

Soziale Konsequenzen psychischer Störungen in der Bevölkerung*

Eine Feldstudie an jungen Erwachsenen

J. Binder und J. Angst

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungsdirektion, Postfach, CH-8029 Zürich,
Schweiz

Social Consequences of Psychic Disturbances in the Population: A Field Study on Young Adults

Summary. In epidemiological surveys about neurotic and psychosomatic disturbances there is the question of how relevant the reported syndromes are. An important criterion to evaluate the relevance of a syndrome is its individual and social consequences. In a general population sample of 600 young adults in the Canton of Zurich (Switzerland), subjects answered a structured interview (SPIKE) about 25 different neurotic and psychosomatic syndromes and their consequences: personal suffering, impaired role performance, tendency to become chronic, and medical treatment. A number of neurotic syndromes (especially depression, anxiety, and exhaustion) ranked highest with regard to individual suffering and impaired role performance, but they rarely led to medical treatment. Psychosomatic syndromes, on the other hand, while treated more often, only caused minor personal suffering and did not impair role performance very much.

Key words: Epidemiology – Neurosis – Social impairment – Treatment

Zusammenfassung. Bei der Untersuchung neurotischer und psychosomatischer Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung im Rahmen epidemiologischer Erhebungen stellt sich die Frage nach der Bedeutsamkeit der erfaßten Syndrome. Ein wichtiges Kriterium bilden die individuellen und sozialen Konsequenzen der Syndrome. Bei einer Stichprobe von 600 jungen Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung im Kanton Zürich (Schweiz) wurden mit einem strukturierten Fragebogen (SPIKE) für jedes einzelne von 25 Syndromen

* Die Untersuchung wird unterstützt durch den Schweizerischen Nationalfonds, Projekt Nr. 3.804-0.76.

Für wertvolle Kommentare zu einer früheren Fassung danken wir Frau A. Dobler-Mikola

subjektive Belastung, Beeinträchtigung im Rollenverhalten, Tendenz zur Chronifizierung und Beanspruchung ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe erhoben. Eine Gruppe von neurotischen Syndromen (namentlich Depression, Angst, Erschöpfung) führt zur stärksten Behinderung im Rollenverhalten und zur stärksten subjektiven Beeinträchtigung; diese Syndrome werden jedoch selten professionell behandelt. Psychosomatische Syndrome werden generell häufiger behandelt, obwohl sie mit geringerer subjektiver Belastung und geringerer Behinderung im Rollenverhalten einhergehen.

Schlüsselwörter: Epidemiologie – Neurosen – Soziale Behinderung – Behandlung

1 Einleitung

Psychische Störungen umfassen ein äußerst breites Spektrum, das von schwersten Psychosen bis zu leichten neurotischen oder psychosomatischen Einzelsymptomen reicht; im selben Maße variieren auch die sozialen Konsequenzen, die aus psychischen Störungen resultieren können. Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit den Konsequenzen von leichteren Formen psychischer und psychosomatischer Störungen.

Epidemiologische Repräsentativerhebungen (Srole et al. 1962; Henderson et al. 1979) zeigen übereinstimmend eine weite Verbreitung psychischer und psychosomatischer Störungen in der Gesamtbevölkerung. Nur ein kleiner Teil der davon betroffenen Personen wird jedoch deswegen ärztlich oder psychologisch behandelt oder gar hospitalisiert. Die behandelten Fälle sind jedoch nicht typisch für die Gesamtheit aller Personen mit solchen Störungen: Sicher werden Personen mit sehr schweren psychischen Störungen und/oder solche mit sozial auffälligem oder bedrohlichem Verhalten zum größten Teil in psychiatrische Behandlung überwiesen. Abgesehen davon hat aber ein ganzes Bündel von verschiedenen Faktoren einen Einfluß darauf, ob jemand professionelle Hilfe beansprucht: neben dem Schweregrad der Störungen sind dies Beeinträchtigung der Rollenausübung, Zugänglichkeit ärztlicher Hilfe und das erlernte Krankheitsverhalten. Es ist deshalb nicht zulässig, von den behandelten psychiatrischen Fällen auf die Gesamtheit aller psychischen und psychosomatischen Störungen zu verallgemeinern. Bis heute beruht aber der größte Teil des psychiatrischen Wissens auf Erfahrungen an behandelten Fällen. Aus diesem Grunde sind ergänzende Studien über Manifestationsformen, Ätiologie und Verlauf psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung notwendig.

Zunächst stellt sich jedoch die Frage, ob psychische Störungen, wie sie in der Allgemeinbevölkerung vorkommen, überhaupt Krankheitswert haben, ob es sich dabei um „Fälle“ handelt. Im Grenzbereich zwischen schweren und leichten psychischen Störungen ist die Anwendbarkeit des Begriffes „Fall“ allerdings umstritten (Williams et al. 1980).

Um die Relevanz solcher Störungen genauer analysieren zu können, werden wir drei konkrete Unterfragen zu beantworten versuchen.

Tabelle 1. Relevanzkriterien für psychische Störungen

<i>Individuelle Ebene</i>	<i>Gesamtgesellschaftliche Ebene</i>
— Leidensdruck	— Bedrohlichkeit
— soziale Beeinträchtigung im Rollenverhalten	— soziale Kosten: — Leistungsausfall
— Dauer/Chronifizierung	— Inanspruchnahme von Hilfeleistungen
(— Behandlungsverhalten)	

1. Welche Kriterien für die Relevanz psychischer Störungen existieren?
2. Inwiefern sind diese Kriterien bei Personen mit psychosomatischen und neurotischen Beschwerden aus der Allgemeinbevölkerung erfüllt?
3. Welcher Zusammenhang besteht zwischen den verschiedenen Kriterien und Syndromen?

Während die in der ersten Frage erwähnten Kriterien aufgrund theoretischer Überlegungen *a priori* festgesetzt werden, werden die Fragen 2. und 3. anhand von Daten aus einer Feldstudie untersucht.

2 Kriterien für die Relevanz psychischer Störungen

Die Relevanz eines gesellschaftlichen Sachverhalts ist immer nur mit Bezug auf seine Auswirkungen innerhalb eines gegebenen Sozialsystems zu bestimmen. Auch im Hinblick auf die Bedeutsamkeit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung müssen wir fragen: relevant für wen? Wir schlagen daher vor, zwischen individuellen und gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen zu unterscheiden. In Tabelle 1 werden Kriterien für die soziale Bedeutsamkeit der Störungen zusammengestellt.

Aus der Zusammenstellung dieser Kriterien wird ersichtlich, daß individuelle und gesamtgesellschaftliche Relevanz psychischer Störungen keineswegs zusammenfallen müssen. Allerdings wird eine Häufung von Konsequenzen auf der individuellen Ebene meist auch gesamtgesellschaftliche Konsequenzen nachschieben und umgekehrt.

Bei unserer Untersuchung über die Relevanz von psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung stehen Konsequenzen auf der individuellen Ebene im Vordergrund. Die gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen können aufgrund unserer Untersuchung nicht abgeschätzt werden. Wir vermuten aber, daß die gesamtgesellschaftliche Relevanz insgesamt geringer ist als bei jenen Personen, die bereits in psychiatrischer Behandlung stehen.

Bei der Betrachtung der individuellen Ebene gehen wir davon aus, daß neurotische oder psychosomatische Symptome von Individuen dann als relevant wahrgenommen werden, wenn wenigstens eines der folgenden Relevanzkriterien erfüllt ist.

2.1 Leidensdruck

Der Begriff des Leidendrucks ist trotz seiner unmittelbaren Plausibilität äußerst schwierig exakt zu definieren. Die subjektive Belastung durch ein Syndrom wird u. a. bestimmt durch die psychische Struktur und die bisherige Lebenserfahrung des Individuums sowie durch die situativen Umstände und die sozialen Konsequenzen des Syndroms. Unter Umständen kann der Leidensdruck stark abweichen von der Bedeutung, die ein außenstehender Beobachter dem betreffenden Syndrom zumessen würde.

2.2 Soziale Beeinträchtigung im Rollenverhalten

Die Behinderung aufgrund eines psychosomatischen oder neurotischen Syndroms ist in ihrem Umfang variabel. Sie kann nur einen einzelnen oder mehrere Rollenbereiche betreffend oder total sein. Je mehr alltägliche Verhaltensweisen durch das Syndrom beeinträchtigt werden, desto relevanter dürfte das Syndrom für das Individuum sein. Ein Syndrom kann einerseits Aktivität und Leistung im Rollenhandeln behindern (instrumenteller Aspekt) oder den Gefühlsbereich und die Befriedigung (affektive Aspekte) beeinträchtigen.

2.3 Dauer

Ein weiterer Faktor, der neurotischen und psychosomatischen Syndromen Bedeutsamkeit verleiht, ist ihr zeitlicher Verlauf. Syndrome, die nur kurzzeitig oder situationsbedingt als Anpassungsreaktionen auftreten, sind allgemein verbreitet und dürften für das Individuum von untergeordneter Bedeutung sein. Wenn sich jedoch ein Syndrom zu chronifizieren beginnt, gewinnt es eine höhere subjektive Bedeutsamkeit.

2.4 Behandlungsverhalten

Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe haben wir nur mit Vorbehalt unter den Kriterien für individuelle Relevanz aufgeführt, da wir nicht annehmen, daß die Konsultation eines Spezialisten die Relevanz eines Syndroms für das Individuum noch zusätzlich erhöht. Wir sehen darin vielmehr ein mögliches Anpassungsverhalten des Individuums angesichts eines Syndroms, das aufgrund von Leidensdruck, sozialer Beeinträchtigung oder Chronifizierung problematisch geworden ist. Das Behandlungsverhalten ist jedoch ein wichtiger Indikator für die Relevanz eines Syndroms.

3 Untersuchungsanlage

Die sozialen Konsequenzen leichter psychischer Störungen sollen anhand einer empirischen Untersuchung besprochen werden. Stichprobe und Erhebungsinstrumente werden nachstehend beschrieben.

3.1 Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus je 300 20/21jährigen Männern und Frauen aus dem Kanton Zürich, die 1979 in einem persönlichen Interview befragt worden sind. Es handelt sich um eine nach dem Kriterium „Präsenz psychischer Störungen“ geschichtete Zufallsstichprobe aus einer Repräsent-

tativerhebung, bei der im Jahr zuvor rund die Hälfte des entsprechenden Geburtenjahrganges schriftlich befragt worden war. Die Männer hatten den Fragebogen anlässlich ihrer militärischen Musterung unter Anleitung eines Versuchsleiters aus der psychiatrischen Universitätsklinik ausgefüllt. Der Hälfte aller 20jährigen Frauen war derselbe Fragebogen per Post zugestellt worden. Während bei den Männern eine vollständige Beantwortung garantiert war, erzielten wir bei den Frauen eine Rücklaufquote von 75% (vgl. Binder et al. 1981). Das Kriterium „Präsenz psychischer Störungen“ wurde bei der Ersterhebung mit einem psychiatrischen Screeningtest (SCL-90R von Derogatis 1977) ermittelt. Die vorliegende Stichprobe ist so zusammengesetzt, daß zwei Drittel der Probanden auf dem Test oberhalb des cut-off-Wertes liegen, und ein Drittel darunter. Der gewählte cut-off-Wert hat in sich keine Bedeutung als Trennpunkt zwischen Fällen und Nicht-Fällen. Er wurde vielmehr empirisch so festgesetzt, daß er jene 15% der Probanden mit den höchsten SCL-90-Testwerten identifiziert. Der cut-off-Wert wurde für Männer und Frauen separat bestimmt.

Gegenüber der Grundgesamtheit von 20/21jährigen Erwachsenen sind Probanden mit psychischen Störungen in unserer Stichprobe stark übervertreten. Diese beabsichtigte Überrepräsentation kann bei Bedarf durch eine Gewichtung bei der statistischen Auswertung rückgängig gemacht werden.

3.2 Fragebogen

Die Probanden wurden in einem rund zweistündigen halbstandardisierten Interview über psychosomatische und neurotische Störungen, über belastende Lebensereignisse, soziale Rollenausübung und über weitere soziale Hintergrundmerkmale befragt. Für das Verständnis der vorliegenden Arbeit ist es notwendig, den Fragebogen SPIKE (Strukturiertes psychopathologisches Interview und Rating der sozialen Konsequenzen psychischer Störungen für die Epidemiologie) zu beschreiben, mit welchem die 25 psychosomatischen bzw. neurotischen Syndrome und deren soziale Konsequenzen erhoben wurden. Eine Liste dieser 25 Syndrome findet sich in Tabelle 2. Die Erhebung der Syndrome ist hierarchisch aufgebaut. Die Befragung über ein Syndrom wird nur weitergeführt, wenn gewisse Bedingungen der vorhergehenden Frage erfüllt sind. Im einzelnen baut sich das Erhebungsschema wie folgt auf:

1: Einleitungsfrage nach Präsenz des Syndroms in den letzten 12 Monaten.

Falls Syndrom vorhanden

2: Dauer, Häufigkeit, letztes Auftreten.

Falls das Syndrom eine a priori festgesetzte minimale *Dauer* und/oder *Häufigkeit* erreicht (für Magenschmerzen ist z. B. eine Episode von 1 Woche erforderlich oder mindestens monatliches Auftreten)

3: genaue Erhebung der Einzelsymptome und möglicher somatischer Ursachen.

Falls das Syndrom nicht unter ein *Ausschlußkriterium* (z. B. offensichtlich infektiöse Darmerkrankung; begründete Angst bei realer Gefahr) fällt, sprechen wir von einem „*klinisch relevanten Syndrom*. Nur wenn ein Syndrom „*klinische Relevanz*“ in diesem Sinne erreicht, wird es im folgenden erwähnt; in diesem Fall wird

4: ein „Rating sozialer Konsequenzen“ durchgeführt. Dieses umfaßt:

4a: die Messung der *subjektiven Belastung* durch das Syndrom mit einer Analogskala (Zeichnung eines Thermometers mit den Extremen „überhaupt keine Belastung“ und „enorme Belastung“);

4b: Erhebung des *Krankheitsverhaltens*, namentlich Konsultation eines Arztes oder eines anderen Spezialisten, Selbstbehandlung und Besprechung des Syndroms mit einer Bezugsperson;

4c: Erhebung der *Behinderung* oder Beeinträchtigung der normalen Rollenausübung durch das Syndrom in den Bereichen Arbeit, Freizeit, Kontakte mit Freunden und Eltern und Partnerbeziehung. (Wegen der vergleichsweise geringen Zahl von Probanden mit einem festen Partner wird Behinderung in der Partnerbeziehung hier nicht ausgewertet.) Die Art der

	Frauen (N = 299)	Männer (N = 292)
Depression	55	44
Kopfweh	50	26
Menstruation	38	—
Allergien	38	29
Angst	37	19
Rücken	35	28
Schlaf	34	30
Magen	34	22
Erschöpfung	33	18
Kreislauf	32	18
Soziale Probleme	28	21
Phobische Ängste	25	16
Herzbeschwerden	24	15
Darmbeschwerden	24	9
Somatische Beschwerden	21	21
Motorische Störungen	19	16
Sexuelle Beschwerden	19	8
Atembeschwerden	14	7
Hypochondrie	12	8
Psychische Probleme	10	12
Zwänge	6	8
Medikamentenkonsum	6	2
Schluckbeschwerden	3	5
Alkoholabusus	1	10
Drogenabusus	1	9

Tabelle 2. Häufigkeit der Syndrome in % in der Stichprobe

Beeinträchtigung wurde in Unterkategorien (z. B. Aktivität, Befriedigung) detailliert erhoben.

- 5: Bei jedem Syndrom wurde abschließend in einer „Anamnese“ erhoben, ob das Syndrom vor mehr als 12 Monaten schon einmal oder wiederholt aufgetreten ist.

Die Erhebung psychosomatischer und neurotischer Beschwerden begann mit zwei offenen Einleitungsfragen nach körperlichen Beschwerden oder seelischen Problemen, die den Befragten in den letzten 12 Monaten belastet haben. Falls es sich nicht um eines der ohnehin erhobenen Syndrome handelte, wurde das Problem einer der drei folgenden Restkategorien zugeordnet: soziales Problem, psychologisches Problem, somatische Krankheit. Diese drei Restkategorien sind inhaltlich sehr heterogen; somatische Probleme umfassen sowohl leichte Erkrankungen wie schwere Unfälle; die sozialen Probleme umfassen etwa Partnerverlust, Arbeitsprobleme, Belastung durch die Rekrutenschule, und unter psychologischen Problemen sind sowohl Symptome von Nervosität und Unruhe, Identitätsprobleme wie auch Belastung durch weltanschauliche Probleme zusammengefaßt.

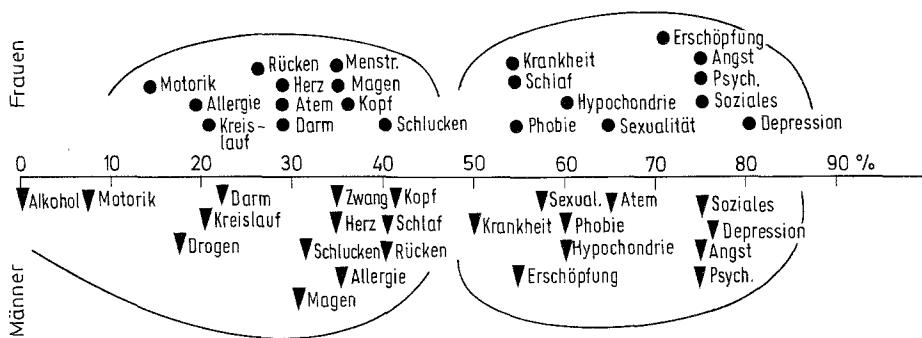


Abb. 1. Subjektive Belastung durch Syndrome (Median Thermometerrating)

4 Ergebnisse

In Tabelle 2 ist die relative Häufigkeit aufgetragen, mit der die Syndrome in der untersuchten Stichprobe „klinische Relevanz“ erreichen. Wegen der Stichprobenzusammensetzung ist eine Verallgemeinerung auf die entsprechende Altersgruppe nicht zulässig; korrigiert man die Stichprobenzusammensetzung durch eine statistische Gewichtung, ergeben sich für die meisten Zahlen Häufigkeiten, die im Durchschnitt um ein rundes Viertel geringer sind. Depressive Syndrome sind in der Untersuchungsstichprobe das häufigste Symptom überhaupt; dicht gefolgt von Kopfschmerzen bei den Frauen. Zur Häufigkeit aller anderen Syndrome besteht ein deutlicher Abstand. Die Rangfolge der einzelnen Syndrome ist bei Männern und Frauen weitgehend dieselbe mit einigen wenigen, aber nennenswerten Ausnahmen: Angst gehört bei den Frauen zu den häufigsten Syndromen, bei den Männern liegt sie etwa in der Mitte. Hingegen ist der starke Konsum von Alkohol und von Drogen bei Männern relativ häufig, bei den Frauen hingegen zu vernachlässigen.

Bei allen folgenden Auswertungen werden diejenigen Syndrome nicht berücksichtigt, von denen nicht wenigstens 20 Personen betroffen sind, nämlich Schluckbeschwerden, Medikamentenkonsum, und bei den Frauen außerdem Zwänge, Alkohol- und Drogenkonsum.

4.1 Relevanzkriterien bei den einzelnen Syndromen

4.1.1 Leidensdruck (subjektive Belastung)

Die subjektive Belastung durch jedes einzelne Syndrom wurde von den Probanden auf einer Analogskala in Thermometerform angegeben. Um einen Vergleich der einzelnen Syndrome zu ermöglichen, haben wir die Medianwerte dieser Thermometerskalen für jedes einzelne Syndrom in Abb. 1 aufgetragen.

Es lassen sich ganz deutlich zwei Häufungen von Belastungswerten in höherem bzw. tieferem Bereich unterscheiden. Bei den stark belastenden Syndromen dominieren eindeutig psychische Probleme, an der Spitze Depression und Angst, gefolgt von Erschöpfung, Phobien, Hypochondrie und sexuellen Problemen. Außerdem gehören zu dieser Spitzengruppe die Restkategorien „soziale Probleme“

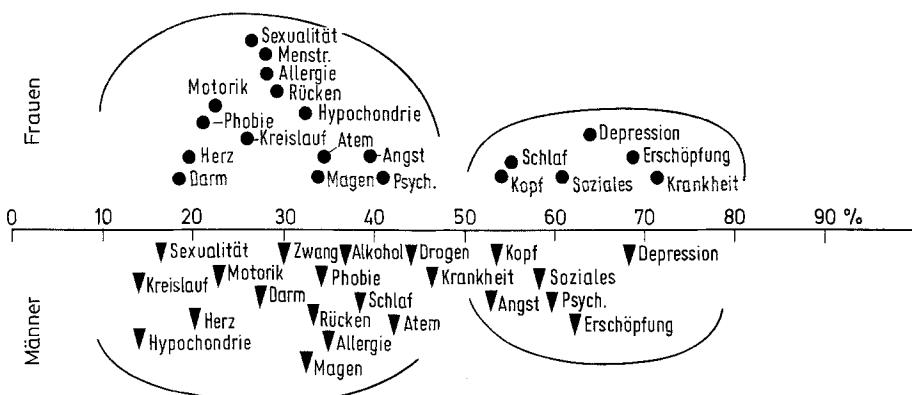


Abb. 2. Behinderung bei der Arbeit durch Syndrome

und „psychologische Probleme“ und „Krankheiten und Unfälle“. Als einziges somatisches Syndrom gehören Atembeschwerden bei den Männern ebenfalls zu den stark belastenden Symptomen.

Zur Gruppe der weniger stark belastenden Syndrome gehören die organbezogenen funktionellen Beschwerden wie Magen-, Darm-, Herz- und Kreislaufbeschwerden, etc. Eine einzige Ausnahme von diesem Muster bildet die Zwangssymptomatik bei den Männern, die offensichtlich von weit geringerer Belastung ist als alle übrigen neurotischen Syndrome: Zwangssymptome erreichen in unserer Stichprobe offenbar selten eigentlichen Krankheitswert.

Zu den funktionellen Syndromen mit der geringsten Belastung gehören motorische Störungen (Tics, Zittern, etc.) sowie Kreislaufbeschwerden; bei den Frauen außerdem Allergien. Starker Konsum von Alkohol (nur Männer) wird überhaupt nicht als Problem wahrgenommen, nicht viel mehr derjenige von Drogen.

4.1.2 Soziale Beeinträchtigung im Rollenverhalten

Wohl eines der wichtigsten Kriterien für die soziale Relevanz eines neurotischen oder psychosomatischen Syndroms ist die Frage, ob das Syndrom eine solche Tragweite hat, daß es die normale Rollenausübung in irgendeiner Weise behindert. Erst wenn die Rollenausübung sich grundsätzlich verändert, manifestiert sich das Krankheitssymptom auch für die soziale Umgebung, und das Individuum wird — unter Umständen — von seiner Umgebung auch als psychisch behindert wahrgenommen.

Im folgenden wird die selbst wahrgenommene Beeinträchtigung in der Rollenausübung in den Bereichen Arbeit, Freizeit und soziale Kontakte durch die Einzel-syndrome gemäß ihrer relativen Häufigkeit dargestellt.

Beeinträchtigung bei der Arbeit. Wiederum läßt sich eine deutliche Streuung in der Beeinträchtigung bei der Arbeit zwischen den verschiedenen Syndromen feststellen. Die folgenden Syndrome verursachen bei mehr als 50% der Probanden eine Arbeitsbehinderung: Depression, Erschöpfung, soziale Probleme, Kopfschmer-

Tabelle 3. Beeinträchtigung bei der Arbeit wegen irgend eines Syndroms

Art der Beeinträchtigung	Frauen (in %)	Männer (in %)
Leistungsminderung	72	58
Reaktion der Umwelt	29	32
Arbeitsausfall	24	18
Konflikte	22	20
Stellenverlust	3	3

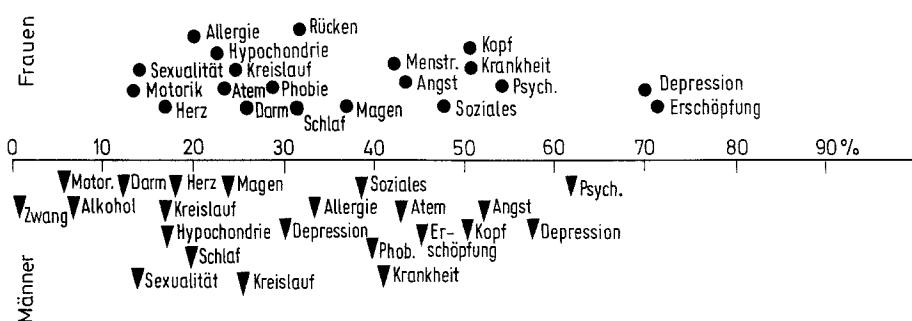


Abb. 3. Beeinträchtigung der Freizeit durch Syndrome

zen. Bei den Frauen zählen auch Schlafstörungen und — an der Spitze — somatische Erkrankungen oder Unfälle dazu, bei den Männern überdies Angst und die Restgruppe von psychischen Problemen. In einem Mittelbereich liegen bei Männern und Frauen unterschiedlich jene Syndrome, die nur für das jeweils andere Geschlecht zur Spitzengruppe zählten, außerdem bei den Männern Atembeschwerden und Drogenabusus, bei den Frauen Menstruationsbeschwerden. Der größte Teil aller organbezogener Syndrome sowie Phobien und Zwangssymptome beeinträchtigen nur einen geringen Teil der davon Betroffenen (15%–35%) bei der Arbeit.

Der Übersichtlichkeit halber verzichten wir darauf, die Art der Arbeitsbeeinträchtigung pro Syndrom weiter zu spezifizieren. Um aber dennoch einige Angaben über die Art der Arbeitsbehinderungen machen zu können, werden Auswirkungen auf die Arbeit wegen irgend eines Syndroms aufgezählt; die Kategorien sind nicht ausschließend.

Zunächst fällt auf, daß Leistungsminderungen bei der Arbeit aufgrund neurotischer und psychosomatischer Syndrome in unserer Stichprobe weit verbreitet sind. Die Zusammenstellung zeigt, daß die Behinderung bei der Arbeit am häufigsten den schwer meßbaren und subjektiven Bereich der Leistungsminderung betrifft; in unserer Stichprobe von jungen Erwachsenen sind die Behinderungen selten soweit fortgeschritten, daß sie zum Verlust des Arbeitsplatzes führen.

Beeinträchtigung der Freizeit. In der Freizeit ergibt sich eine Beeinträchtigung am meisten durch die Syndrome Depression, Erschöpfung, Kopfweh, somatische

Art der Beeinträchtigung	Frauen (in %)	Männer (in %)
Einschränkung der Aktivität	72	55
geringere Befriedigung	32	32

Tabelle 4. Beeinträchtigung der Freizeit wegen irgend eines Syndroms

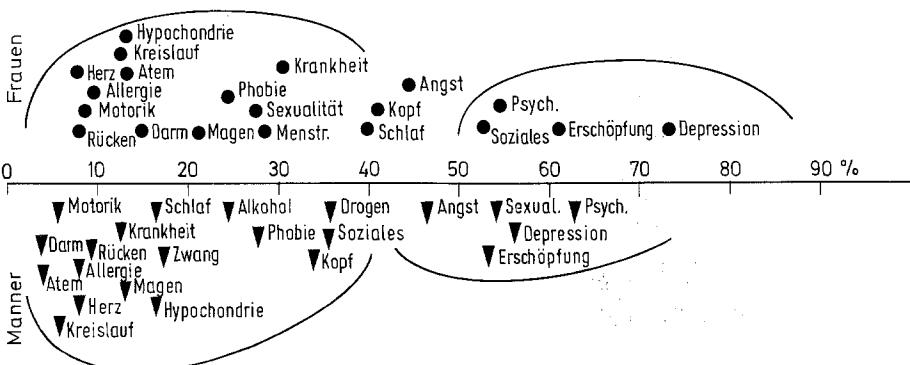


Abb. 4. Beeinträchtigung sozialer Kontakte durch Syndrome

Störungen, Angst und die Restkategorie der psychischen Probleme. Der Übergang zwischen den neurotischen und den organbezogenen funktionellen Beschwerden ist bezüglich der Behinderung relativ fließend. Auffallend jedoch ist bei den Frauen die prominente Stellung, welche Depression und Erschöpfung in der Beeinträchtigung der Freizeit haben.

Mehrheitlich bewirken übrigens die Syndrome in unserer Syndromliste eine Einschränkung der Freizeitaktivitäten, nur halb so häufig wird auch die Befriedigung beeinträchtigt.

Beeinträchtigung sozialer Kontakte. Gegenüber dem nun bereits bekannten Beeinträchtigungsprofil mit vorwiegender Beeinträchtigung durch neurotische Syndrome und weit geringerer Behinderung durch die organbezogenen Syndrome ergeben sich einige kleine Abweichungen. Zur Spitzengruppe mit besonders starker Beeinträchtigung sozialer Kontakte gehören bei den Männern sexuelle Schwierigkeiten. (Sexuelle Schwierigkeiten sind hier in einem engen Sinne als körperliche und psychische Probleme bei sexuellen Kontakten definiert; ausgeschlossen sind Unsicherheit und Hemmungen gegenüber dem anderen Geschlecht.) Offensichtlich vermitteln sexuelle Fähigkeiten den Männern Sicherheit in ihren Sozialkontakten; sexuelle Schwierigkeiten sind namentlich mit Rückzug aus sozialen Beziehungen assoziiert. Ebenfalls abweichend vom bisherigen Muster beeinträchtigen Kopfschmerzen und körperliche Erkrankungen das Kontaktverhalten nur in mittlerem Ausmaß. Außerdem ist auffallend, daß die organbezogenen Beschwerden den Bereich des Kontaktverhaltens nur in sehr geringem Ausmaß beeinträchtigen, d.h. bei nur etwa 5–15% der Probanden, die daran leiden.

Tabelle 5. Beeinträchtigung sozialer Kontakte durch irgend ein Syndrom

Art der Beeinträchtigung	Frauen (in %)	Männer (in %)
Rückzug	59	38
Konflikte	34	23
Reaktionen der Umwelt	25	23

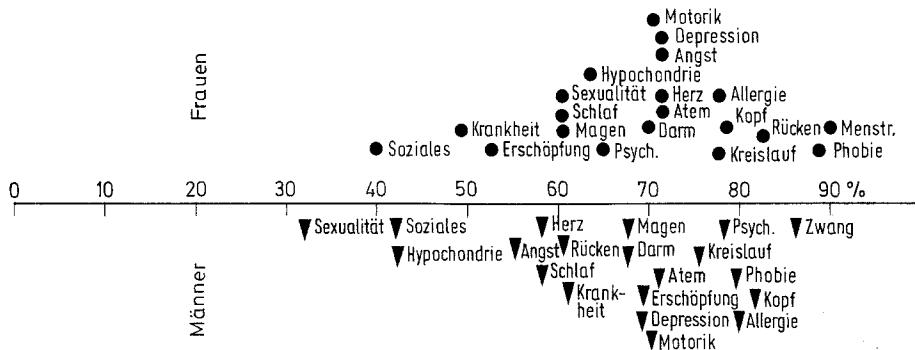


Abb. 5. Anteil chronifizierter Syndrome

Insgesamt führen die von uns untersuchten Syndrome v. a. zu einem Rückzug aus Kontakten zu Bekannten, Freunden und Eltern:

Zusammenfassend ist über die Behinderung des Rollenverhaltens durch neurotische und psychosomatische Beschwerden folgendes festzuhalten: Depression und Erschöpfung verursachen in den meisten Rollenbereichen eine starke Beeinträchtigung, desgleichen die Restkategorie „psychische Probleme“. Von den körperbezogenen Beschwerden beeinträchtigen nur Kopfschmerzen und die Restkategorie „körperliche Erkrankungen und Unfälle“ das Rollenverhalten stark. Alle übrigen psychosomatischen Beschwerden sind von geringer Bedeutung, was mit dem Alter der untersuchten Gruppe zusammenhängen mag. Zwänge und Phobien sind zwei neurotische Syndrome mit insgesamt geringer sozialer Beeinträchtigung.

4.1.3 Tendenz zur Chronifizierung

Ein weiterer Aspekt, der leichte neurotische und psychosomatische Störungen relevant werden lässt, ist deren Tendenz zur Chronifizierung. Syndrome, die nur kurzzeitig, z. B. als situationsbedingte Stressreaktion auftreten, haben eine geringere Bedeutung im Leben des Betroffenen und werden deshalb bald wieder vergessen.

Als chronifizierte Syndrome wurden bei der vorliegenden Auswertung jene bezeichnet, von denen der Befragte angab, daß er nicht nur in den letzten 12 Monaten daran gelitten habe, sondern bereits zu früheren Zeitpunkten entweder chronisch oder zu wiederholten Malen. (Nicht berücksichtigt sind jene, an denen zwar früher gelitten wurde, aber nicht zum Zeitpunkt der Befragung.) Fast alle Syndrome sind bei mehr als 50% der Probanden im definierten Sinn als chronisch zu betrachten. An der Spitze der körperlichen Syndrome stehen dabei Men-

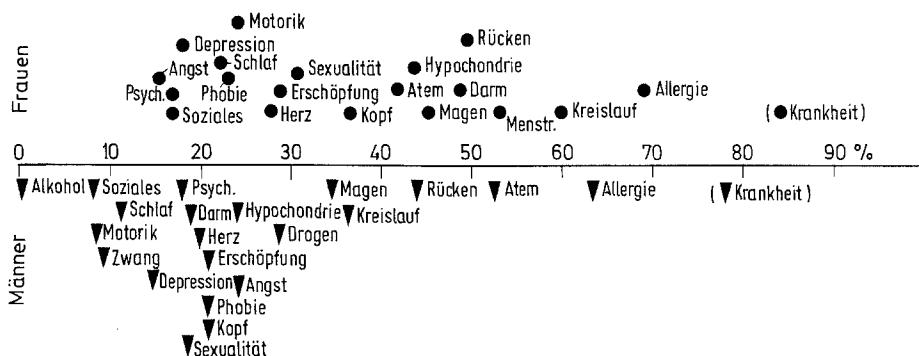


Abb. 6. Anteil behandelter Syndrome

struationsbeschwerden, Kopfweh, Allergien, Kreislaufstörungen. Bei den neurotischen Störungen sind Zwänge und Phobien am stärksten chronifiziert, während die sozial besonders beeinträchtigenden Syndrome Depression, Erschöpfung und Angst etwas weniger häufig chronifiziert sind.

Vergleicht man die subjektive Belastung durch ein Syndrom (Leidensdruck) mit den beiden anderen Relevanzkriterien, so findet man, daß der Leidensdruck mehr mit der sozialen Beeinträchtigung zusammenhängt, während die Tendenz zur Chronifizierung eine unabhängige Dimension zu sein scheint.

4.1.4 Behandlungsverhalten

Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß das Behandlungsverhalten unter den Kriterien für die individuelle Bedeutsamkeit von neurotischen und psychosomatischen Beschwerden eine besondere Stellung einnimmt: Die Behandlung ist nicht so sehr Ursache für die hohe Relevanz einer Störung als vielmehr eine mögliche Reaktion auf solche Störungen, die für das Individuum belastend sind: Insofern ist die Behandlung neurotischer und psychosomatischer Beschwerden durch Ärzte oder Psychologen ein Indikator für die Relevanz der Störungen. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß Wissen um Behandlungsmöglichkeiten, Zugänglichkeit zu professioneller Hilfe und andere Faktoren einen starken Einfluß darauf haben, ob jemand wirklich ärztliche oder psychologische Hilfe beansprucht; uns interessiert deshalb auch, wie groß die Übereinstimmung zwischen subjektiver Belastung durch die Syndrome und dem Behandlungsverhalten ist.

Die Häufigkeitsverteilung zeigt, daß Allergien, Kreislaufstörungen und Rückenleiden den häufigsten Anlaß für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bieten. Bei den Frauen kommen Menstruations-, bei den Männern Atembeschwerden hinzu. (Die hohe Behandlungsquote bei den körperlichen Krankheiten und Unfällen kann nicht ohne weiteres verglichen werden, da es sich dabei um Antworten auf die offene Einleitungsfrage nach „körperlichen Beschwerden . . ., die Sie belastet haben“ handelt.) Auffallend ist die tiefe Behandlungsquote bei den neurotischen Störungen im Vergleich zu den organbezogenen psychosomatischen Syndromen. Wir finden dies deshalb bemerkenswert, weil die psychoneurotischen Syndrome gemäß der subjektiven Belastung und der von ihnen ausgelösten

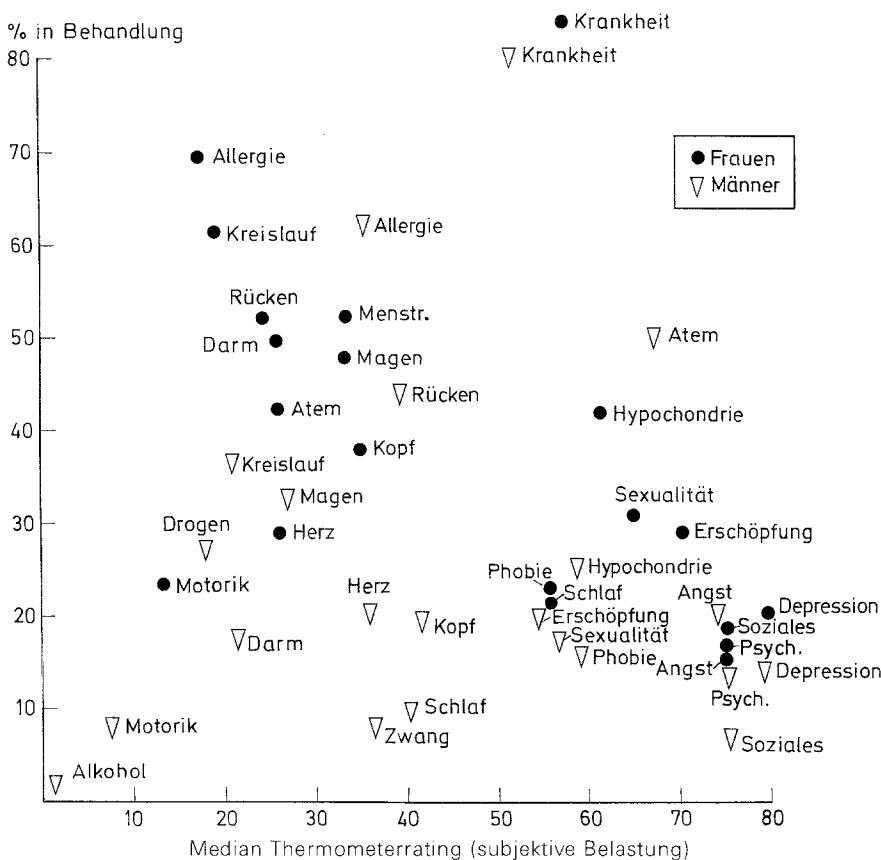


Abb. 7. Subjektive Belastung und Behandlungsverhalten

sozialen Behinderung schwerwiegendere Konsequenzen haben als die organbezogenen psychosomatischen Syndrome.

Abbildung 7 veranschaulicht, daß Syndrome mit hoher subjektiver Belastung nicht identisch sind mit jenen, die behandelt werden. Bei den Frauen besteht sogar ein deutlich negativer Zusammenhang zwischen Behandlung und Belastung.

Weshalb die neurotischen Störungen trotz ihrer belastenden sozialen Konsequenzen keine Behandlung zur Folge haben, kann aufgrund der erhobenen Daten nicht gesagt werden. Neben den immer wieder erwähnten Versorgungsmängeln auf dem Gebiet der ambulanten Psychotherapie ist auch daran zu denken, daß in der breiten Bevölkerung nur ein geringes Wissen über psychosoziale Hilfsangebote besteht. Während die Konsultation eines Arztes bei organbezogenen Beschwerden relativ rasch in Betracht gezogen wird, dürfte die entsprechende Schwelle bei psychischen Beschwerden wesentlich höher liegen.

4.2 Beziehung zwischen psychischen Störungen und sozialen Konsequenzen

Um die komplexe Interdependenz zwischen dem Auftreten verschiedenartiger neurotischer und psychosomatischer Beschwerden und deren unterschiedlichen

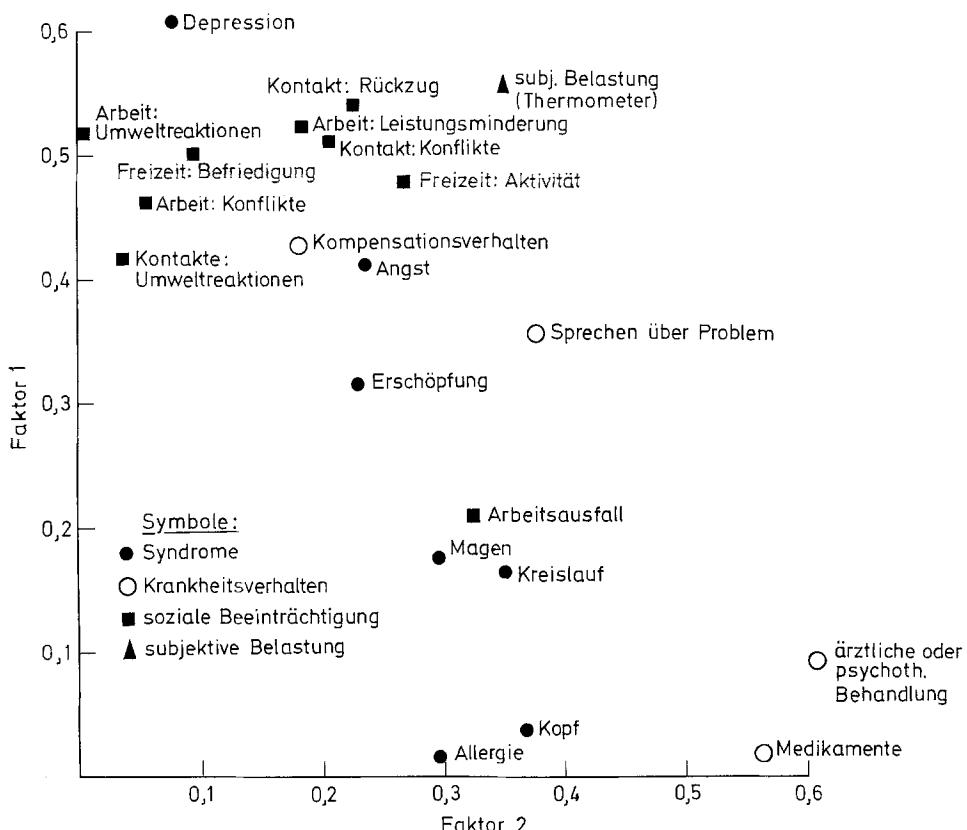


Abb. 8. Faktorenanalyse von Syndromen und sozialen Konsequenzen (Faktorenladungen)

sozialen Konsequenzen weiter aufzuklären, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, in die gleichzeitig die verschiedenen Syndrome, soziale Auswirkungen und Krankheitsverhalten einbezogen wurden. (Im Gegensatz zu den vorher besprochenen Auswertungen wurden soziale Behinderung und Krankheitsverhalten nicht auf der Ebene der Einzelsyndrome analysiert, sondern global, d. h. unabhängig davon, welches Syndrom die Ursache dafür war.) Da die Voraussetzungen zur Durchführung einer Faktorenanalyse im strengen Sinne nicht gegeben sind, betrachten wir dieses Vorgehen nur als Hilfsmittel zur Reduktion der komplexen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen. Der Scree-Test legt eine Zwei-Faktoren-Lösung nahe, die auch gut interpretierbar ist.

In Abb. 8 sind nur jene Variablen aufgezeichnet, die wenigstens auf einem Faktor eine Ladung von 0,3 besitzen. Etwa die Hälfte der Syndrome besitzt eine geringere gemeinsame Varianz mit den Faktoren und ist deshalb nicht eingezeichnet. Der Faktor 1 zeigt hohe Ladungen auf den Variablen sozialer Behinderung und der Existenz neurotischer Syndrome. Der Faktor 2 entspricht körperlichen Beschwerden sowie dem Behandlungsverhalten. Das Resultat dieser Faktorenanalyse bestätigt unsere bisherigen Überlegungen, daß bei den untersuchten Störungen und ihren sozialen Konsequenzen zwei verschiedene Dimen-

sionen existieren. Einerseits handelt es sich um verhältnismäßig klar identifizierbare gesundheitliche Beschwerden, die Selbstbehandlung mit Medikamenten oder ärztliche Behandlung zur Folge haben. Auch die am klarsten faßbare Form der sozialen Behinderung, nämlich der Arbeitsausfall ist eher dieser Dimension zuzuordnen. Auf der anderen Seite bestehen die neurotischen Syndrome mit den weniger eindeutig erfaßbaren sozialen Beeinträchtigungen und sozialen Reaktionen. Die im Thermometer-Rating ausgedrückte subjektive Belastung liegt zwischen den beiden Faktoren. Daraus kann geschlossen werden, daß beide Typen von Störungen als subjektive Belastung wahrgenommen werden.

5 Diskussion

Wir haben versucht, die Relevanz psychosomatischer und neurotischer Syndrome bei jungen Erwachsenen mit einer Reihe von verschiedenen Kriterien zu beurteilen. Als Kriterien verwendeten wir die subjektiv empfundene Belastung, die soziale Behinderung und die Chronifizierung der Syndrome.

Dabei haben wir deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Syndromgruppen festgestellt: Die neurotischen Syndrome führen u. a. zu subjektiver Belastung und zu einer Beeinträchtigung in der Ausübung verschiedener sozialer Rollen. Die organbezogenen psychosomatischen Syndrome dagegen haben als häufige Folge die Konsultation eines Arztes, aber sie behindern das Individuum nur wenig in seinem täglichen Leben.

Die von uns untersuchten psychischen und psychosomatischen Störungen bei Personen in der Allgemeinbevölkerung bilden somit kein eindimensionales Kontinuum von ganz leichten bis zu ganz schweren Störungen, sondern je nach Art der Störung stellen sich qualitativ verschiedene Konsequenzen ein.

Die Frage nach der sozialen Relevanz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung kann somit nicht einheitlich beantwortet werden; es ist zwischen verschiedenen Arten von Störungen zu differenzieren, namentlich aber nach der Art der sozialen Folgen, die im Rahmen einer bestimmten Fragestellung von Bedeutung ist.

Wichtig erscheint uns, daß die beiden Syndromgruppen — neurotische und psychosomatische Störungen — von der Gesellschaft unterschiedlich bewertet werden. Organbezogene Störungen gelten sozial als akzeptierter (Mechanic 1975, S. 25f), und das entsprechende Hilfsangebot ist klarer und allgemein besser bekannt (Gleiss et al. 1973). Dieser Unterschied mag dazu führen, daß manche ursprünglich rein psychische Beschwerden erst zu somatischen Beschwerden umdefiniert werden, bevor sie in professionelle Behandlung gelangen. Solche ungerechtfertigten Unterscheidungen zwischen psychischen und körperlichen Störungen durch Aufklärung abzubauen, ist mit ein erstrebenswertes Ziel praxisnaher Forschung in diesem Bereich.

Literatur

- Binder J, Dobler-Mikola A, Angst J (1981) An epidemiological study of minor psychiatric disturbances. A field study among 20-year old females and males in Zürich. Soc Psychiatry 16: 31-41

- Derogatis L (1977) SCL-90. Administration, scoring, and procedure. Manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology rating scale series. Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore
- Gleiss I, Seidel R, Abholz H (1973) Soziale Psychiatrie. Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M
- Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R, Adcock S (1979) Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand* 60: 355-374
- Mechanic D (1978) Medical sociology. A comprehensive text. 2nd edn. Free Press, New York
- Srole L, Langner TS, Michael ST, Opler MK, Rennie TAC (1962) Mental health in the metropolis: The midtown Manhattan study, vol 1. Mc Graw-Hill, New York
- Williams PE, Tarnopolksy A, Hand D (1980) Case definition and case identification in psychiatric epidemiology; review and assessment. *Psychol Med* 10: 101-114

Eingegangen am 1. September 1980