

F. 46232

E: 44318

EUR/ICP/PSF 028

05845

ORIGINAL: ENGLISCH

KONZEPTE DER STRESSBEWÄLTIGUNG IM GEMEINDERAHMEN

Bericht über eine WHO-Beratungstagung

Prag
24. - 26. Juni 1992

ZUSAMMENFASSUNG

Immer mehr Menschen in der Europäischen WHO-Region sind sowohl Streßsituationen als auch der rückläufigen Unterstützung seitens sozialer Netze und des Gesundheits- und Sozialwesens ausgesetzt. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat eine Beratungstagung einberufen, um effektive Vorgehensweisen für die Streßbewältigung im Gemeindeframework zu prüfen und Wege zur Organisation und Umsetzung gemeindenaher Programme zu ermitteln mit dem Ziel, Risikogruppen zu helfen, die streßbedingte Gefährdung von Gesundheit und Wohlbefinden zu beseitigen. Die Teilnehmer erörterten die Probleme von Risikogruppen (z. B. Arbeitslosen, Migranten, Flüchtlingen und Menschen, die mit einschneidenden Veränderungen in Gesellschaft und Familie konfrontiert sind) sowie Beispiele von Programmen zur Streßbewältigung. Sie befaßten sich mit Möglichkeiten der Minderung streßbedingter Probleme und schlugen einen Orientierungsrahmen für gemeindenahere Maßnahmen vor. Schließlich zogen sie Schlußfolgerungen hinsichtlich der Möglichkeiten, gemeindenahere Initiativen zur Streßprävention und -bewältigung zu stärken, was Maßnahmen seitens der WHO und nichtstaatlicher Organisationen, vieler gesellschaftlicher Bereiche sowie einer Reihe von Organisationen und Gruppen erforderlich macht, die in den Ländern auf unterschiedlicher Ebene tätig sind.

Schlüsselwörter

STRESS, PSYCHOLOGICAL
COMMUNITY HEALTH SERVICES
MINORITY GROUPS
EUROPE

INHALT

	<i>Seite</i>
Einleitung	1
Diskussion	1
Kritische Überlegungen zu Programmen zur Stressbewältigung	2
Minderung stressbedingter Gesundheitsprobleme....	3
Schlußfolgerungen	7
Empfehlungen	10
Anhang 1: Arbeitspapiere	14
Anhang 2: Teilnehmer.....	16

EINLEITUNG

Die Beratungstagung über Konzepte der Streßbewältigung im Gemeinderahmen wurde vom WHO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit WHO-Kooperationszentren in Prag und Stockholm veranstaltet. Es nahmen 27 Experten aus 15 Ländern teil. Arbeitspapiere und Teilnehmer werden in den Anhängen 1 und 2 aufgeführt.

Die Teilnehmer wurden gebeten, wirkungsvolle Konzepte der Streßbewältigung im Gemeinderahmen zu bilanzieren, insbesondere für Probleme, die sich aus der Belastung von Risikogruppen mit potentiellen starken Streßfaktoren ergeben. Danach sollten sie Möglichkeiten der Organisation und Umsetzung gemeindenaher Programme zur Minderung der Wirkung von Streßfaktoren ermitteln und den betroffenen Gruppen helfen, die Gefährdung von Gesundheit und Wohlbefinden weitgehend zu beseitigen.

DISKUSSION

Es wurden Berichte zu folgenden Themen erstattet:

- Ausmaß der Streßproblematik anhand epidemiologischer Untersuchungen;
- streßbedingte Probleme in Risikogruppen (Arbeitslose, Beschäftigte in Kleinbetrieben oder mit instabiler Zeitarbeit, Menschen, die mit sozialem Umbruch oder einschneidenden Veränderungen der Familienstruktur konfrontiert oder durch traumatische Ereignisse wie Katastrophen oder Kriege beeinträchtigt sind, Migranten oder Flüchtlinge); und
- Programmbeispiele für die Unterstützung von Menschen in Streßsituationen.

Kritische Überlegungen zu Programmen zur Streßbewältigung

Es gibt schlüssige Beweise für die Auswirkung der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit sowie Hinweise auf ein erhöhtes Risiko somatischer Erkrankungen, nichtpsychotischer psychischer Störungen und einer höheren Chronizität beim Auftreten derartiger Störungen sowie auf häufigere Suizidversuche, besonders bei Menschen in ungünstiger sozioökonomischer Lage und ohne wirkungsvolles soziales Netz. Kleinunternehmer benötigen eventuell psychosoziale Starthilfe, um den Streß bewältigen zu können, der ihr Streben nach wirtschaftlichem Überleben und Erfolg begleitet.

Migranten und Flüchtlinge sind zwei Gruppen, zu denen es relativ viele Untersuchungen gibt. Zwar kann es bei der Migration unter bestimmten Umständen zu guter Anpassung und psychischer Gesundheit kommen, doch wirken einige Risikofaktoren zusammen, die einen Kulturschock oder andere psychosoziale Probleme hervorrufen. Diese Risikofaktoren wurden umfassend untersucht und unter unterschiedlichen Bedingungen reproduziert. Sie sind bei der Erarbeitung von Programmen zur Prävention streßbedingter Morbidität bei Migranten und insbesondere bei Flüchtlingen zu berücksichtigen.

Überlebende von Katastrophen können unter Langzeitwirkungen leiden, darunter Anpassungsreaktionen und posttraumatisches Streßsyndrom. Es ist zu beachten, daß eigens für Katastrophenopfer geschaffene Dienste wahrscheinlich auch von einer größeren Bevölkerungsgruppe genutzt werden, darunter von Menschen, die nur am Rande oder indirekt von der Katastrophe betroffen sind. Dies kann dazu führen, daß die psychosoziale Auswirkung einer Katastrophe über die direkt Betroffenen hinausgeht. Die einzelne Gemeinschaft mag ihre Notfalldienste als ausreichend ansehen, doch derartige Dienste sind im allgemeinen nicht für den psychosozialen Notfall gerüstet.

Die Familie kann ein wichtiger Puffer gegen die psychologischen und somatischen Streßwirkungen sein. Falls die Familie nicht funktioniert oder gar zerbricht, kann dies zu schwerem Streß führen und die Gefährdung des einzelnen je nach dessen Stellung in

der Familie, der Entwicklungsphase und dem kulturellen Umfeld, in vielfacher Hinsicht erhöhen. Die Manifestationen von familienbedingtem Streß sind so unterschiedlich wie die Familienstrukturen. Im allgemeinen jedoch läßt sich die Fähigkeit der Familie zur Streßbewältigung stets daran messen, ob es in ihr ausreichend Reserven für die soziale Unterstützung (z. B. durch die Großeltern) gibt.

Weiterhin wurde eine Reihe von Diensten beschrieben, u. a. mit multidisziplinären Teams besetzte gemeindenahe Dienste für psychische Gesundheit, Telefondienste und klinische Einrichtungen zur Behandlung streßbedingter Störungen. Die Erfahrungen mit diesen Diensten zeigen, daß solche Störungen effektiv im Gemeinderahmen beherrscht und viele der schädlichen Langzeitfolgen des Streß verhütet werden können. Es wurden Beispiele dafür angeführt, wie Streßursachen, d. h. streßerzeugende Bedingungen am Arbeitsplatz und andernorts, auszuschalten sind.

Es besteht Bedarf an zuverlässigen epidemiologischen Datenbanken, vorzugsweise über eine klar umrissene Gemeinde, Kohorte oder soziale Gruppe. Hinsichtlich der Forschung in den Ländern Mittel- und Osteuropas sollten Ausgangsdaten zur Morbidität und zu einschlägigen Variablen vor 1989 bereitstehen. Es müßte möglich sein, ein Forschungs- oder Evaluationselement in ein Interventionsprogramm einzubauen, so daß Intervention und Forschung parallel laufen können.

Außerdem wurden in Entwicklung befindliche Programme für Menschen unter starkem Streß sowie die Konsequenzen streßbedingter Gesundheitsprobleme für die Menschen, die primäre Gesundheitsversorgung und andere Dienste im Gemeinderahmen beschrieben.

Minderung streßbedingter Gesundheitsprobleme

Die Teilnehmer bildeten drei Gruppen, um folgendes festzulegen:

- die Grundfunktionen, die im Gemeinderahmen wahrzunehmen sind, um die streßbedingten Gesundheitsprobleme in Risikogruppen zu reduzieren;

- ein Minimum an Strukturen und Programmen, um die Wahrnehmung dieser Funktionen im Gemeinderahmen zu ermöglichen;
- Grundsätze einer guten Praxis für die Interventionsdienste und -programme.

Zum Minimum an gemeindenahen Strukturen und Programmen zur umfassenden Streßbewältigung gehören vier Punkte. Erstes Erfordernis ist eine dynamische Partnerschaft zwischen den kommunalen Zentren der primären Gesundheitsversorgung. Zweitens sollten die Dienste der gesundheitlichen Primärversorgung von multidisziplinären und bedarfsgerecht ausgebildeten Teams wahrgenommen werden, die zu folgendem in der Lage sind:

- Verhütung und Bewältigung streßbedingter Gesundheitsprobleme;
- Überweisung der Patienten an höherspezialisierte Dienste, einschließlich der Teams für psychische Gesundheit (die gemeindenah arbeiten sollten);
- Aufbau - oder Integration in bestehende Dienste - einer statistischen und epidemiologischen Datenbank zur Überwachung streßbedingter Gesundheitsprobleme auf Gemeindeebene sowie Anleitung bei der Systementwicklung.

Drittens sollte ein Forum für Gesundheit im Gemeinderahmen geschaffen werden; ihm sollten Mitarbeiter der Teams der primären Gesundheitsversorgung, der örtlichen Behörden und Einrichtungen sowie einschlägiger freier Träger und anderer Organisationen angehören. Die Hauptaufgaben dieses Gesundheitsforums wären Zielsetzung und Planung für die Katastrophenvorsorge, die Prävention streßverursachender Bedingungen, die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und anderen Organisationen sowie erzieherische und andere Konzepte der Bewältigung streßbedingter Gesundheitsprobleme im Gemeinderahmen.

Viertens sollten Informations- und Fortbildungsprogramme für die Mitarbeiter der primären Gesundheitsversorgung, die Gesamtbevölkerung des kommunalen Bereichs und die örtlichen Entscheidungsträger vorhanden sein. Zu den Zielen dieser Programme sollte es gehören, den kommunalen Bereich zu Maßnahmen zu bevollmächtigen und die Streßbewältigung auf die politische Tagesordnung der kommunalen Behörden zu setzen.

Bei dem Versuch, Leitlinien für Maßnahmen auf dem Gebiet der gemeindenahen Streßbewältigung zu formulieren, sollten die Teilnehmer fünf Gesichtspunkte beachten: die in einem bestimmten Gemeinderahmen zu befürwortenden Maßnahmen, die Grundelemente der Vorbereitungsphase eines Programms, den Aktionsplan und dessen wesentliche Bestandteile, die wichtigsten Probleme der Umsetzung des Plans und das Minimum an Voraussetzungen für Begleitkontrolle und Evaluation des Programms. Um den Umfang der vorgesehenen Maßnahmen zu begrenzen, definierten die Teilnehmer das Gebiet der Streßprävention und -bewältigung im Gemeinderahmen als:

die Gesamtheit der von den Gesundheitsbehörden, anderen gesetzlichen Gremien und einschlägigen Organisationen und Gruppen im Gemeindebereich entwickelten koordinierten Initiativen mit folgenden Zielen:

- a) Prävention potentiell schädigender Streßsituationen im Leben;
- b) Minderung der streßbedingten Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz und in anderen Umfeldern;
- c) Unterstützung von Einzelpersonen und Gruppen in besonderen Streßsituationen bei der Minderung der Gefahr gesundheitlich negativer Folgen.

Die Teilnehmer vertraten die Auffassung, nachstehende Phasen und Maßnahmen könnten einen nützlichen Orientierungsrahmen für das gemeindenaher Vorgehen darstellen. Die erste Phase wäre Überzeugungsarbeit, u. a. durch:

- Motivierung der örtlichen oder Distriktsgesundheitsbehörden;
- Schaffung von Interessengruppen;

- Information der Gesamtbevölkerung;
- Gewinnung der Aufmerksamkeit der Medien;
- Ausbildung von Fürsprechern, die mit Politikern und Entscheidungsträgern kommunizieren und diese motivieren.

Die zweite Phase – Aktionsvorbereitung – würde umfassen:

- Bedarfsforschung und Ermittlung von Streßfaktoren;
- Lehren aus anderen Initiativen;
- Inventarisierung vorhandener Gemeinderessourcen und Ermittlung von Meinungsbildnern (potentiellen Verbündeten);
- Gewährleistung der Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen;
- Sensibilisierung von Teilnehmern oder Zielgruppen;
- Festlegung der Leitprinzipien und Aktionsstrategien;
- Beschaffung der Finanzmittel und rechtliche Prüfung der Programmaktivitäten.

Die dritte Phase – der Aktionsplan – würde umfassen:

- Festlegung der Zielgruppenprioritäten für die Intervention und Auswahl der Indikatoren für das erwartete Ergebnis;
- Festlegung der Interventionsebenen;
- Mobilisierung der Gemeinderessourcen (einschließlich des Minimums an gemeindenahen Strukturen und Programmen);
- Zuweisung der verfügbaren Gemeinderessourcen für die zu lösenden Aufgaben;
- Koordination mit freien Trägern, anderen staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen und Festlegung der Verantwortlichkeiten;

-
- Planung einer Informationsstrategie und Gewährleistung der Rückmeldungen über die Aktion;
 - Ermittlung von Ausbildungserfordernissen für Gesundheits- und anderes Personal.

Die vierte Phase – die Umsetzung – würde umfassen:

- Nutzung der Medien zur Information der Öffentlichkeit;
- Schutz des Programms vor politischer Einmischung und Nutzung von Lobbyisten zu seiner Förderung;
- Zusammenarbeit mit bestehenden Infrastrukturen an der Basis;
- Einarbeitung eines Evaluationselements in das Programm;
- Herbeiführung positiver Einstellungen zum Programm im Gemeinderahmen.

Die fünfte Phase – Begleitkontrolle – würde umfassen:

- Entwicklung von Infrastrukturen für die Begleitkontrolle auf der Grundlage der vorhandenen Informationssysteme;
- Ausbau anderer Systeme der Begleitkontrolle durch Einbeziehung spezifischer Daten über die psychische Gesundheit;
- Festlegung von Indikatoren.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Immer mehr Menschen in der Europäischen WHO-Region sind sowohl Streßsituationen als auch der rückläufigen Unterstützung seitens der traditionellen persönlichen und sozialen Netze und des Gesundheits- und Sozialwesens ausgesetzt. Aus diesem Trend ergibt sich die dringende Notwendigkeit, das unzureichende und begrenzte Maß an Erkenntnissen, Fachwissen und Interventionskapazität für die Streßprävention und -bewältigung einzusetzen.

Es wurde hervorgehoben, daß Initiativen auf diesem Gebiet vorrangig auf kommunaler oder Distriktsebene ergriffen werden sollten, um Risikogruppen besser dabei zu unterstützen, Bewältigungsstrategien anzunehmen, die die Gefahr gesundheitlicher Schädwirkungen von Streßsituationen mindern.

Bei den zu entwickelnden Maßnahmen verdienen Streßfaktoren am Arbeitsplatz sowie streßbedingte Probleme von Umwelt, Lebensweise und Gesundheit bei Risikogruppen besondere Beachtung. Jedes kommunale Gemeinwesen muß in der Lage sein, Ressourcen zu mobilisieren, um potentiell schädliche Streßfaktoren abzubauen und folgendes unterstützen zu können:

- die Fähigkeit der Menschen, Streßsituationen zu erkennen und zu bewältigen;
- Gruppen der Selbsthilfe und gegenseitigen Hilfe;
- Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und Kollegen;
- das System professioneller und sonstiger Helfer außerhalb der Gesundheits- und Sozialdienste;
- die Dienste der primären Gesundheitsversorgung;
- die allgemeinen Dienste für psychische Gesundheit, besonders im Gemeinderahmen;
- das/die spezialisierte(n) Zentrum/Zentren für Streßprävention und -bewältigung.

Da es zur Entwicklung von Programmen zur Streßprävention und -bewältigung gewöhnlich umfassender und synergistischer Beiträge aus unterschiedlichen Bereichen bedarf, müssen sich das Gesundheits- und die anderen Regierungsressorts die Verantwortung für die Intervention teilen.

Die Regierungen, und insbesondere die kommunalen oder Distriktsbehörden für Gesundheit und andere einschlägige Bereiche (z. B. Arbeit, Bildung, Wohnungswesen und Verkehr), müssen zum Handeln auf diesem Gebiet motiviert werden. Außerdem wäre die

umfassende Mitwirkung der Zielgruppen der Aktion an der Formulierung und Umsetzung der Programme wertvoll und sollte daher angeregt werden.

Die Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen ist eine wesentliche Voraussetzung für die effektive Entwicklung von Programmen zur Streßbewältigung im Gemeindeframework. Es ist darauf hinzuwirken, daß die in diesem Bereich tätigen staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen, insbesondere freie Träger und religiöse Organisationen, zusammenarbeiten und ihre Tätigkeit koordinieren.

Die Mitarbeiter der Gesundheitsdienste würden von besserer Ausbildung in der Erkennung streßbedingter Gesundheitsprobleme und der Unterstützung der Menschen bei der Bewältigung wichtiger Streßfaktoren profitieren. Auf die Ausbildung der Fachkräfte des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie der Allgemeinpraktiker und anderer wichtiger Mitarbeiter der primären Gesundheitsversorgung kommt es besonders an. Außerdem werden auf regionaler und subregionaler Ebene spezialisierte Zentren für Streßprävention und -bewältigung benötigt.

Die bestehenden Systeme der Gesundheitsinformation könnten genutzt werden, um relevante Daten für die Forschung (einschließlich der epidemiologischen) zu erheben und zu analysieren und die Formulierung, Umsetzung, Begleitkontrolle und Evaluation von Programmen und Diensten zur Streßprävention und -bewältigung zu unterstützen.

Die Intervention auf dem Gebiet der Streßprävention und -bewältigung setzt multidisziplinäres Vorgehen und die Unterstützung durch entsprechende Rechtsvorschriften voraus.

Es gibt die dringende Notwendigkeit und auch zunehmende Möglichkeiten der engen Zusammenarbeit der europäischen Mitgliedstaaten und insbesondere der Länder Mittel- und Osteuropas auf diesem Gebiet. Dennoch lassen sich die in einem Land entwickelten Modelle und Strukturen von Interventionsprogrammen nicht ohne ausreichende Anpassung an die jeweilige Kultur und die verfügbaren Ressourcen auf andere Länder übertragen.

Die schrittweise Umsetzung in festgelegten Versuchsgebieten könnte ein geeigneter Weg sein, die Aktionen für Streßprävention

und -bewältigung besonders in Ländern zu fördern, in denen das Problembewußtsein oder die verfügbaren Ressourcen unzureichend erscheinen.

EMPFEHLUNGEN

1. Zur Intensivierung des Handelns in den Mitgliedstaaten sollten die Schlußfolgerungen der Beratungstagung in jedem Land der Europäischen Region in einer Seminarreihe weiter erörtert werden.
2. Unter Federführung der WHO sollte eine besondere Arbeitsgruppe gebildet werden, die die Entwicklung der Streßprävention und -bewältigung in der Europäischen Region fördert und unterstützt. Diese Arbeitsgruppe sollte einen Aktionsplan für die Region erarbeiten und ihre Aktivitäten mit anderen auf diesem Gebiet tätigen internationalen Organisationen abstimmen.
3. In Zusammenhang mit der Bildung der Arbeitsgruppe sollten zwei Expertengremien geschaffen werden, die die WHO zu Familien- und sozialen Netzen bzw. zur Krisenintervention beraten. Die Expertengremien sollten mit dem am Regionalbüro bereits bestehenden Expertengremium für psychosoziale Gefahren, Streß und Gesundheit am Arbeitsplatz zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro in den Bereichen Arbeitsmedizin und Psychische Gesundheit sollte unterstützt und angeregt werden.
4. Die Streßbewältigung im Gemeinderahmen sollte als Thema für den Weltgesundheitstag 1994 oder 1995 vorgeschlagen werden.
5. Modellprogramme zur Prävention und Bewältigung streßbedingter Gesundheitsprobleme sollten in einigen Umsetzungsgebieten in fünf oder sechs Ländern erprobt werden. Die

Programme sollten den nationalen und kommunalen Gegebenheiten angepaßt werden; die kommunalen Gesundheitsbehörden sollten sie schrittweise umsetzen.

6. Bei der Umsetzung der Modellprogramme im Gemeinderahmen sollte die Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen und mit Fachkräften außerhalb des Gesundheitsbereichs, z. B. Geistlichen, Lehrern, Mitarbeitern von Wohltätigkeitsverbänden und Rettungsdiensten sowie der Polizei, hergestellt werden.
7. Die erfolgreiche Umsetzung von Programmen zur Streßprävention und -bewältigung setzt bereichsübergreifende Koordination und Abgrenzung der Zuständigkeiten voraus. Die nationalen oder subnationalen Gesundheitsbehörden sollten dies mit den anderen einschlägigen Ressorts klären und gewährleisten, daß die Koordination mit bereits laufenden multinationalen Projekten (z. B. der WHO, der EG-Kommission und des Europarats) nach besten Möglichkeiten gefördert wird.
8. Modellprogramme für Erziehung und Ausbildung auf dem Gebiet der Katastrophen- und Krisenintervention sollten für Fachkräfte und Mitarbeiter von Wohltätigkeitsorganisationen und nichtstaatlichen Organisationen entwickelt werden. Die bilaterale Zusammenarbeit mit den Ländern Mittel- und Osteuropas an solchen Programmen sollte besonders gefördert werden. Außerdem sollte unter Federführung der WHO ein Modellstudiengang „Streß und Streßbewältigung“ entwickelt werden, der getrennte, aber miteinander in Beziehung stehende Module für Medizinstudenten, Mitarbeiter der primären Gesundheitsversorgung und medizinische Hilfskräfte enthält.
9. Die WHO sollte durch ein Kooperationszentrum gewährleisten, daß ausreichend Material über das Anlaufen von Programmen zur Streßbewältigung zur Verfügung steht, darunter auch Informationen über laufende Untersuchungen und Programme. Außerdem sollte ein Netzwerk nationaler Informationszentren

geschaffen werden, um in den Ländern Bildungs- und Aufklärungsinitiativen für Streßprävention und -bewältigung zu unterstützen.

10. Die nationalen, subnationalen oder kommunalen Gesundheitsbehörden sollten nachstehende Aktivitäten bei der Entwicklung von Programmen zur Streßprävention und -bewältigung in Erwägung ziehen. Vorhandene Erkenntnisse ließen sich anwenden durch:

- Ermittlung von Risikosituationen, -gruppen und -reaktionen;
- Schärfung des Problembewußtseins;
- Erarbeitung allgemeiner oder spezifischer Strategien;
- Zusammenarbeit mit anderen Bereichen als dem Gesundheitsbereich;
- Ausbildung der Versorgungserbringer;
- Förderung der Bürgerbeteiligung.

Neue Erkenntnisse ließen sich gewinnen durch:

- Begleitkontrolle von Streßfaktoren, Streß und Gesundheit;
- Evaluation von Maßnahmen im Bereich Umwelt und Gesundheit;
- Begriffsdefinition;
- Erarbeitung komplexer Methoden für Begleitkontrolle und Evaluation.

11. Für Politiker und ranghohe Entscheidungsträger sollte ein Satz Informationsmaterial über die Verflechtungen zwischen Politik, Entscheidungsfindung und Streßerzeugung entwickelt werden. Das Material sollte bei verschiedenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, mit der politischen Führung der Europäischen

Region als Zielgruppe, eingesetzt und vom Regionalbüro für Europa sanktioniert werden.

12. Es sollten ausreichende Ressourcen zur Schaffung spezialisierter gemeindenaher Dienste für ernste streßbedingte Gesundheitsprobleme bereitgestellt werden. Diese Dienste sollten mit den Diensten für psychische Gesundheit kombiniert werden; grundlegende klinische Unterstützung sollte von Psychiatern und Psychologen mit Spezialkenntnissen auf diesem Gebiet geleistet werden. Sie sollten Menschen betreuen, die unter schwerem Streß stehen, deren Zustand beurteilen und bei der Problemfindung und -lösung helfen. Ihre Hauptaufgabe sollte es sein, die Bewältigungsfähigkeiten bei Einzelpersonen und Gruppen herauszubilden. Dies würde sich auf Menschen mit erkannten streßbedingten Gesundheitsproblemen ebenso beziehen wie auf potentielle Risikogruppen.
13. Bei der Aktualisierung der Veröffentlichung des Regionalbüros über Krisenhilfsdienste und Notfallpsychiatrie sollten Material aus dieser Beratungstagung sowie neue Informationen und Forschungsergebnisse einbezogen werden.
14. In internationalen Vergleichsstudien sollten Streßfolgen und Streßbewältigung in verschiedenen Systemen der Gesundheitsversorgung untersucht werden. Außerdem sollte die Untersuchung der Auswirkungen der sozioökonomischen und politischen Veränderungen in den Ländern Mittel- und Osteuropas angeregt und unterstützt werden.
15. Im landesweiten Fernsehen eines jeden Landes sollte regelmäßig und kostenlos Sendezeit während und außerhalb der Hauptsendezeiten bereitgestellt werden, in der die Gesundheitsdienste für ihre Einrichtungen zur Krisen- und Streßbewältigung werben können.

*Anhang 1***ARBEITSPAPIERE¹**

- ICP/PSF 028/7 Stress-related mental and psychosocial problems resulting from work in small enterprises/having unstable temporary work, von T. Cox
- ICP/PSF 028/8 The role of social networks in preventing mental health problems, von O. Steffen Dalgard
- ICP/PSF 028/9 Changes in east central Europe and their effect on the mental health system, von J. Füredi
- ICP/PSF 028/10 Some psychosocial implications of disasters, von R. Giel
- ICP/PSF 028/11 The demands made upon general practitioner services by people/population groups exposed to major stressors, von D. Chase
- ICP/PSF 028/12 Mental health and unemployment, von S. Weyerer
- ICP/PSF 028/13 What we know from research on stress and health that could be used to prevent mental and psychosocial problems resulting from exposure of vulnerable population groups to intense psychosocial stress, von A. Jablensky

¹ Exemplare sind erhältlich beim Referat Psychische Gesundheit, WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø.

-
- ICP/PSF 028/14 Social interventions for reducing mental and psychosocial problems in population groups facing intense psychosocial stress in Hungary, von A. Kovacs
- ICP/PSF 028/15 Definitions of stress and related mental and psychosocial problems, von V. Kovess
- ICP/PSF 028/16 Main mental and psychosocial problems in population groups in eastern Germany who are exposed to intense psychosocial stress, von K. Scheuch
- ICP/PSF 028/17 A clinical approach to stress management, von A. Vaz-Serra
- ICP/PSF 028/18 The impact on the demand for SOS services in times of intense socioeconomic change – the experiences of the population in Moscow, von S. Trofimov
- ICP/PSF 028/19 The experience of the Red Cross and Red Crescent national societies in Europe in meeting the psychological needs resulting from stressful events and disasters, von U. Kirk

*Anhang 2***TEILNEHMER****Berater auf Zeit**

Dr. Peter Breier

Psychiatrische Abteilung, Allgemeinkrankenhaus NsP Ruzinov,
Bratislava, Tschechoslowakei

Professor Marianne Cederblad

Abteilung Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters,
Krankenhaus St. Lars, Universität Lund, Schweden

Dr. Derek Chase

Cavendish Health Centre, London, Vereinigtes Königreich

Professor Tom Cox

Centre for Organizational Health and Development, Department of
Psychology, University of Nottingham, Vereinigtes Königreich

Professor Odd Steffen Dalgard

Ullevaal-Krankenhaus, Zentrum für Soziales Netz und Gesundheit,
Oslo, Norwegen

Dr. Z. Dytrych

Psychiatrisches Zentrum Prag, Tschechoslowakei (*Ko-Vorsitzender*)

Professor Leo Eitinger

Hauptabteilung Katastrophen-Psychiatrie, Institut für Psychiatrie,
Universität Oslo, Norwegen

Dr. János Füredi

Abteilung Psychiatrie, Medizinische Fakultät, Budapest, Ungarn

Dr. Zuzana Havrdová

Regionalinstitut für Ambulante Psychiatrische Dienste (RIAPS),
Prag, Tschechoslowakei

Professor Dan G. Hertz

Direktor, W.-Schindler-Zentrum, Hebräische Universität,
Jerusalem, Israel

Dr. Milan Horvath

Nationales Institut für Öffentlichen Gesundheitsschutz, Prag,
Tschechoslowakei

Professor Assen Jablenski

Stiftung für Neurowissenschaftliche und Verhaltensforschung,
WHO-Kooperationszentrum für Psychische Gesundheit, Sofia,
Bulgarien

Annamaria Kovacs

Ungarisches Institut für Gesundheitsförderung, Budapest, Ungarn

Dr. Vivianne Kovess

Nationales Institut „Marcel Rivière“, Zentrum für Psychische
Gesundheit, Paris, Frankreich

Dr. Zdenek Kucera

Nationales Zentrum für Gesundheitsförderung, Prag,
Tschechoslowakei

Dr. Lennart Levi

Karolinska Institut, Abteilung Streßforschung,
WHO-Kooperationszentrum für Forschung und Ausbildung im
Bereich Psychosoziale Faktoren und Gesundheit, Stockholm,
Schweden (*Ko-Vorsitzender*)

Migalda Sarucco

Sozialpsychiatrischer Dienst für Flüchtlinge, Zentrum für
Gemeindenaher Psychische Gesundheitsfürsorge, Amsterdam,
Niederlande

Dr. Ctirad Skoda

Psychiatrisches Zentrum Prag, Tschechoslowakei

Dr. Sergej W. Trofimow

SOS-Telefondienst, Moskau, Russische Föderation

Professor Adriano Vaz-Serra

Abteilung Psychiatrie, Universitätskrankenhaus Coimbra, Portugal

Dr. Philip Weber

Department of Epidemiology and Public Health, Yale University,
New Haven, CT, USA

Dr. Siegfried Weyerer

Zentralinstitut für Psychische Gesundheit, WHO-Kooperationszentrum
für Forschung und Ausbildung im Bereich Psychische Gesundheit,
Mannheim, Deutschland

Dr. Vladislav Zikmund

Leiter der Abteilung Hirnphysiologie, Institut für Normale und
Pathologische Physiologie, Slowakische Akademie der
Wissenschaften, Bratislava, Tschechoslowakei

Vertreter anderer Organisationen

Internationale Vereinigung der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften

Dr. Uffe Kirk

Nordgaardsvej 5, Svinninge, Dänemark

Internationale Vereinigung der Telefonnotdienste

Hannu Sorri

Luotsikatu 1a, PL185, SF-00161 Helsinki, Finnland

Beobachter

Professor Zdenek Matejcek

Referat Familienforschung, Psychiatrisches Zentrum Prag,
Tschechoslowakei

Dr. Jan Pfeiffer

Bürgervereinigung für die Pflege der psychischen Gesundheit, Prag,
Tschechoslowakei

Weltgesundheitsorganisation

Regionalbüro für Europa

Elisabeth Brock

Programmassistentin, Psychische Gesundheit

Dr. José G. Sampaio Faria

Regionalbeauftragter für Psychische Gesundheit