sozialer Fertigkeiten
Positiv psychologische Interventionen

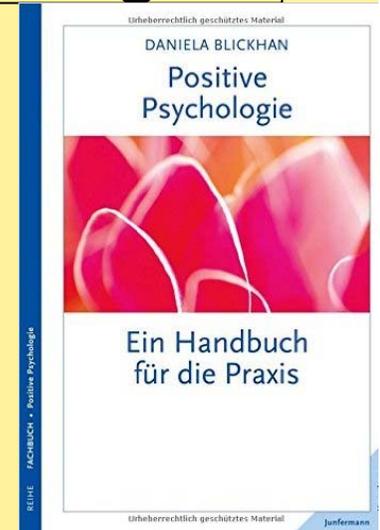


1. (historisches) Beispiel: Interpersonelles Problemlösetraining (Meta-Analyse von Durlak und Wells, 1997)



1. Beispiel: sensible Kriterien im Kontext von Interventionen im Kontext der positiven Psychologie?

- **Positives Erleben durch**
 - **Stärken einsetzen**
 - **Dankbarkeit (pos. Tagesrückblick; Dankbarkeits-tagesbuch, -besuch, -brief)**
 - **Gestaltung sozialer Beziehungen: Freundlichkeiten, Altruismus, Vergeben (Expressives Schreiben)**
 - **Self Compassion und Reminiszenz**
 - **Optimismus: negative Gedanken in Fragestellen**
 - **Sinn: positives Schreiben, Feed back, Entscheiden**
 - **Genießen: Wahrnehmung, positive Erinnerungen,**
 - **Achtsamkeit und Meditation**



Widersprüchliche Hinweise zur Bedeutung sensibler Erfolgskriterien aus dem dem Bereich der positiven Psychologie

Autoren +	Intervention	k	AV	g/d
Pinquart & Sörensen 2001	Psychosoziale Intervention (nicht Depressive)	43	Depression	.23
		151	Wohlbefinden	.44
Sedlmeier et al. 2012	Meditation	125	Negative Emotion	.61
			Interpers. Zufried.	.98
Zenner et al. 2014	Achtsamkeitstraining in der Schule	7	Kognitive Fertigkeit	.80
		9	Emotion. Probleme	.19
-				
Sin & Lyubomirsky 2009	Pos. psych. Intervention Depression	49	Well-Being	.61
		25	Depressionen	.65
Bolier et al. 2013	Pos. Psych. Interventionen	28	Subj. Wohlbefinden	.34
		14	Depression	.23
Galante et al. 2014	Kindness-Based Meditation	25	Achtsamkeit	.63
			Depression	.61

Weitere Beispiele zu sensiblen Erfolgskriterien

- **Training gegen sexuellen Missbrauch**
(Topping & Barron, 2009)

– K= 22 Studien



d= .61 (Wissen)

- **Social Emotional Learning (SEL)**
(Durlak et al. 2011)

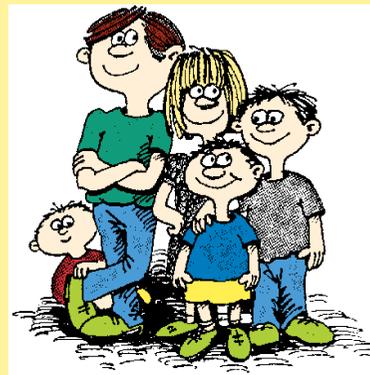
– K= 213



d= .57 akademisch. Erfolg

- **Elterntrainings**
(Manning et al. 2010)

– K= 10



d= .53 akademisch. Erfolg

Sind höhere Effektstärken durch die
Größe und Art der Stichprobe
möglich?



Beispiele mit

- großen Stichproben und
- Selektiven bzw. indizierten Stichproben

Ergebnisse mit Studien mit großen Stichproben

1. Internetbasierte Präventionsstudien

- Wegen der Zugänglichkeit sind große Studien zu erwarten
- Präventive Handlungsbereiche
 - Stress
 - Eheliche Beziehungen
 - Drogen
 - Depression (auch postnat. D.)
 - Angststörungen
 - Scheidung
 - Last v. Angehörigen
 - Essstörungen
 - Suizid
 - Sex. Gewalt
(durch bystander)

Vorgehen bei internetbasierten Präventionsstudien

- Depression: KVT, soziale Fertigkeit, positive Aktivität; interpersonelle Beziehungen (z.B. *Master your mood*)
 - *Van der Zanden et al., 2012; n= 244* $d= .98$
- Essstörung: Aufklärung, Körperbild, Diät, negative Gedanken, Stress, Netzwerke, etc.
 - (Taylor et al. 2006; n= 391) $d= .42$ (Weight Concern Scale)
 - Lindenberg (BRD; n= 1667) $d= .28$

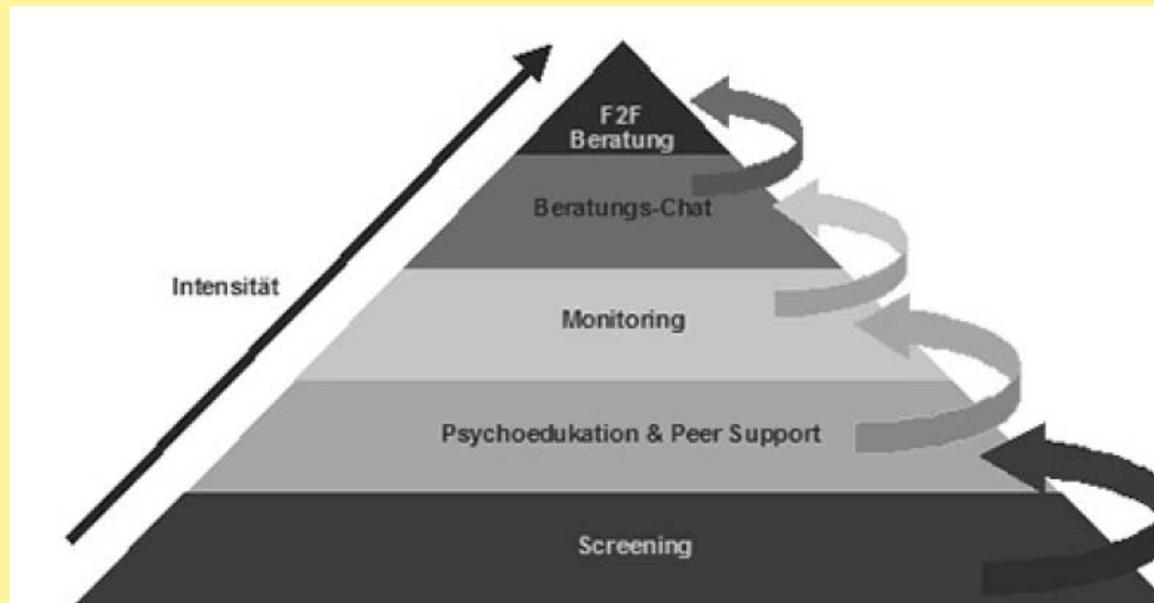


Abbildung 2. Module von YoungEs[s]prit.

Anmerkung: YoungEs[s]prit enthält fünf gestufte, d.h. in der Intensität der Betreuung aufeinander aufbauende Module: Screening (Stufe 1), Psychoedukation und Peer Support (Stufe 2), Monitoring (Stufe 3), Beratungs-Chat (Stufe 4), Face-to-Face Beratung (Stufe 5).

Vorgehen bei Internetbasierten Präventionsstudien

- **Drogen: Information, Widerstand; schulbegleitend**
 - **Champion et al. (2016) Climate Schools (Alkohol, Cannabis)**

n= 1103

Wissen (alkohol)

d = .67

Wissen (Cannabis)

d = .72

Alkoholnutzung

d = .28

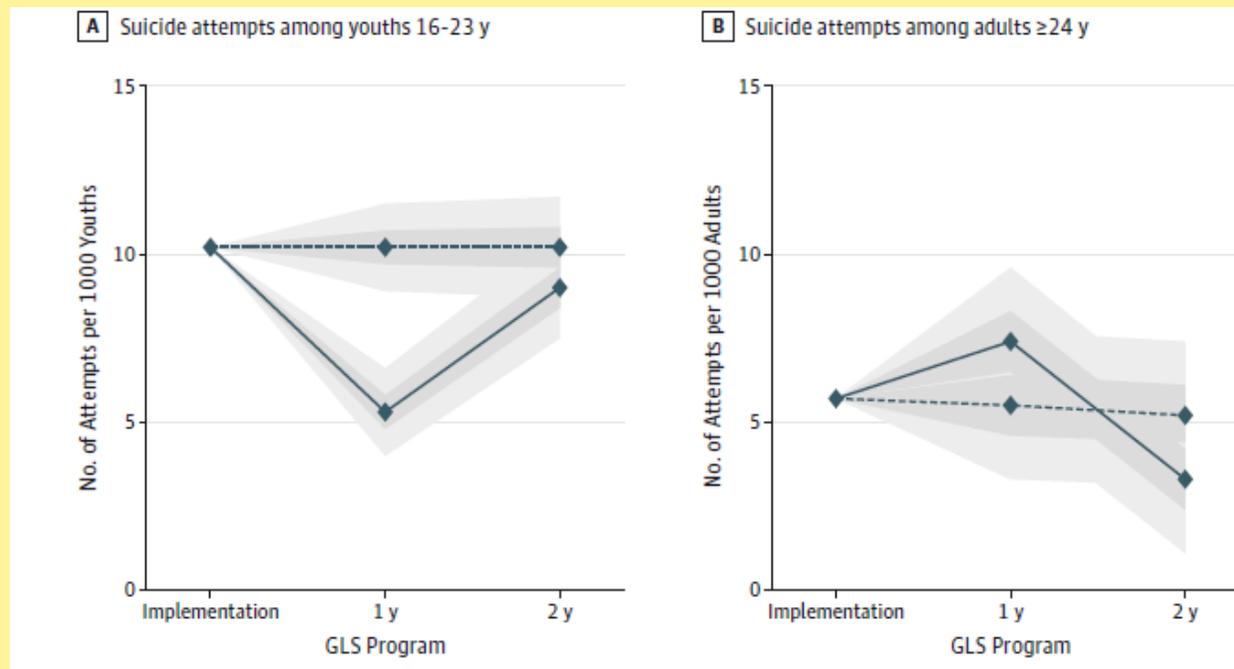
Nutzungsbereitschaft

d = .26



2. Große Studien im Bereich der Suizidprophylaxe

- Z.B. Garraza et al. (2015): **Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program** (57 Tsd. in EG; 84 Tsd. in KG)
 - Vorgehen: Gatekeepertraining, Edukation, Sensitivitätssteigerung, Screening, soziale Stärkung der Gemeinden und Dienste, Krisen Hot Line
 - Ergebnis: 4.9 % weniger Suizidversuche /1000) → **d= .88**



Schlussfolgerungen zu Studien mit großen Stichproben

- In der Tendenz führen große Stichproben zu gewünschten Effektstärken
- Allerdings spielt dabei auch die Art der Kriterienwahl ein große Rolle



Sind selektive und indizierte Programme besser (am Beispiel internalisierender Störungen?)

- **Ältere** Meta-Analysen zur selektiven Prävention von **Angst und Depression** berichten von günstigen Effektstärken (Durlak & Wells, 1998 Am J. Com Psych.)

Table V. Post and Follow-Up Mean Effect Sizes for Different Treatments^a

Treatment type	<i>N</i>	Post	Follow-up	<i>M</i> follow-up period (months)
Behavioral	12	0.51	0.44	5
Cognitive-behavior	12	0.80	0.83	3
Nonbehavioral	11	0.09	0.11	24

^aNo significant changes occurred in mean effect sizes for any treatment from post to follow-up.

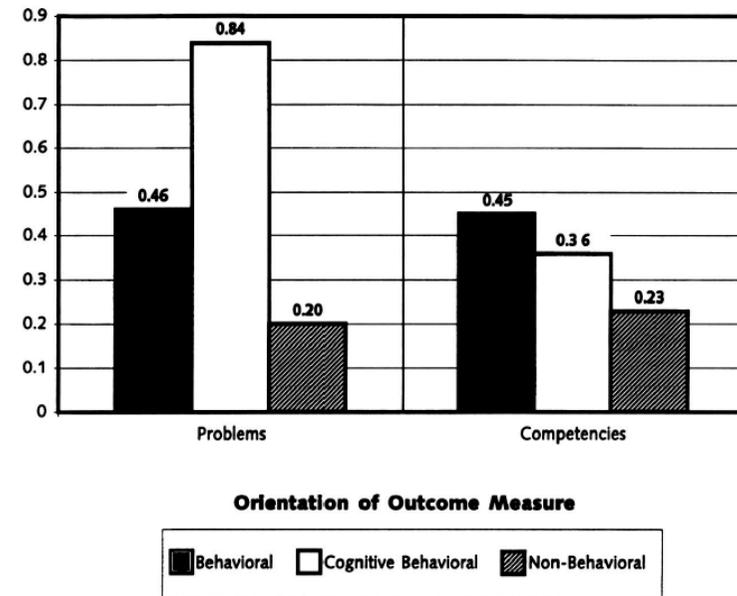


Fig. 1. Effects for treatments on outcomes assessing problems or competencies.

Sind selektive und indizierte Programme besser (am Beispiel internalisierender Störungen)?

- Neuere Analysen kommen zu ernüchternden Ergebnissen (Stockings et al. 2016; Psych Med.)
Angststörungen, Depression von Kindern und Jugendlichen
(5–18 Jahre; 1980-2014, k= 146;
Risikogruppen: n= 45; subliminal
Depressive: n= 47)
- Ergebnisse
 - Universelle Prävention (k= 16)
Internalisierende Symptome **d = 0.15**
 - Selektive Prävention (k= 38)
Internalisierende Symptome **d = 0.20**
 - Indizierte Prävention (k= 21)
Internalisierende Symptome **d = 0.26**



Sind selektive und indizierte Programme besser (am Beispiel antisoziales Verhalten und Depression)

- **Wilson et al. 2007:**

- antisoziales Verhalten (k= 108)

d= .29



- **Hutton & Taylor (2014)**

- Übergang in Psychosen

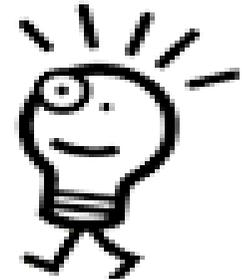
- Meta-Analyse: k= 6 n= 24-144

RR= .47 (ca. d= .42)
(EG 5%, KG 12%)

SCHIZOPHRENIA

Schlussfolgerung

- **Zur Strategie der selektiven und indizierten Prävention: Auch diese Strategie führt zu keinen widerspruchsfreien und eindeutigen Ergebnissen**
- **Oder sollte man die EBM-Kriterien in ihrer Bedeutung für den Präventionsbereich relativieren?**
 - **Möglichkeit 1: Neue Maßstäbe setzen**
 - **kein Effekt: 0.00 – 0.15**
 - **Mittlerer Effekt: 0.15 – 0.30**
 - **Großer Effekt 0.30 –**
 - **Möglichkeit 2: Gewichtung der abhängigen Merkmale nach ihrer Ultimativität**



Efficiency

- **Trotz der bescheidenen Ergebnisse (Efficacy) sind die Ergebnisse dennoch kostengünstig (efficiency) und sie lassen sich optimierend implementieren (effectiveness)**

→ kurze Bemerkungen

- Es liegen übergreifende Kosten-Nutzen-Analysen zu 10 Präventionsthemen vor
- *Bei Knapp (2011, <http://eprints.lse.ac.uk/32311/>) werden pro Person bis -10,032 £ errechnet (Social Emotional Learning)*
- *Dalziel & Segal (2012) berichten für die Vermeidung von Kindesmisshandlung $k=33$ (15,5 Tsd. \$)*



Ein paar kurze Hinweise zur Effectiveness

- **Qualitative Analysen zeigen vorteilhafte Merkmale von Präventionsstudien auf**
 - **U.a. gute Theorie, multiple, ressourcen- und defizitorientierte Komponenten, Nutzer- und dienstangepasst, trainiert und angeleitet, etc.**

(Barry & Jenkins, 2007; Catalano et al. , 2002; Durlak & DuPre, 2008 , Greenberg et al., 2001, Lee et al., 2014; Nation et al., 2003, O'Connell et al. 2009)



- **Wirksamkeiten von Präventionsprogrammen sind zu steigern durch:**
 - **(Training), gute Führung, Partizipation, Arbeitsorientierung, Kohäsion, Supervision, Identität, Gemeindestruktur, Finanzen, soziales Kapital**

(Allen, 2005; Crowley et al. 2012; Florin et al. 2000; Foster-Fishman et al. 2001a; Gottlieb et al. 1993; Greenberg et al. 2005; Herrenkol et al. 2002; Josuia, 2005, Kegler et al. 1998; Meyers et al. 2012; Osgood & Chambers 2000 , Preskill & Boyle, 2008; Reisig & Cancino 2003 , Sampson et al. 1997, Spath et al. 2014, Stevenson and Mitchell 2003)

Der letzte Sch(l)uss



- Trotz großer Stichproben und der Wahl änderungs-sensitiver Kriterien sind die Effekte bei der Prävention psychischer zwar erkenntlicher, aber nach wie vor mit den Ergebnissen der psychotherapeutischen Forschung nicht zu vergleichen
- Es stellt sich die Frage nach der Relativierung der Bedeutung der EBM in der Präventionsforschung
- Man kann davon ausgehen dass die Ergebnisse bei der Implementation und bei der Analyse von Kosten-Nutzen-Verhältnissen dennoch empfehlenswert sind
- Der Nachweis systematischer Integration von Psychotherapie, auch subliminaler Störungen und begleitender Belastungen und Lebensumstände steht aus. Gegen eine solche Integration aber spricht in der Praxis nicht viel dagegen.
- **Neue Wege:** Die Suche nach transdiagnostischen und vor allem ökologischen Kategorien stärkt die derzeit in Fachkreisen und Politik bevorzugter setting-bezogener Prävention

Vielen Dank

Ausblick: Erste zarte Pflanzen

- Die Entdeckung neuer Störungsbereiche
 - Somatoforme Störungen (hohe Grundraten)
 - García-Campayo et al. (2009)
Edukation: Ursachen, Hinterfragen von Symptombglauben, Rolle des Arztes, Mehrfachdiagnosen
 - Ergebnis: somatof. Störung: $d = .21$; psychiatr. Diagnose: $d = .72$



- Die transtheoretische und ökologische Perspektive
 - Gemeinsame Störungsursachen, Komorbidität und Bedarfe richten sich gegen störungsspezifische Präventionsansätze
 - Transdiagnostische Ansätze nehmen deutlich zu
Berücksichtigung von Komorbidität erhöht auch die Grundrate
 - Angststörung und Depression : Davies et al. (2014): $.56$ $k = 9$;

Erste zarte Pflanzen

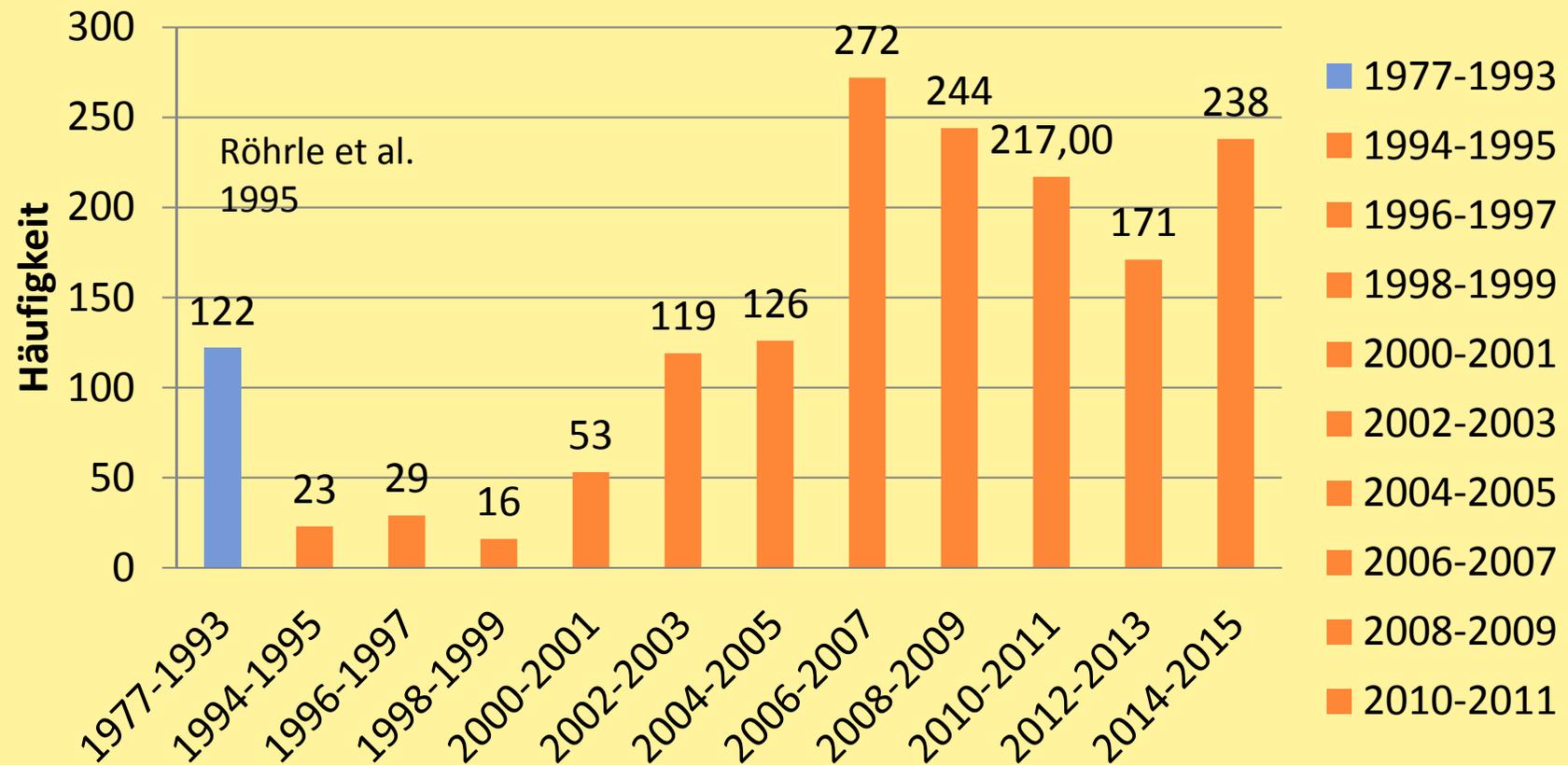


- Die transtheoretische und ökologische Perspektive
 - Auf der ökologischen Ebene von Schulen und Gemeinden wird vielen Belastungen und Störungen zugleich vorgebeugt
 - Reddy et al. (2014): Prävention int., ext Probleme. Training sozialer; akademische Fertigkeiten Elternkompetenzen)
 - $k=9$ $d=.54$
 - Conley et al. (2015): KVT, Entspannung, Achtsamkeit, Training sozialer Fertigkeit
 $k=103$: $d=.29$
 - Auf der Ebene von Kommunen (Monohan et al. 2013): CTC (24 Kommunen; 88 Schulen; RCT):
Programme: All-Stars, Life Skills Training, Lion's Quest Skills for Adolescence, Project Alert, Olweus Bullying Prevention Program, and Program Development Evaluation Training), community-based, youth-focused programs (Participate and Learn Skills, Big Brothers/Big Sisters, Stay Smart, and academic tutoring), and family-focused programs (Strengthening Families 10–14, Guiding Good Choices, Parents Who Care, Family Matters, and Parenting Wisely)
 - $d=.31$ (Delinquenz)

Die Zunahme der Forschung zur Prävention psychischer Störungen

Publikationstrends 1995-2015 in der BRD (prevention & mental)

Publikationen



Prävention psychischer Störungen bei Kindern/ Jugend

Forschung 2010 in der BRD (Beelmann et al. 2014 , Z f. Gespsych., 22(1). 1-14)

Bis 2010: 146 (294 unausgesucht) kontrollierte Studien

- **Anlass**
 - **Lebenskompetenzen**
 - **Extern. Verhaltensprobleme**
 - **Suchtprobleme**
 - **Internal. Verhaltensprobleme**
 - **Ernährungsprobleme**
 - **Sexualerziehung/ AIDS-Prävention**
 - **Krankenhausbegleitung**
 - **Frühförderung in Risikogruppen**
 - **Berufsvorbereitung**
 - **Sonstiges (z.B. Sexueller Missbrauch, Verkehrserziehung)**
- **Art der Intervention**
 - **Lebenskompetenztraining**
 - **Soziales Kompetenztraining**
 - **Elterntraining**
 - **Informationsprogramme**
 - **Entspannungsverfahren**
 - **Multikomponentenprogramme**
 - **Erzieher- und Lehrertraining**
 - **Sonstiges (z.B. Wettbewerbe, „Rooming in“)**

Die Präsenz in der BRD

- Körperschaften und Strukturen
 - Präventionsgesetz
 - BZGA, DJI, BVPG; GNMH, DJI etc.
 - Landespräventionsräte Niedersachsen (197 Kommunen), *Sachsen-Anhalt*, *Hessen*, *Brandenburg*, *NRW*, *Hessen*, *Rheinland-Pfalz*, *Thüringen*

Verbreitung von Programmen in Deutschland



- Dokumentation im Netz
 - <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7069>
 - <http://www.fruehehilfen.de/wir-ueber-uns/>
 - <http://www.wegweiser-praevention.de/>
(vorrangig Elterntraining, Gegen Gewalt; Problemlösetraining, Drogenprävention; sexueller Missbrauch, Scheidung für Kinder; Stressbewältigung [ca.30 % der Kassenangebote])