# 2. Zum Verständnis und zur Epidemiologie psychischer Störungen

In der klinischen Psychologie und Psychiatrie sind „psychische Störungen" grundlagentheoretisch nicht eindeutig definierte und auch keineswegs feststehende Gesundheitsbeeinträchtigungen (Petermann et al. 1998). Eine begriffliche Eingrenzung psychischer Störungen setzt voraus, dass zwischen normaler psychischer Verfassung bzw. psychischer Gesundheit und dem, was von dieser Norm abweicht, unterschieden werden kann. Genau hier liegt die Schwierigkeit begründet, denn da die Ätiologie vieler psychischer Störungen bis heute nicht geklärt ist, existieren diverse Modelle zur Erklärung psychischer Störungen, die nachfolgend skizziert werden (Davison et al. 2007; Petermann et al. 1998).

## 2.1 Psychische Störungen

Dem biologischen Ansatz zufolge basieren psychische Störungen auf abnormen biologischen Prozessen, vorrangig auf Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems. Gestörtes Verhalten und Erleben werden demzufolge als Symptome einer Krankheit betrachtet, die durch körperliche Gesundheitsstörungen, besonders des Gehirns, hervorgerufen werden (Wittchen und Hoyer 2006; Davison et al. 2007).

Alle psychischen Funktionen und das Verhalten sind gemäß diesem Paradigma neurobiologisch determiniert, d. h. direkt abhängig von der Funktion und der anatomischen Beschaffenheit der Gehirnzellen, -strukturen sowie des Nervensystems. Dabei ist der Begriff „neurobiologisch" weit gefasst: Unter ihm werden biochemische, anatomische, neuroendokrine, physiologische und genetische Ansätze subsumiert. Die neurobiologische Perspektive basiert insbesondere auf dem medizinischen Krankheitsmodell und entwickelte sich bis in die Gegenwart in erster Linie unter dem Einfluss der wissenschaftlichen Fortschritte in der Physiologie, Anatomie sowie der so genannten bildgebenden Verfahren. Da laut der Modellannahme die Ursachen psychischer Störungen in spezifizierbaren Defekten und Fehlfunktionen des Gehirns und des Nervensystems liegen, wird gefolgert, eine erfolgreiche kausale Therapie sei daran gebunden, dass gesicherte Kenntnis-

D. Heitmann, *Das Gleichgewicht halten,* Gesundheit und Gesellschaft,
DOI 10.1007/978-3-658-00032-5_2, © Springer Fachmedien Wiesbaden 2013

se über die krankheitsverursachenden Faktoren und deren Funktionsweise vorliegen (Wittchen und Hoyer 2006).

Zu den typischen Forschungsansätzen dieses Paradigmas gehört u. a. die Verhaltensgenetik, die individuelle Differenzen im menschlichen Verhalten durch eine unterschiedliche genetische Ausstattung zu erklären versucht. Insgesamt vier verschiedene methodische Ansätze kommen hierbei zur Anwendung: 1) In Familienstudien werden Vergleiche zwischen den Mitgliedern einer Familie angestellt. 2) Zwillingsstudien betrachten Unterschiede und Gemeinsamkeiten eineiiger oder zweieiiger Zwillinge. 3) Adoptionsstudien untersuchen die psychische Verfassung adoptierter Kinder. 4) Linkage-Analysen wenden sich der Vererbung genetischer Marker zu. Dieser Forschungszweig hat zahlreiche Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen neurobiologischen Fehlfunktionen und Störungen im Erleben und Verhalten von Menschen hervorgebracht (Davison et al. 2007).

An dem Modell wird jedoch bisweilen der einseitige Anspruch kritisiert, psychische Phänomene, Verhalten und psychopathologische Symptome allein kausal orientiert erklären zu wollen. Darüber hinaus wird eingewandt, diese Perspektive berücksichtige Wechselwirkungen, zum Beispiel zwischen kognitiven, verhaltensbezogenen, affektiven und psycho-biologischen Prozessen, nur unzureichend (Wittchen und Hoyer 2006). Die Vertreter dieses Forschungsparadigmas hingegen nehmen an, dass zukünftig für alle psychischen Störungen biologische Ursachen gefunden werden können (Petermann et al. 1998).

Die Vertreter des traditionell psychodynamischen Ansatzes gehen davon aus, dass die Ursachen psychischer Störungen in erster Linie innerpsychischer Natur und damit keineswegs biologisch determiniert sind. Den psychoanalytischen Theorien zufolge handelt es sich bei den meisten psychischen Störungen lediglich um Erweiterungen grundsätzlich normaler, d. h. von allen Menschen erfahrbarer Prozesse. Entscheidende Einflussgrößen menschlichen Verhaltens sind – so die Annahme dieses Modells – unbewusst. Den Kern dieser Perspektive bildet folglich die These, psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten würden aus Problemen des Unbewussten entstehen. So werden bestimmte Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten (Neurosen) auf ungelöste, verdrängte frühkindliche Konflikte zurückgeführt, die im späteren Leben durch auslösende Situationen aktiviert werden (Wittchen und Hoyer 2006). Historisch liegt dem Modell die psychodynamische Theorie des Unbewussten zugrunde, die maßgeblich auf Sigmund Freud zurückgeführt werden kann. In diesem Modell wird ein „seelischer Apparat“ angenommen, der in bestimmte, die Psyche organisierende und teilweise konkurrierende Instanzen eingeteilt ist, denen unterschiedliche Aufgaben zukommen und die in einem komplexen Verhältnis zueinander stehen. Psychische

Störungen entstehen – den Prämissen dieses Modells folgend – immer dann, wenn Konflikte durch Widersprüche zwischen diesen Instanzen und der äußeren Realität auftreten (Davison et al. 2007). Aktuelle psychoanalytische Theorien, wie die Objektbeziehungstheorie (zum Beispiel Masterson 2003), sind bestrebt, bestehende Widersprüchlichkeiten der traditionellen psychodynamischen Theoriebildung aufzuheben und das Modell weiterzuentwickeln. Ihnen ist jedoch weiterhin die Grundannahme der psychodynamischen Perspektive gemeinsam, die davon ausgeht, dass unbewussten psychischen Prozessen in Interaktionen mit Objekten eine zentrale Rolle im menschlichen Verhalten zukommt (Davison et al. 2007).

Die kognitiv-behavioristische Perspektive wird als genuin psychologisch betrachtet und ist somit an die Entwicklung der Psychologie als wissenschaftliches Fach gebunden. Zuweilen wird zwischen der zeitlich früheren behavioralen und der späteren kognitiven Theoriebildung differenziert. Aktuellere psychologische Literatur hält diese Trennung jedoch nicht aufrecht. Beim behavioralen Ansatz rückte – ausgehend von tierexperimentellen Verfahren – die Untersuchung des beobachtbaren Verhaltens mit objektiven Methoden in den Vordergrund. Mit Reiz-Reaktionsuntersuchungen konnten wichtige Erkenntnisse über Lernprozesse und damit verlässliche Aussagen über menschliches Verhalten generiert werden. Aus diesen Studien entwickelten sich zunächst die lerntheoretischen Erklärungsansätze des Verhaltens. Sie bildeten zum einen die wesentlichen Grundlagen der folgenden kognitiven und kognitiv-behavioralen Perspektiven und stellten zum anderen die Begründung verhaltenstherapeutischer Ansätze dar. Auf der Grundlage der Abhandlungen zum klassischen Konditionieren (Pawlow), des instrumentellen Lernens (Thorndike), des operanten Konditionierens (Skinner) sowie der Untersuchungen zum Modelllernen (Bandura) entwickelte sich Mitte des vergangenen Jahrhunderts die Verhaltenstherapie als einflussreichste psychotherapeutische Behandlungsform – neben den psychoanalytischen und systemischen Verfahren. Die Verhaltenstherapie repräsentierte ursprünglich die Anwendung aller modernen Lerntheorien auf die Behandlung abweichenden Verhaltens. Demnach werden psychische Störungen als Ergebnis fehlgelaufener Konditionierungsprozesse gedeutet. Sie werden somit, wie jedes andere Verhalten, durch Lernen und Verstärkung erworben und sind folglich ebenso wieder ver- oder umlernbar (Wittchen und Hoyer 2006; Davison et al. 2007).

Der kognitiv-behaviorale Ansatz kann als Weiterentwicklung des für die Aufklärung vieler psychischer Störungen und Verhaltensprobleme unzureichenden behavioralen Ansatzes betrachtet werden. Psychische Störungen werden aus dieser Perspektive als das Ergebnis einer fehlerhaften Wahrnehmung der Situationswirklichkeit, als Resultat fehlerhafter Schlussfolgerungen der Situations-

realität sowie defizitärer Schlussfolgerungen oder inadäquater Problemlösungen konzeptualisiert.

Beim methodischen Spektrum greift dieser Ansatz auf das gesamte Methodeninventar der Psychologie zurück und schließt alle Prozesse des Wahrnehmens, Begreifens, Schlussfolgerns sowie der Handlungskontrolle ein. Unter den vielen möglichen kognitiven Faktoren, die das Verhalten einer Person leiten oder fehlleiten können, ist die Überzeugung einer Person, kritische Situationen bewältigen zu können, ein wichtiges Beispiel. Psychische Störungen sind diesem Modell zufolge die Auswirkungen einer fehlerhaften Wahrnehmung objektiver Situationsrealitäten bzw. fehlerhafter Schlussfolgerungen oder Problemlösungen. Dieser Perspektivwandel führte zu einer breit angelegten Integration der Erkenntnisse der gesamten Forschungsarbeiten der Psychologie in die klinische Psychologie bzw. Verhaltenstherapie (Davison et al. 2007).

Seit den 1970er Jahren konvergiert die Entwicklung fast aller oben aufgeführten Modelle mehr oder minder auf einem interaktionalen oder biopsychosozialen Ansatz, der unter verschiedenen Bezeichnungen geführt wird und mit vergleichbaren Konnotationen einhergeht. Demzufolge sind menschliches Verhalten und psychische Störungen als Interaktion biologischer, psychologischer und sozialer Variablenbündel unter Einschluss entwicklungsbezogener Aspekte zu verstehen (Wittchen und Hoyer 2006).

Ein prominentes Beispiel dieser Perspektive stellt das so genannte „Diathese-Stress-Modell“ dar (Hurrelmann 2006a). In diesem Modell werden biologische, psychologische, soziale und ökologische Faktoren verbunden und die Wechselwirkungen zwischen der Disposition für eine Krankheit (Diathese/Vulnerabilität) und der belastenden Umwelt oder den belastenden Lebensereignissen (Stress) untersucht. Kennzeichnend für das Diathese-Stress-Modell ist, dass es unterschiedliche Perspektiven integriert und davon ausgeht, dass Menschen prädisponiert sind, auf bestimmte Formen von Umweltstress zu reagieren. Die Diathese kann konstitutioneller Art sein (zum Beispiel genetisch veranlagt, wie in hohem Maße bei schizophrenen Störungen) oder sich auf psychologische Faktoren beziehen. Ihre Ursachen können in Kindheitserfahrungen, genetisch festgelegten Persönlichkeitsmerkmalen oder in soziokulturellen Einflüssen gründen. Zur Entwicklung einer Störung sind sowohl die Diathese als auch eine Stressexposition Voraussetzung. Ein einzelner Faktor führt dem Modell zufolge in der Regel nicht zu einer psychischen Störung, vielmehr ist das Vorhandensein mehrerer Einflussgrößen entscheidend (Davison et al. 2007). Mit derartigen interaktionalen Modellen ist eine breitere und widerspruchsfreiere Integration aller neuen

Forschungserkenntnisse zum Verständnis psychischer Störungen möglich geworden (Wittchen und Hoyer 2006).

Aufgrund der skizzierten heterogenen Modelle zur Erklärung psychischer Störungen verwundert es kaum, dass in der klinischen Psychiatrie und Psychologie für die meisten Störungen die Ansichten hinsichtlich Ätiologie, Pathogenese und Entstehungsbedingungen bzw. aufrechterhaltender Faktoren umstritten sind (Mombour 2000).

Um das ätiologische Dilemma zu umgehen, haben sich Wissenschaft und Praxis daher im Konsens darauf verständigt, psychische Störungen lediglich als nach dem aktuellen Stand der Forschung und nach für die praktische Arbeit sinnvoll strukturierten Konstrukten für eine begrenzte Zeit zu definieren (Wittchen und Hoyer 2006). Immer dann, wenn neue Erkenntnisse es nahelegen, einzelne Störungen, Einteilungsgründe oder Strukturen zu ändern, wird eine neuerliche Revision der bestehenden Systematisierung vorgenommen. Dabei werden unter dem Begriff „psychische Störungen" nicht lediglich die allgemein bekannten diagnostischen Bezeichnungen, wie Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit, subsumiert, sondern auch psychische Störungsphänomene im Kontext somatischer Erkrankungen, bestimmte Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter sowie Persönlichkeitsstörungen.

Mittlerweile wurden ältere, ätiologisch ausgerichtete Strukturierungen psychischer Störungen zugunsten moderner Klassifikationssysteme, die psychische Erkrankungen im Wesentlichen nach phänomenologischen Gesichtspunkten einteilen (zum Beispiel aufgrund ihrer Symptomatik, ihres Schweregrades und Verlaufs), aufgegeben (Brunnhuber et al. 2005). Sowohl die klinische Psychologie als auch die Psychiatrie (und die Medizin) beziehen sich auf diese etablierten Klassifikationssysteme psychischer Störungen. Im fünften Kapitel der 10. Revision der „International Classification of Diseases" (ICD 10) sind die diagnostischen Konventionen psychischer Störungen kodifiziert und damit für die Gesundheitsberufe verbindlich und einheitlich geregelt. Darüber hinaus beziehen sich klinische Psychologie und Psychiatrie aber auch auf das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" in seiner aktuellen 4. Revision (DSM-IV) als Standard in Forschung und Lehre. Es ist mit dem ICD-10 kompatibel, definiert jedoch spezifischer und genauer das Regelsystem für die einzelnen Störungskategorien (Wittchen und Hoyer 2006). Der Ausdruck „psychische Störungen" wurde 1980 über die DSM-Klassifikation eingeführt und ist konzeptuell und inhaltlich äußerst weit gefasst. Demzufolge ist im fünften Kapitel des ICD-10 von „psychischen und Verhaltensstörungen" die Rede.

Im Lebenslauf des Menschen verändert sich die Fähigkeit auftretende Konflikte und Belastungen zu bewältigen. Die Bewältigungskompetenzen differieren nicht lediglich interindividuell, sondern auch in Abhängigkeit von der jeweiligen Sozialisations- bzw. Entwicklungsphase. Personen, denen es gelingt, sich den vielfältigen und wechselnden Anforderungen und Herausforderungen im Lebenslauf anzupassen und den elementaren Alltagsaufgaben gerecht zu werden, werden gewöhnlich als psychisch gesund oder psychisch unauffällig bezeichnet. Wenn jedoch Probleme im Erleben und Verhalten die Fähigkeiten einer Person zu oft, zu lange und/oder zu intensiv beeinträchtigen und sich dieses im Privat- und Berufsleben negativ auswirkt bzw. wenn psychische oder Verhaltensprobleme die Person daran hindern, gesellschaftliche, normative oder persönliche Ziele zu erreichen oder wenn sie darunter leidet, kann beim Vorliegen bestimmter Kriterien von einer „psychischen Störung" gesprochen werden (Wittchen und Hoyer 2006). Als Anzeichen gestörten Erlebens und Verhaltens werden in der klinischen Psychologie und Entwicklungspsychopathologie die folgenden Kriterien vorgeschlagen:

- Devianz[2]/Verletzung sozialer Normen: In einem bestimmten Kontext von einer statistischen Norm oder gesellschaftlichen Regel abweichend.
- Leidensdruck/persönliches Leid: Die betroffene Person leidet unter ihrem Denken, Handeln oder Fühlen.
- Psychosoziale Beeinträchtigung/Beeinträchtigung der Lebensführung: Die betroffene Person ist durch ihr Denken, Fühlen oder Handeln so eingeschränkt, dass sie nicht mehr in der Lage ist für sich zu sorgen, soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten oder einer Arbeit nachzugehen.
- Gefährdung/unangemessenes Verhalten: Gleichgültigkeit, herabgesetztes Urteilsvermögen, Feindseligkeit, Fehlinterpretation können den Betroffenen und/oder andere Personen in Gefahr bringen (Petermann et al. 1998; Davison et al. 2007).

Psychische Störungen lassen sich folglich zumindest in vier miteinander interagierenden Schlüsselkategorien genauer beschreiben:

1. Der Art und Weise, wie Menschen ihre Gefühle erleben und äußern (Emotion),

2 In der Soziologie werden unter dem Begriff „abweichendes Verhalten" (Devianz) Verhaltensweisen gefasst, die gegen die in einer Gesellschaft oder einer ihrer Teilstrukturen geltenden sozialen Normen verstoßen und im Falle ihrer Aufdeckung soziale Reaktionen hervorrufen, die darauf abzielen, die betreffende Person zu bestrafen, zu isolieren, zu behandeln oder zu bessern (Peuckert 2006). Als abweichendes Verhalten wird primär Kriminalität betrachtet (vgl. Merton 1995, Sack und König 1979), aber auch Alkoholismus, illegaler Drogenkonsum, Homosexualität und Prostitution sowie psychische Störungen (Peuckert 2006).

2. der Art und Weise, wie sie denken, urteilen und lernen (zum Beispiel Informationsverarbeitung und Kognition),
3. der Art und Weise, wie sie sich verhalten (zum Beispiel Motorik und soziale Interaktion) und
4. hinsichtlich der körperlichen bzw. biopsychologischen Phänomene (zum Beispiel Herzfrequenz, Muskeltonus, neuroanatomische Funktionsstörungen), die sie aufweisen (Wittchen und Hoyer 2006, S. 30).

Saß et al. (2003) definieren psychische Störungen in Anlehnung an das DSM-IV als ein klinisch bedeutsames Verhaltenssyndrom oder psychisches Syndrom bzw. Muster, das mit momentanem Leiden (zum Beispiel schmerzhaften Symptomen), einer Beeinträchtigung (zum Beispiel Einschränkungen in einem oder in mehreren wichtigen sozialen Bereichen) oder mit einem erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust der Freiheit zu erleiden. Unabhängig vom ursprünglichen Auslöser muss bei der betroffenen Person eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung zu beobachten sein.

Diese Definition macht deutlich, dass das Konstrukt psychische Störungen eine Vielzahl von Indikatoren, Prozessen und Interaktionen umfasst, die sich keineswegs nur auf psychische Prozesse im engeren Sinne, sondern auf die Gesamtheit menschlichen Verhaltens einschließlich des soziokulturellen Kontextes und biologischer Aspekte beziehen. Es handelt sich um einen rein deskriptiven Ansatz, der weitgehend auf ätiologische Erklärungen als Grundlage für eine Klassifikation verzichtet (Wittchen und Hoyer 2006). Nachfolgend werden die epidemiologischen Befunde über psychische Störungen im Erwachsenenalter dargestellt.

## 2.2 Epidemiologie psychischer Störungen im Erwachsenenalter

Die Prävalenz psychischer Störungen in Familien liefert Hinweise auf die hohe gesellschaftliche Relevanz des Dissertationsthemas. Zunächst wird ein Blick auf die Prävalenz psychischer Störungen im Erwachsenenalter geworfen, bevor US-amerikanische Surveydaten sowie die wenigen behandlungsbezogenen Studienergebnisse über psychische Erkrankungen in Familien hierzulande erläutert werden.

Weltweit nehmen psychische Störungen im Krankheitspanorama von Bevölkerungen eine prominente Stellung ein. Die nachfolgenden Ergebnisse verdeutlichen dieses Faktum, sie beziehen sich auf Studien, die wissenschaftlich anerkannte Erhebungsinstrumente eingesetzt haben (zum Beispiel Composite International

Diagnostic Interview/CIDI; WHO 1997), d. h., die auf internationalen Klassifikationssystemen für psychische Störungen basieren (DSM-III oder IV).

In der US-amerikanischen *Epidemiologic-Catchment-Area*-Studie (ECA) wird beispielsweise eine Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen im Erwachsenenalter von etwa 32 % angegeben (Robins und Regier 1991). Kessler et al. (2005a) ermitteln in der Replikation des *National Comorbidity Survey* eine Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen von 46,4 %. Wittchen und Jacobi (2005) tragen in einer Übersichtsarbeit die Ergebnisse 27 europäischer Studien (einschl. Island, Norwegen und der Schweiz) zusammen. Demzufolge liegt die geschätzte Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen bei 27,4 %. In der *TACOS-Studie* (Meyer et al. 2001), bei der es sich um eine regionale Repräsentativuntersuchung in einer norddeutschen Region handelt, beträgt die Lebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung (einschließlich Abhängigkeitserkrankungen) 35,6 %. Jacobi et al. (2004) berichten aus dem bundesdeutschen *German National Health Interview and Examination Survey (GHS-MHS)* eine Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen von 42,6 % in der erwachsenen Bevölkerung. In der für die erwachsene Bevölkerung repräsentativen niederländischen *NEMESIS-Studie* (Bijl et al. 1998) wird eine Lebenszeitprävalenz von 41,2 % konstatiert.

Tabelle 2.2 gibt einen Überblick über die Lebenszeitprävalenzen für psychische Störungen in Deutschland, den USA sowie den Niederlanden. Demnach nehmen affektive Störungen, zu denen die Depressionen zu rechnen sind (vgl. Kap. 3.5), neben den Angststörungen eine prominente Stellung im Spektrum der psychischen Störungen in den genannten Ländern ein.

Die Ergebnisse der in Deutschland zwischen 1998 und 1999 durchgeführten *GHS-Studie* (Jacobi et al. 2004) dokumentieren eine Lebenszeitprävalenz von 18,6 % für affektive Störungen und 4,5 % für die Schizophrenie. Demgegenüber zeigt sich in der *TACOS-Studie* (Meyer et al. 2000) eine Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen von 12,3 %.

Die Jahresprävalenzen liegen erwartungsgemäß unter den Lebenszeitprävalenzen, wie die Ergebnisse der folgenden Studien verdeutlichen. Kessler et al. (2005b) berichten in der US-amerikanischen *NCS-R Studie* von einer Jahresprävalenz für psychische Störungen von 26,2 %. Auch in der *TACOS-Studie* (Meyer et al. 2001) wird eine Jahresprävalenz von 26,2 % errechnet.

*Tabelle 2.2:* Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen im Ländervergleich

| | **Deutschland**[1] | | **USA**[2] | | **Niederlande**[3] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | (SE) | % | (SE) | % | (SE) |
| **Substanzstörungen gesamt** | **9,9** | **(0,6)** | **14,6** | **(0,6)** | **18,7** | **(0,5)** |
| Alkoholmissbrauch | 8,5 | (0,5) | 13,2 | (0,6) | 11,7 | (0,4) |
| Alkoholabhängigkeit | | | 5,4 | (0,3) | 5,5 | (0,3) |
| Drogenmissbrauch | 2,1 | (0,2) | 7,9 | (0,4) | 1,5 | (0,1) |
| Drogenabhängigkeit | | | 3,0 | (0,2) | 1,8 | (0,2) |
| Schizophrenie/mögl. Psychosen | 4,5 | (0,4) | - | - | 0,4 | (0,1) |
| **Affektive Störungen gesamt** | **18,6** | **(0,6)** | **20,8** | **(0,6)** | **19,0** | **(0,5)** |
| Major Depression/MD-Episode | 17,1 | (0,6) | 16,6 | (0,5) | 15,4 | (0,4) |
| Dysthymie | - | - | 2,5 | (0,2) | 6,3 | (0,3) |
| Bipolare Störung | 1,0 | (0,1) | 3,9 | (0,2) | 1,8 | (0,2) |
| **Angststörungen gesamt** | - | - | **28,8** | **(0,9)** | **19,3** | **(0,5)** |
| Panikstörung mit/ohne Agoraphobie | 3,9 | (0,3) | 4,7 | (0,2) | 3,8 | (0,2) |
| Agoraphobie ohne Panikstörung | - | - | 1,4 | (0,1) | 3,4 | (0,2) |
| Generalisierte Angststörung | - | - | 5,7 | (0,3) | 2,3 | (0,2) |
| **Psychische Störungen gesamt** | **42,6** | **(0,8)** | **46,4** | **(1,1)** | **41,2** | **(0,6)** |

[1] Jacobi et al. 2004

[2] Kessler et al. 2005a

[3] Bijl et al. 1998

Quelle: eigene Darstellung nach Jacobi et al. 2004, Kessler et al. 2005a, Bijl et al. 1998

Die Daten des *German National Health Interview and Examination Survey (GHS-MHS)* zeigen eine Jahresprävalenz von 31,1 % (Jacobi et al. 2004). Den Studien ist einheitlich zu entnehmen, dass etwas mehr als ein Drittel der erwachsenen europäischen und US-amerikanischen Bevölkerung im Laufe des Lebens die Kriterien für das Vorhandensein einer psychischen Störung erfüllt.

Von den Personen, die im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung erkranken, weist wiederum ein erheblicher Teil in diesem Zeitraum zwei oder mehr psychische Störungen auf. Baumeister und Härter (2007) berechnen eine Komorbidität für psychische Störungen auf der Basis nationaler und internationaler Surveydaten, die für zwei oder mehr psychische Störungen zwischen 34,1 %

und 39,5 % liegt. Im bundesdeutschen *GHS-MHS*-Survey (Jacobi et al. 2004) wird herausgestellt, dass rd. 40 % der Studienteilnehmer, die psychische Störungen zeigen, mehr als eine einzige Störung im Laufe eines Jahres aufweisen. Besonders hohe Komorbiditäten zeigen der Studie zufolge mit 94 % die generalisierte Angststörung sowie mit 88 % die Panikstörung. Affektive Störungen weisen mit rd. 61,2 % und schizophrene Störungen mit ca. 73 % ebenfalls hohe Komorbiditäten für zwei oder mehr Störungen im 12-Monatszeitraum auf (ebd.).

Die Anzahl der Komorbiditäten ist für die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems von wesentlicher Bedeutung. Dies soll erneut anhand der Ergebnisse des *GHS-MHS* (Jacobi et al. 2004) verdeutlicht werden: Während der Anteil der Erkrankten, die irgendeine Intervention innerhalb eines Jahres in Anspruch nehmen, bei den Personen mit lediglich einer psychischen Störung etwa 30,6 % beträgt, steigt dieser auf 43,5 % bei Personen mit zwei, auf 59,6 % bei Personen mit drei sowie auf 76,1 % bei Erkrankten mit vier oder mehr Diagnosen in erheblichem Umfang an.

Die Daten der US-amerikanischen Replikation des *NCS*-Survey (Wang et al. 2005) zeigen, dass sich lediglich rd. 12,3 % der Personen mit einer psychischen Störung in psychiatrische Behandlung begeben und etwa 16 % spezielle psychotherapeutische bzw. psychosoziale Angebote nutzen. Immerhin etwa 22,8 % der Studienteilnehmer mit einer psychischen Störung nehmen innerhalb eines Jahres aufgrund ihrer psychischen Problemlagen das primäre Versorgungssystem in Anspruch, d. h. in erster Linie Allgemein- und Hausärzte sowie das ambulante pflegerische Versorgungsangebot. Rund 21 % der Studienteilnehmer mit einer affektiven psychischen Störung begeben sich der Studie zufolge in psychiatrische Behandlung und 24,1 % nutzen spezielle psychotherapeutische bzw. psychosoziale Angebote. Immerhin 32,8 % der Personen mit einer affektiven Störung gelangen in die Primärversorgung, weitere 56,4 % erhalten Unterstützung außerhalb des Gesundheitssystems, wie beispielsweise durch allgemeine Beratungsangebote oder Seelsorger (ebd.).

Auch die Ergebnisse des repräsentativen *British National Survey of Psychiatric Morbidity* (Bebbington 2000) verweisen in diesem Zusammenhang deutlich darauf, dass bei weitem nicht alle Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose in ein entsprechendes therapeutisches Behandlungssetting eintreten. Demzufolge werden – unabhängig vom Lebensalter – lediglich rd. 10 % der Personen mit einer psychischen Erkrankung behandelt, selbst Personen mit zwei oder mehr psychiatrischen Diagnosen nur zu ca. 30 %. Die WHO spricht in diesem Zusammenhang von einem „treatment gap“, worunter der Anteil an Personen zu verste-

hen ist, der eine Behandlung benötigen würde, diese jedoch nicht erhält (Kohn et al. 2004; WHO 2005a).

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass nicht die Diagnose allein ausschlaggebend dafür ist, ob psychische Störungen behandlungsbedürftig sind. Vielmehr ist das Ausmaß damit verbundener psychischer und sozialer Funktionsstörungen entscheidend (Baune und Arolt 2005). Die vorliegenden Studienergebnisse weisen insgesamt auf eine vergleichsweise geringe Nutzung spezialisierter psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Angebote hin und auf die hohe Bedeutung des primären Versorgungssystems sowie alternativer, außerhalb des Gesundheitssystems angesiedelter Angebote bei der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Neben den genannten Befunden bietet das *Global Burden of Disease-Projekt* der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2004) eine Möglichkeit, die durch psychische Erkrankungen hervorgerufenen psychosozialen Funktionsstörungen fassbar zu machen. Mit dem Konzept der „disability adjusted life years" (DALY) wird ein epidemiologisches Maß zur quantitativen Abschätzung der Krankheitslast genutzt. Demzufolge ist unter einem DALY ein verloren gegangenes „gesundes" Lebensjahr zu verstehen, das durch vorzeitigen Tod und durch eine krankheitsbedingte Funktionseinschränkung verursacht wird (Mathers et al. 2004). Die WHO schätzt, dass rd. 26 % der DALYs in Deutschland im Jahre 2002 auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. Nach Erkrankungsformen differenziert zeigt sich, dass depressive Störungen einen Anteil von rd. 34,3 %, Alkohol- und Drogenabhängigkeit ca. 24,1 %, Schizophrenie etwa 3,9 %, Angststörungen rd. 2,1 % und Belastungsstörungen etwa 1,5 % an der Krankheitslast ausmachen.[3]

Die Daten der WHO bestätigen, dass depressive Störungen die Spitze sowohl bei den epidemiologischen Prävalenzberechnungen als auch bei einer bevölkerungsmedizinischen Abschätzung der allgemeinen Krankheitslast (burden of disease) bilden. Damit wird auch ersichtlich, dass psychisch erkrankte Menschen nicht in einem zeitlich eng umgrenzten, sondern vielfach über einen sehr langen Zeitraum ihrer Lebensspanne durch psychosoziale Funktionsstörungen beeinträchtigt sind.

Resümierend zeigen die epidemiologischen Befunde, dass psychische Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von rd. 43 % unter der erwachsenen Bevölkerung hierzulande gesundheitswissenschaftlich hochrelevante Erkrankungen darstellen. In diesem Kontext kommt den Depressionen (Major Depression) mit einer Prävalenz von ca. 17 % im Lebenslauf eine prominente Bedeutung zu.

3 Eigene Berechnung nach WHO: http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html, 23. 10. 2006.

http://www.springer.com/978-3-658-00031-8

Das Gleichgewicht halten
Interaktionskontexte von Kindern depressiv erkrankter Eltern
Heitmann, D.
2013, X, 250 S. 24 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-00031-8