Einführung

„Wir stellen uns hinter die Feststellung,
dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt.“

Europäische Erklärung der EU-Gesundheitsminister, Helsinki 2006

Epidemiologische Daten als auch Versorgungsdaten belegen mit zunehmender Klarheit, dass neben den traditionell medizinischen Präventionsthemen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, HIV etc.) in jüngster Zeit auch die psychischen Probleme mehr Aufmerksamkeit verlangen. Insbesondere Depressionen stellen eine der häufigsten psychischen Störungen mit zunehmender Tendenz dar.

In dieser Arbeit wird der Schwerpunkt auf die Förderung der seelischen Gesundheit und die Prävention von Depressionen gelegt. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen verstärkt, dass Stress und Depression sowohl auf psychischen sowie physischen Dimensionen interagieren und erhebliche gesundheitliche und auch gesamtgesellschaftliche Auswirkungen haben können, sodass Gesundheitsförderung und Prävention stressassoziierter Depressionen zwei ineinandergreifende Ansätze darstellen können, um einerseits der Zunahme von Depressionen entgegenzuwirken und andererseits um seelische Gesundheit aufrecht zu erhalten. In diesem Zusammenhang ist die Weiterentwicklung vorhandener Konzepte zur Depressionsprävention von Bedeutung, in denen insbesondere das Phänomen Stress als auslösender, begleitender oder aufrechterhaltender Faktor depressiver Störungen aber auch die Aktivierung verschiedenster Ressourcen vermehrt einbezogen werden sollten.

Diese große Aufgabe kann jedoch nicht von einer einzelnen Disziplin wie etwa der klinischen Psychologie alleine bewältigt werden, sondern erfordert eine langfristige Kooperation von Gesundheitswissenschaften mit un-

terschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen, Leistungserbringern sowie Leistungsträgern des Gesundheitswesens.

Dieses Buch ist in sechs Teile gegliedert. Im ersten Teil werden die Ergebnisse für einen Präventionsbedarf vorgestellt und Grundlegendes zur Prävention erläutert. Teil zwei beschäftigt sich mit den Phänomenen Stress und Depression. Zum besseren Verständnis werden die Begriffe erläutert. Ferner werden verschiedene Erklärungsmodelle aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen vorgestellt, um diese anschließend in integrierende multifaktorielle Modelle zusammenzufügen. Dabei wird der Fokus stets auf die Verbindung zwischen Stress und Depression gesetzt. Anschließend werden im Teil 3 verschiedene bestehende Präventionsprogramme näher beleuchtet.

Ausgehend davon, dass jedes Individuum Selbststeuerungsfähigkeiten besitzt, die es zu aktivieren bzw. weiterzuentwickeln gilt, wird im vierten Teil das Individuum als Selbstsystem in den Mittelpunkt gerückt, um darauf hin den Selbststeuerungsansatz systemtheoretisch näher zu bringen.

Da neben der Prävention der Depression die Förderung der seelischen Gesundheit ein weiterer Schwerpunkt dieses Buches darstellt, werden im fünften Teil Ressourcen und Schutzfaktoren vorgestellt, deren Berücksichtigung in zukünftigen Konzepten der Depressionsprävention empfohlen wird.

Im sechsten Teil werden innovative Strategien und Konzepte der Selbststeuerung erläutert, die sowohl zur Förderung der seelischen Gesundheit eingesetzt werden, als auch zur Stressbewältigung, um der Depression durch Modifikation genereller psychischer und Verhaltenskomponenten präventiv entgegenzuwirken.

1 Die Notwendigkeit der Prävention psychischer Erkrankungen

Neumann, Lentz-Becker, Claßen

Depressionen, ob bereits klinisch relevant oder noch im subklinischen Bereich, zählen bereits zu den häufigsten, aber hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung meist unterschätzten und unzureichend untersuchten Erkrankungen (vgl. Murray & Lopez 1996). Die Depression wird aufgrund der stetigen Zunahme bereits als Volkskrankheit verstanden. In diesem Zusammenhang wird auch diskutiert, dass nicht die absolute Häufigkeit psychischer Erkrankungen zunimmt, sondern allmählich die wahre Krankheitslast zu Tage tritt, sodass psychische Erkrankungen nicht zugenommen haben, sondern häufiger diagnostiziert werden als früher (vgl. Jacobi 2009; Richter et al. 2008). Unabhängig von unterschiedlichen Annahmen, warum die Depression zunimmt, stellt diese affektive Störung jedoch große individuelle und gesellschaftliche Belastungen dar, die nicht ignoriert werden dürfen.

Dass die Depression lange Zeit unterschätzt wurde, belegen Studien aus den 1990er Jahren. Hier zeigte sich, dass Haus- und Allgemeinärzte Depressionen oft nicht erkannten (vgl. Üstün & Satorius 1995) und in jenen Fällen, in denen die korrekte Diagnose gestellt wurde, erhielten die Patientinnen und Patienten mitunter keine sachgerechte Behandlung (vgl. Schulberg et al. 1996; Hirschfeld et al. 1997). Auch Gensichen et al. 2005 (vgl. Gensichen et al. 2005) konstatieren, dass die Versorgungssituation noch nicht adäquat ist, da lediglich 50% der psychischen Störungen in der hausärztlichen Versorgung erkannt werden, wobei die Quote bei depressiven Störungen sogar nur bei einem Viertel liegt. Hegerl et al. (2003) gehen ebenfalls davon aus, dass sich von den depressiv Erkrankten in Deutschland ca. 65 Prozent in hausärztlicher Behandlung befinden.

Nach Ihren Untersuchungen zufolge wird in Hausarztpraxen nur ca. die Hälfte der Fälle der depressiven Erkrankungen erkannt und diagnostiziert und weniger als 10 % erhalten eine adäquate Therapie (vgl. Hegerl et. al. 2003).

Obgleich die Versorgungssituation suboptimal ist, zeigen GKV-Routinedaten eine überproportionale und kontinuierliche Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland auf. Die von den Krankenkassen erhobenen Daten zur Arbeitsunfähigkeit im Krankheitsfall stellen dabei einen objektiven Gesundheitsindikator zur Erfassung von psychischen Störungen dar.

Die erhobenen GKV-Daten zur Arbeitsunfähigkeit in den verschiedenen Gesundheitsberichten der deutschen Krankenkassen weisen darauf hin, dass die Vertragsärzte zunehmend psychische Störungen diagnostizieren (vgl. Badura & Schröder 2010; Grobe & Döring 2010; Kordt 2010). Die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen haben demnach an der gesamten Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren stetig zugenommen (z.B. 1980: 2,5 Prozent auf 2008: 10,9 Prozent; BKK Gesundheitsreport 2009 (vgl. Zoike 2009)). Einer aktuellen AOK-Studie zufolge liegen die psychischen Störungen mittlerweile an vierter Stelle bei den Ursachen für eine Erkrankung Berufstätiger. Insgesamt waren psychische Störungen im Jahr 2009 der Grund für 8,6 Prozent der ausgefallenen Arbeitstage der AOK-Mitglieder, wobei der Wert 2008 noch 8,3 Prozent betrug. Seit 1997 haben die Arbeitsunfähigkeitstage sogar um 83,3 Prozent zugenommen, die Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen haben sich seitdem verdoppelt. Entscheidend ist dabei, dass psychische Erkrankungen häufig mit langen Ausfallzeiten verbunden sind. So fehlt ein Arbeitnehmer aufgrund psychischer Störungen im Schnitt 22,5 Tage, insbesondere bei affektiven Störungen sind es durchschnittlich 28,6 Tage, sodass sich psychische Erkrankungen im Krankheitspanorama als Faktor zeigt,

der die meisten Arbeitsunfähigkeitstage bewirkt (vgl. Heyde & Macco 2009).

Die Depressive Episode nach ICD-10 weist bei den Einzeldiagnosen Psychischer Erkrankungen den höchsten Anteil an den AU-Fällen sowie den höchsten Anteil an der Erkrankungsdauer auf. So haben Depressive Episoden mit 27,2 Prozent den größten Anteil an den AU-Fällen sowie mit 35,3 Prozent auch den größten Anteil an der Erkrankungsdauer. Krankschreibungen aufgrund Depressiver Episoden dauern dabei durchschnittlich 50,7 Tage (vgl. Wieland 2009). Die Barmer Krankenkasse konnte des Weiteren zeigen, dass die Depressive Episode, als die zweithäufigste Einzeldiagnose, einen Anteil von 5,9 Prozent an den Arbeitsunfähigkeitstagen einnimmt, wobei an erster Stelle „Rückenschmerzen" mit 6,8 Prozentanteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen stehen. Andere gesetzliche Krankenkassen, wie die BKK und TK ermittelten bei der Depressiven Episode ähnliche Ergebnisse.

Neben Routinedaten der Krankenkassen untermauern bevölkerungsbezogene epidemiologische Daten und verschiedene Risikobefunde die zunehmende Präsenz depressiver Störungsbilder.

Zur bundeslandübergreifenden Gesundheitsberichterstattung psychischer Störungen liegt bislang der Bundesgesundheitssurvey (BGS) 1998/99 vor, der in einem Zusatzsurvey die Epidemiologie der psychischen Störungen bundesweit repräsentativ erfasst. So liegt bei der Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren die Punktprävalenz[1] bei ca. 5,6 Prozent (vgl. Jacobi et al. 2004), was bedeutet, dass zu diesem Zeitpunkt in Deutschland 3,1 Millionen Menschen an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt waren (vgl. Wittchen et al. 2000). Den Daten zufolge sind Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer, da 7,8 Prozent der Frauen und 4,8 Prozent der Männer zwischen 18 und 65 Jahren unter einer Depression gelitten

[1] Anzahl der als krank angetroffenen Personen bezogen auf die letzten vier Wochen.

haben und etwa ein Viertel der Erkrankten entwickelt ein schweres Krankheitsbild. Die Punktprävalenz erfasst jedoch lediglich die Erkrankungshäufigkeit zum Zeitpunkt der Erhebung.

Bei einer episodischen Erkrankung, wie der Depression, kann dies zu Unterschätzungen des epidemiologischen Ausmaßes führen. Die Periodenprävalenz zeichnet demgegenüber ein deutlicheres Bild, da sie sich auf alle erfassten Krankheitsfälle innerhalb eines bestimmten Zeitabschnittes (häufig 12 Monate) bezieht. So ergibt sich eine 12-Monatsprävalenz von insgesamt 10,7 Prozent (vgl. Jacobi et al. 2004), (davon 15 Prozent der Frauen und 8,1 Prozent der Männer), wobei Depressive Episoden, als Einzelepisoden oder im Rahmen rezidivierender Verläufe, mit 8,3 Prozent die häufigste Erkrankungsform sind (vgl. Wittchen et al. 2000). Der Unterschied zwischen der Punkt- und 12-Monatsprävalenz erklärt sich folglich dadurch, dass zwischen den Krankheitsepisoden beschwerdefreie Intervalle liegen. So ergibt sich, dass bei Betrachtung eines engen Zeitraumes viele Personen als gesund eingestuft werden, die bei einem längeren Beobachtungszeitraum als von einer Depression betroffen gelten.

Der Bundesgesundheitssurvey (BGS) 1998/99 mit dem Zusatzsurvey hinsichtlich psychischer Störungen wurde im Rahmen der nationalen Gesundheitsberichterstattung jedoch nicht kontinuierlich fortgeführt, sodass sich eine uneinheitliche heterogene Datenlage bezüglich der Prävalenzen der psychischen Störungen entwickelte. Die Europäische Union (2002, S. 204) berichtet in diesem Kontext, dass epidemiologische Daten in Form von Prävalenzen und Inzidenzen zu den signifikanten psychischen Störungen selten in kontinuierlicher Form auf nationaler Ebene innerhalb der Europäischen Union vorliegen.

Dennoch zeigen verschiedene Studien, dass das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression (alle Formen) zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), national wie international bei ca. 20 Prozent (vgl. Wittchen & Jacobi 2005; Jacobi et al. 2004) liegt. Die Varianzen der epidemiologi-

schen Kennziffern verschiedener wissenschaftlicher Studien gehen dabei auf methodische Differenzen zurück (vgl. Wittchen & Jacobi 2005).
Insgesamt hängt die Prävalenz psychischer Störungen sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch im Rahmen der primärärztlichen Versorgung vom diagnostischen Verfahren, von den erfassten Altersgruppen, dem Geschlecht und dem gleichzeitigen Vorliegen chronischer somatischer Störungen ab (vgl. Hegerl et al. 2005 S. 13), wobei diesbezüglich ebenso kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse nicht unbeachtet bleiben dürfen.

Depression im Kontext von Alter und Geschlecht

Psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung nicht homogen verteilt, sondern treten in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters unterschiedlich auf.
Die Depressionsprävalenz variiert – mit Ausnahme der Kleinkinder – über die Lebensspanne, sodass Depressionen in allen Altersgruppen auftreten können (vgl. Waslick et al. 2003, S. 354). Das mittlere Erkrankungsalter liegt jedoch für Frauen bei 32 und für Männer bei 33 Jahren (vgl. Wittchen et al. 2000). Wissenschaftlichen Studien weisen jedoch vermehrt darauf hin, dass Individuen zwischen 30 und 40 Jahren nun nicht mehr die Altersgruppe bildet, die am häufigsten an der Depression erkrankt. Mittlerweile beobachten Wissenschaftler eine Verschiebung der erstmaligen durchschnittlichen Auftrittshäufigkeit der Depression hin zu jüngeren Altersgruppen zwischen 20 und 30 Jahren (vgl. Hautzinger 2006, S. 459).
In einer epidemiologischen Studie der TU Dresden konnten Manz et al. (2001, S. 117f.) bei Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren hinsichtlich Angst und Depression hohe Prävalenzraten aufzeigen. Sie ermittelten bei 14 bis 20 Prozent der Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren eine psychische Störung im klinischen Ausmaß, wobei sie weitere 20 bis 30 Prozent als risikogefährdet einstuften, eine psychische Störung zu entwickeln. Manz et al. (2001, S. 117) schätzen die Lebenszeitprävalenz der

Depression bei den Jugendlichen auf 23,4 Prozent ein. An dieser Studie bestätigt sich, dass die Prävalenzraten der Depression bei Heranwachsenden im Vergleich zu anderen Altersgruppen am stärksten anzuwachsen scheinen (vgl. Yapko 1997 S. 10). Depressive Störungen stellen somit eine weitaus häufigere Erkrankung unter Jugendlichen dar, als bislang angenommen (vgl. Lewinsohn 1994; Ryan 2005 S. 933ff.).

Hinsichtlich der so genannten Dysthymie, einer auch als depressive Verstimmung bezeichneten milderen Erkrankungsform, erkannten Jacobi et al. (2004b) bei den über 35-Jährigen ein gegenüber den jüngeren Altersgruppen erhöhtes Risiko.

Diverse Kohorten- und Prävalenz- sowie Behandlungsstudien national als auch länderübergreifend stimmen überein, dass doppelt so viele Frauen wie Männer an einer Depression erkranken (vgl. Comer 2001, S. 175; Kornstein 2002, S. 602; Wittchen & Jacobi 2005, S. 366), wobei dieses Verhältnis der Prävalenzen selbst bei Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren (vgl. Manz et al. 2001b, S. 117ff.) und bei den über 65-Jährigen (vgl. Braune & Berger 2005, S. 177) bestehen bleibt.

In diesem Kontext sei hervorgehoben, dass die unterschiedlichen Prävalenzraten der Depression zwischen den Geschlechtern eher gesellschaftlich als biologisch determiniert sind. Stoppe (2005) führt die Differenzen auf ein geschlechtsspezifisches Körperbewusstsein und die geschlechterdifferierende Symptomtoleranz zurück. Da Frauen stärker auf ihren Körper zu achten scheinen und auf Symptome/Veränderungen sensibler reagieren – was sich auch in der subjektiven Einschätzung der Gesundheit ausdrückt, welche Frauen grundsätzlich negativer bewerten als Männer (vgl. Lademann & Kolip 2005) – nehmen Frauen eher medizinische Hilfe in Anspruch als Männer. Das geringere Hilfesuchverhalten bei Männern fußt allerdings primär auf den traditionell bedingten Rollen und sozialen Normen, wonach Männer eher danach streben, dem maskulinen Rollenstereotyp zu entsprechen (vgl. Möller-Leimkühler 2000, S. 489f.).

Zusätzlich kann eine erhöhte Depressionsrate bei Frauen erklärt werden, weil mehr Frauen als Männer unter sexuellem und körperlichem Missbrauch leiden (vgl. Belle & Doucet 2003).
McGrath et al. (1990) konstatieren, dass insbesondere finanzielle Probleme, ein niedriger sozioökonomischer Status, eine geringe Bildung und Arbeitslosigkeit Faktoren repräsentieren, die das Risiko für eine depressive Erkrankung erhöhen. Diese Faktoren sind jedoch unter den Frauen überrepräsentiert (vgl. McGrath et 1990; Stoppard & McMullen 2003 S. 6), sodass nicht das weibliche Geschlecht selbst aufgrund hormoneller Veränderungen und Schwankungen ein erhöhtes Risiko für die Depression determiniert (vgl. Kessler 2003).
Depressionen treten dennoch insgesamt in der unteren Sozialschicht sowohl bei Frauen wie Männern häufiger als in der oberen Schicht auf. So leiden nach den Selbstauskünften der Befragungsteilnehmer innerhalb des telefonischen Gesundheitssurvey 2003 Männer aus der Unterschicht 2-mal häufiger und Frauen aus der Unterschicht 1,6-mal häufiger an einer Depression als Männer und Frauen aus der Oberschicht (vgl. RKI 2005).
Eine größere Armut, Ungleichheit und Diskriminierung insbesondere bei Frauen bergen vielfältige chronische und akute Stressoren, die die Krankheitsanfälligkeit für die Depression erhöht. So sind Frauen, mit einem geringen Einkommen, häufiger unkontrollierbaren Lebensereignissen ausgesetzt. Ferner verhindert Armut, die Fähigkeit wichtige soziale Rollen zu erfüllen und die eigenen moralischen Standards zu erhalten (vgl. Belle & Doucet 2003).

Zur Einschätzung gesundheitsökonomischer Folgen von Depressionen in der Allgemeinbevölkerung können weiterhin zusätzlich Studien herangezogen werden, die die Gesundheitseffekte beispielsweise in den DALYs (Disability-Adjusted Life Years) als Surrogatparameter messen. Das DALY-Konzept bildet die Krankheitsbelastungen der untersuchten Bevöl-

kerung ab, indem die infolge von Mortalität verloren gegangenen Lebensjahre mit dem Verlust an „gesunden“ Lebensjahren infolge nicht-tödlicher Gesundheitsbedingungen addiert werden. Die „Global Burden of Disease“-Studie (GBD) der WHO, der Weltbank und der Harvard School of Public Health führt psychische Störungen einschließlich der Depression als die Erkrankung auf, die weltweit unter den 10 führenden Ursachen für die durch Krankheit eingeschränkten/ behinderten Lebensjahren (DALYs) rangiert (vgl. Lopez et al. 2006). Lag die unipolare Depression im Jahre 2002 an vierter Stelle (mit 3,4 DALYs), unterbreitete die GBD-Studie die unipolare Depression im Jahr 2004 weltweit mit 4,3 DALYs als die dritthäufigste Erkrankung. Bis zum Jahre 2030 soll die Depression auf Platz eins (6,2 DALYs) vorrücken, sodass die unipolare Depression bei den Erkrankten weit mehr behinderte Lebensjahre verursacht als die ischämischen Herzkrankheiten mit 5,5 DALYs. Die Prognosen der GBD-Studie propagieren somit einen weltweiten Anstieg der Depression, wobei die unipolare Depression in Ländern mit einem hohen Einkommen bereits heute den ersten Platz einnimmt und insgesamt 8,2 DALYs, als krankheitsassozierte verlorene Lebensjahre durch vorzeitigen Tod, zu verzeichnen hat (vgl. Mathers et al. 2008). In Deutschland liegt die Depression nach aktuellen Schätzungen bereits an dritter Stelle (vgl. WHO 2009).

Die dargelegten Daten psychischer Störungen, insbesondere der Depression, lassen nicht nur große individuelle Folgen der Betroffenen, sondern auch finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems (direkte Gesundheitskosten) und volkswirtschaftliche Verluste (indirekte Gesundheitskosten) erahnen. Das Statistische Bundesamt errechnete für das Jahr 2006 insgesamt 4,6 Milliarden Euro, die das deutsche Gesundheitssystem an direkten Kosten zur Behandlung der an der Depression (F32-F34) erkrankten Individuen aufgewendet hat.

Im Vergleich zum Jahr 2002 sind die direkten Gesundheitskosten der Depression um rund 720 Millionen Euro gestiegen (Statistisches Bundesamt URL:https://www.gensis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=17E191F866BB808E3A20112C9CA632F5.tomcat_GO_2_1 Stand: 23.07.2010). Insgesamt liegen die Kosten für psychische Störungen und Verhaltensstörungen an vierter Stelle der insgesamt 236 Milliarden Krankheitskosten in Deutschland. Mit 26,543 Milliarden Euro lagen psychische Störungen und Verhaltensstörungen knapp vor den Muskel-, Skelett- und Bindegewebsleiden (26,631 Milliarden Euro). Die kostenintensivste Krankheitsgruppe in Deutschland war im Jahr 2006 mit 35,1 Milliarden Euro die der Herz-Kreislauf-Leiden. An zweiter Stelle folgten die Ausgaben für Erkrankungen des Verdauungssystems (32,6 Milliarden Euro).

Die direkten vom Statistischen Bundesamt erfassten Krankheitskosten der Depression lassen jedoch solche Kosten außer Acht, die durch Über-, Unter- und Fehlversorgung entstehen. Der Sachverständigenrat für die als Abstimmungsprozess der Interessen zwischen unterschiedlichen Aktueren im Gesundheitswesen (2002, S. 200ff.) weist in diesem Kontext primär auf Defizite in der Diagnostik und der Therapie der Depression hin.

Nationale wie internationale Experten bekräftigen überdies die volkswirtschaftlichen Verluste, die die Depression aufgrund der direkten aber auch durch indirekte Kosten verursacht. Die indirekten Kosten drücken sich z.B. in krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstagen aus sowie durch eine beeinträchtigte Produktivität des erkrankten Arbeitnehmers (vgl. Frederickson 2000), welche schließlich zu Frühberentungen führen können (vgl. Wittchen et al. 1998 S. 95). Eine empirische Studie von Richter et al. (2006, S. 705) ermittelte einen Frühberentungsanteil von 27,3 Prozent durch psychische Störungen und alkoholbedingte Lebererkrankungen.

Eine schwerwiegende Konsequenz der Depression ist der Suizid, der die Rate der vorzeitigen Sterblichkeit bei der Depression maßgeblich bestimmt (vgl. Ebmeier et al. 2006, S. 153). Schätzungsweise einer von sie-

ben schwer depressiven Patienten verstirbt durch Suizid (vgl. GBE 2007, S. 29). Obwohl Suizidfälle bis 2009 (Stand nach Todesursachenstatistik: 9.616 Suizidfälle) tendenziell rückläufig sind, steigen die Sterberaten aufgrund von Depressionen bis dato um ca. 50 Prozent an. Die Depression gehört ferner zu den psychischen Störungen, die auch international am häufigsten zum Suizid führt (vgl. Maris 2002, S. 322).
Die wenigen durchgeführten Krankheitskostenstudien zur Depression betonen die hohen indirekten Kosten (vgl. Sobocki 2006). Luppa et al. (2007, S. 42) nennen in ihrer gesundheitsökonomischen Studie Krankheitskosten von 2000 Dollar bis 3700 Dollar pro Kopf/Einwohner und Mortalitätskosten zwischen 200 Dollar und 400 Dollar, die der US-amerikanischen Volkswirtschaft pro Jahr entstehen. Rice & Miller (1996) schätzten den durch die Depression verursachten ökonomischen Schaden der US-Wirtschaft im Jahre 1990 auf 79 Milliarden Dollar, die sich überwiegend aus Krankheitskosten und weniger aus Mortalitätskosten ergeben. Die GBD-Studie der WHO, der Weltbank und der Harvard School of Public Health beziffertn den volkswirtschaftlichen Schaden, der durch psychische Störungen entsteht, auf 15,4 Prozent (vgl. Murray & Lopez 1996). Sobocki (2006, S. 89ff) schätzt die gesamten indirekten Kosten in 28 Ländern Europas, speziell für die Depression, auf 76 Milliarden Dollar, während die direkten Kosten „lediglich“ 42 Milliarden Dollar betragen würden. Sobocki (2006, S. 97) definiert die Depression damit als die teuerste psychische Störung in Europa.

Die hohen Prävalenzen und Behandlungskosten depressiver Erkrankungen, die hohen Fehlzeiten, die steigende Zahl von Arbeitsunfähigkeitsfällen, die erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Erkrankten, bei gleichzeitig defizitärer Versorgungssituation im Gesundheitswesen sowie indirekte Kosten durch die Minderung der Arbeitsproduktivität, Arbeitslosigkeit und Frühberentungen verdeutlichen insgesamt

das ernstzunehmende Ausmaß von Depressionen. Ferner werden bei Depressionen häufig Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, arteriosklerotische Herzerkrankungen sowie Infektionskrankheiten und Krebserkrankungen beobachtet. Dabei ist nicht nur das Risiko zur Morbidität sondern auch zur Mortalität erhöht (vgl. Karren et al. 2006 S. 208ff.). Des Weiteren weist Depression eine hohe Komorbidität mit Angst- und Panikstörungen (vgl. Berger & Calker 2004), Suchterkrankungen (vgl. Kessler et al. 1994; Hasin et al. 2005; Regier et al. 1990) und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Hirschfeld 1999; Skodol et al. 1999) auf. Zusätzlich zeigen individuelle Belastungen und Einschränkungen in der Lebensqualität, die verlorenen Lebensjahre aufgrund der Krankheitslast von Depression bis hin zu gestiegenen Suiziden aufgrund von Depression, die Notwendigkeit, dass wissenschaftlich anerkannte und wirksame Maßnahmen in der Versorgung depressiver Erkrankungen weiterentwickelt werden müssen, damit die direkten, indirekten aber auch intangiblen Kosten (entstehen beispielsweise durch Schmerzen oder den Verlust an Lebensqualität) reduziert werden. Gleichzeitig müssen jedoch valide und kontinuierliche Erhebungen weitergeführt werden, um die Entwicklungen der Häufigkeiten und Konsequenzen depressiver Erkrankungen besser beurteilen zu können.

Damit das Versorgungssystem entlastet wird, subklinische Symptome nicht in klinische Depressionen münden und verschiedene Kosten erst gar nicht gravierend ausfallen, wird die Prävention depressiver Krankheiten als bedeutsam herausgestellt.

Ziel dieses Buches ist zum einen die Aufklärung darüber, welche Bedeutung die depressive Erkrankung für Individuen und Gesellschaft hat, um so Stigmatisierung und Vorurteile abzubauen. Zum Anderen werden wirksame, wissenschaftlich fundierte Konzepte zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität, des subjektiven Gesundheitszustandes sowie zur Verringerung von chronischen Stressbelastungen vorgestellt, damit subklinische Symptome reduziert und psychischen Erkrankungen, insbeson-

dere unipolaren Depressionen vorgebeugt werden kann. Zur Realisierung dieser Ziele wird eine aktive, eigenverantwortliche Selbststeuerungskompetenz des Individuums in dieser Arbeit als metakonzeptuelle Voraussetzung erachtet, die es in präventiven Interventionen zu entwickeln und zu kultivieren gilt.

Grundlagen zur Prävention psychischer Störungen

Die Identifikation von Stress als Auslöser bzw. Risikofaktor im Zusammenhang mit Depression hat Konsequenzen im Bereich der Prävention, da im Rahmen präventiver Überlegungen angenommen wird, dass über eine Modifikation von Risikofaktoren die Entwicklung einer Störung verhindert werden kann (vgl. Lieb 2006).

Die epidemiologisch zunehmende Brisanz von psychischen Störungen in allen Altersgruppen, als auch das damit verbundene Leiden der Betroffenen sowie die knappen finanziellen Ressourcen für die therapeutische Versorgung, lassen der Präventionsforschung eine zunehmende Bedeutung zukommen. So hat die Weltgesundheitsorganisation (vgl. World Health Organization 2004) die Prävention mentaler Störungen als einer der wichtigsten Zukunftsaufgaben erklärt[2].

Daneben wurden auf Ebene der Europäischen Union und in Ländern wie der Bundesrepublik Deutschland Aktivitäten initiiert, die der Entwicklung von Gesamtstrategien für die Förderung der psychischen Gesundheit dienen (vgl. Europäische Gemeinschaften 2005; BT-Drucks 15/4833) sollen. Auf der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychischer Gesundheit in Helsinki im Januar 2005 entwickelten die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO einen Aktionsplan,

[2] Die Ergebnisse der GBD 2000 waren für die Weltgesundheitsorganisation Anlass, ein Aktionsprogramm zur Bekämpfung depressiver Erkrankungen zu initiieren, somit wurden „mental health Global Action Programme“ (mhGAP) entwickelt, um Defizite bei der Behandlung depressiver Menschen abzubauen (WHO 2001).

der der Förderung der psychischen Gesundheit dienen soll. Die Europäische Union (2005, S. 3) schlägt im Grünbuch Mental Health demgemäß die Entwicklung einer EU-Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit vor. Die Bundesrepublik Deutschland hat dabei speziell mit der Formulierung eines neuen nationalen Gesundheitsziels reagiert und erklärte die Prävention depressiver Erkrankungen Anfang des Jahres 2006 als das 6. nationale Gesundheitsziel (vgl. BMG 2006). Der Bundesspitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen hat ebenfalls die Depression aufgrund der prekären epidemiologischen Entwicklung und den damit verbundenen gesundheitlichen und ökonomischen Konsequenzen als ein prioritäres Handlungsfeld der GKV bestimmt. Die Prävention depressiver Störungen gehört somit auch zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Leitfaden Prävention (2010) des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen schreibt diesbezüglich explizit verbindlich und einheitlich für alle Krankenkassen präventive Maßnahmen zur Depression auf Basis des § 20 SGB V fest. Bevor jedoch die Maßnahmen erläutert werden, soll ein definitorisches Verständnis der Prävention vorausgehen.

Prävention ist im Kern eine Strategie auf dem medizinischen Gebiet, die sich mit dem Einzelnen oder bestimmten Risikogruppen befasst. Der Präventionsbegriff hat sich im Laufe der Zeit gewandelt. So entwickelte sich die Prävention aus einer pathogenetisch orientierten, krankheitsspezifischen Sichtweise heraus, die dem Ziel unterliegt, spezifische Gesundheitsrisiken zu senken bzw. potentiell pathogene Risiken und Belastungen abzuwenden, um Krankheiten zu verhüten. Heutzutage unterliegt die Prävention der Annahme, dass der Gesundheitszustand von Individuen, Gruppen und der Gesamtbevölkerung nicht ausschließlich biologisch determiniert ist, sondern vielmehr durch unterschiedliche Vulnerabilitäts- bzw. Risikofaktoren als auch durch Gesundheitsressourcen beeinflussbar ist.

Die Prävention ist somit nicht mehr allein auf die Bekämpfung spezifischer Risikofaktoren, die es erlauben mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit bestimmte Gesundheitsprobleme vorauszusagen, beschränkt. Dies beruht darauf, dass eine kausale Zuordnung von bestimmten Risikofaktoren zu bestimmten Krankheit nicht per se gegeben ist.

Oftmals wirken zahlreiche Risikofaktoren bei der Genese von insbesondere chronischen Erkrankungen zusammen, die nicht selten nur unzureichend bekannt sind und teilweise unklaren Interdependenzen unterliegen. Die Maßnahmen zur Prävention sollen insgesamt vielmehr die Wahrscheinlichkeit erhöhen, die Gesundheit zu erhalten bzw. zu sichern, die gesunde Lebensphase zu verlängern sowie die Lebensqualität zu verbessern, indem sie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen sichert, gesundheitliche Risiken reduziert und das Risiko frühzeitiger Morbidität und Mortalität senkt. Die Prävention schließt demzufolge therapeutische wie kurative Ansätze ein und subsumiert zusätzlich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die im Wesentlichen auf die Förderung der Gesundheitsressourcen abstellt.

Die Prävention von seelischen Störungen bezeichnet daher allgemein Aktivitäten zur Verminderung/Reduzierung von Risikofaktoren dieser psychischen Erkrankungen sowie insbesondere zur Gesundheitsförderung (vgl. Baumann-Frankenberger 2006, S. 17; Bramesfeld et al. 2003, S. 227). Dem sei angemerkt, dass die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht zu differenzieren sind. Beide Strategien betonen unterschiedliche Aspekte zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit, wobei sich diese Strategien in der Praxis sinnvoll ergänzen.

Der Begriff der Gesundheitsförderung fand mit der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) Eingang in die gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Diskussion. Die Gesundheitsförderung zielt darauf ab, den Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit ein höheres Maß

an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Dem Konzept der Gesundheitsförderung liegt damit eine salutogenetische Selbststeuerung zugrunde, die die Gesundheit durch Prinzipien der Selbstbestimmung, Selbständigkeit, Selbsthilfe und Partizipation fördern möchte.
Die Gesundheitsförderung vertritt damit ein umfassendes Konzept zur Integration unterschiedlicher Maßnahmen, die dem Schutz, der Erhaltung und der Verbesserung der Gesundheit dienen. Damit nimmt die Gesundheitsförderung, die die Gesundheitsressourcen erhalten und steigern möchte, in Bezug auf die Krankheitsbekämpfung im Vergleich zum Risikoansatz der Prävention seelischer Störungen einen zumindest gleichrangigen Stellenwert ein.
Die Prävention erreicht ihre Ziele in diesem Sinne durch unterschiedliche Methoden und Ansätze, die sich nach der Zielgröße, dem Erkrankungsverlauf und der Ebene der Maßnahmen nach der Zielgruppe kategorisieren lassen.

Die **Gruppierung der Prävention nach der Zielgröße** stellt auf die Lebensverhältnisse und das Gesundheitsverhalten ab.
So können die Maßnahmen der Prävention einerseits auf der personalen oder verhaltensbezogenen Ebene ansetzen (personale bzw. Verhaltensprävention) oder auf der Ebene der Umwelt bzw. Gesellschaft (Verhältnisprävention) (vgl. Waller 2006, S. 186). Während die personenorientierte Prävention u.a. die Handlungskompetenzen sowie die Motivation erhöhen möchte, rückt die Verhaltensprävention explizite Maßnahmen zur Veränderungen des Gesundheitsverhaltens in den Vordergrund. Die strukturelle Prävention zielt demgegenüber auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen ab.

Die Strategien der **Prävention nach dem Erkrankungsverlauf** beziehen sich sowohl auf die Vermeidung des Auftretens (primäre Prävention) sowie der Bekämpfung der Risikofaktoren (sekundäre Prävention) als auch die Reduzierung der Auswirkungen bereits vorhandener Erkrankungen (tertiäre Prävention):

Die Primärprävention

Sie bezeichnet Aktivitäten, die auf die Verhinderung und Vorbeugung der Entstehung der Krankheit abzielen und damit die Krankheitsursachen fokussieren (vgl. Waller 2006, S. 185). Ihre Maßnahmen richten sich an „gesunde" Personen, womit die primärpräventiven Interventionen zur Verringerung der Inzidenz einer bestimmten Erkrankung beitragen können.

Die Sekundärprävention

Die Maßnahmen der sekundären Prävention sollen einen Krankheitsprozess, Fehlentwicklungen und Behinderungen frühzeitig erkennen und rechtzeitig therapieren, um Heilungschancen zu erhöhen und eine Chronifizierung der Erkrankung zu verhindern. Die Sekundärprävention bezieht sich somit auf die Krankheitsentstehung, d.h. auf bereits erkrankte Personen, deren Erkrankung klinisch jedoch noch nicht diagnostiziert wurde.

Die Tertiärprävention

Die tertiäre Prävention umfasst Aktivitäten bezüglich des Krankheitsverlaufs. Sie meint Maßnahmen der Rehabilitation, die der Erkrankte nach Genesung aufgrund der durch Krankheit oder Unfall entstandenen Gesundheitsschädigungen in Anspruch nehmen kann. Das Ziel der Rehabilitation ist es gemäß § 9 SGB VI die Gesundheit wiederherzustellen, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und einem Rezidiv vorzubeugen, um die Erwerbsfähigkeit sowie die soziale Integration zu gewährleisten. Dies schließt die Verminderung von Fähigkeitsstörungen und sozialen

Beeinträchtigungen sowie der Erhöhung der Kompetenzen der Krankheitsbewältigung mit ein.

Die Klassifizierung der **Prävention nach der Zielgruppe** stellt einen neueren Ansatz zur Bestimmung der Präventionsformen dar, die im Bereich der Prävention psychischer Störung verbreiteter ist. Nach der Zielgruppe gilt es zwischen

- der universellen,
- der speziellen bzw. selektiven,
- indizierten und
- behandlungsbedürftigen Prävention (Das Äquivalent der Tertiärpräventiuon ist die sog. behandlungsbedürftige Prävention, die sich an Personen richtet, die bereits eine klinische Diagnose besitzen. Diese Präventionsform umfasst damit die Rückfallprophylaxe sowie die Vermeidung von Chronizität, Komorbidität und Mortalität (vgl. Bramsfeld et al. 2006))

zu differenzieren (vgl. Cuijpers et al. 2006, S. 343).

Die universelle Prävention überschneidet sich mit der Gesundheitsförderung je nach disziplinärer Auffassung und richtet sich an die Gesamtbevölkerung oder einen Teil der allgemeinen Bevölkerung, unabhängig von individuellen Risikofaktoren sowie Symptomen und hat insbesondere im Bereich der Prävention der Depression das Ziel, Copingstrategien in Bezug auf Stressoren zu verbessern und dadurch die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegen depressive Erkrankungen zu heben (vgl. Bramesfeld et al. 2006). Die Maßnahmen der universellen Prävention haben den Vorteil, dass sie mit keiner Stigmatisierung gesunder Personen als depressionsgefährdet einhergehen, wie es der Fall in einem Screeningverfahren, im Sinne der indizierten Prävention, sein kann. Das führt dazu, dass Personen, die zwar erste vereinzelte depressive Symptome aufweisen, aber

noch nicht erkrankt sind, ebenfalls von den Präventionsprogrammen profitieren können, indem sie beispielsweise ihr Stressmanagement verbessern. Andererseits sind große Effektstärken bei vielen Menschen mit geringerem Risiko nicht zu erwarten, das induziert eine sehr große Studienpopulation, um eine Reduktion von Neuerkrankungen durch die universelle Prävention nachweisen zu können (vgl. Bramesfeld et al. 2006). Folglich müssten bei der relativ häufig auftretenden depressiven Episode immer noch mehr als 60.000 Fälle für eine Studie mit Experimental- und Kontrollgruppendesign gewonnen werden, um eine Reduktion neuer Krankheitsmanifestation von lediglich 15 Prozent nachweisen zu können (vgl. Cuijpers 2003). Eine durchschnittliche Effektivität (d=0.22[3]) universeller Prävention konnte anhand einer Metaanalyse verschiedener Depressions-Präventionsprogramme für alle Altersgruppen bestätigt werden (vgl. Jane-Llopis et al. 2003; Cuijper et al. 2008[4]). Da die Effektstärke jedoch gering ist, kann neben der Risikoreduktion auch diskutiert werden, inwieweit Ressourcen zukünftig eingesetzt werden sollten, welche Rolle das allgemeine Wohlbefinden spielt und ob daraus größere Effekte zu erwarten sind (vgl. Bramesfeld et al. 2006; Cuijpers 2003).

Die selektive Prävention bezieht sich auf bestimmte Ziel-/Untergruppen einer Bevölkerung oder auf ein bestimmtes Setting. Diese Präventionsform bezieht sich auf Personen, die bislang keine gesundheitlichen Beschwerden haben, jedoch Träger von unterschiedlichen Risikofaktoren (z.B. Personen, die aufgrund biologischer, medizinischer oder sozialer Ursachen ein erhöhtes Risiko haben, an Depressionen zu erkranken) sind und somit wahrscheinlich Krankheitssymptome bzw. eine bestimmte

[3] Zur Quantifizierung von Trainingseffekten hat sich u.a. der Koeffizient „d“ etabliert, der ein Maß für die Bedeutsamkeit eines Effekts darstellt. Dabei entsprechen d=0,20 kleinen, d=0,50 mittleren und d=0,80 starken Effekten (Bortz/ Döring 2002).

[4] Diese metaanalysierten Programme beeinhalten hauptsächlich behaviorale, kognitive, edukative Interventionen, Kompetenztraining und soziale Unterstützung.

Krankheit entwickeln können. Insbesondere bei psychischen Störungen sind jedoch viele verschiedene Risikofaktoren und Vulnerabilitätsindikatoren präsent, sodass jeder einzeln betrachtet eine geringe Varianz aufklärt (vgl. Klosterkötter 2007). Die Risikofaktoren sind in unterschiedliche Kausalketten mit verschiedenen Moderatorvariablen und Wechselwirkungen eingebettet. Nach einer Literaturübersicht von Bender und Lösel (1998) korreliert daher kaum ein direkter potenzieller Risikofaktor höher als r=0.30 mit einem bestimmten gesundheitsbezogenen Ereignis, was die Komplexität von psychischen Störungen unterstreicht. Folglich ist es wichtig, sich eine möglichst große Klarheit über die gegebenen Risiko- und Schutzfaktoren und ihre Wirkungsweise bei der Entstehung einer bestimmten psychischen Störung zu verschaffen. Dies ist eine Grundvoraussetzung für die Auswahl geeigneter Interventionsstrategien bei der Entwicklung von effizienten und spezifischen Präventionsmaßnahmen.

Die indizierte Prävention legt ihren Schwerpunkt demgegenüber auf Personen, bei denen spezifische Symptome/Risikofaktoren einer bestimmten Erkrankung vorliegen und bereits auf bestimmte Prädispositionen hindeuten. Die Personen, die für die indizierte Prävention prädestiniert sind, leiden bereits an mehreren Symptomen unterhalb der klinischen Krankheitswertigkeit (= subklinisch). Die Interventionsmöglichkeiten bei erhöhter depressiver Symptomatik ähneln jedoch denjenigen bei manifester Erkrankung. Werden erste Symptombildungen in der Prävention mit einbezogen, birgt sich der Vorteil, dass dadurch eine Risikoanreicherung erzielt wird, die bereits in überschaubaren Zeiträumen zu ausreichend vielen Krankheitsmanifestationen führt, um die Effektivität der jeweils angebotenen Interventionen auch tatsächlich überprüfen zu können (vgl. Klosterkötter 2007).
Nach derzeitigem Stand wird belegt, dass zielgruppenspezifische Maßnahmen, die sich an Risikopopulationen richten, im Durchschnitt eine höhere Wirksamkeit zeigen als solche, die großflächig unselektiert, also in

unauffälligen Stichproben, angeboten werden (z.B. ein kompletter Betrieb) (vgl. Beelmann 2006). In einer Metaanalyse von 177 Präventionsstudien aus verschiedenen Bereichen ermittelten Durlak und Wells (1997) eine durchschnittliche Effektstärke (ES) von d=0.34 sowohl für universelle als auch für selektive Prävention, für indizierte Programmansätze hingegen eine Effektstärke von d=0.50. Spezifisch für die Prävention von depressiven Störungen fassten Horowitz und Garber (2006) die Ergebnisse von 30 kontrollierten Studien zusammen. Bei einer durchschnittlichen Effektstärke von d=0.16 (Range: –0.62 bis 1.51) kamen unmittelbar nach der Intervention selektive Maßnahmen auf eine ES von d=0.30, indizierte auf eine ES von d=0.24, während universelle Interventionen eine signifikant geringere Wirksamkeit zeigten (d=0.12). Zum 6-Monats-Follow-up verschärften sich die signifikanten Unterschiede (universell: d=0.02, selektiv: d=0.34, indiziert: d=0.31). Dennoch ist zu beachten, dass es sich bei diesen Angaben zur Wirksamkeit um metaanalytische Durchschnittswerte handelt. Gegenwärtig stellt jedoch der Ansatz der indizierten Prävention denjenigen Ansatz dar, der nach der WHO am effektivsten zu einer Prävention psychischer Störungen führt (zit. nach Klosterötter 2007; vgl. auch Cuijpers et al. 2008).

Im Bereich der Primärprävention der Depression bestehen dennoch die Fragen, wie viel depressive Verstimmung und wie viel Funktionsverlust noch als normal und nicht interventionsbedürftig gilt, welche Risikofaktoren eine Depression begünstigen und welche Ressourcen aktiviert werden müssen, um das Eintreten einer Depression vorzubeugen bzw. zu verhindern. Die Übergänge im Bereich der primären und sekundären Prävention sind nicht immer eindeutig. Hinzu kommt, dass das Entstehen der Depression ein multikausaler Prozess ist, in dem es nicht den einzelnen Faktor gibt, der direkt und kausal mit der Depressionsprävalenz in Verbindung gebracht werden könnte. Vielmehr handelt es sich um ein Zusammenspiel mehrerer Verhältnis- und individueller Faktoren, die in unterschiedlicher

Konstellation wirken, was eine Evidenz im Bereich der Prävention erschwert (vgl. Donald et al. 2002 zit. nach Bramesfeld et al. 2006). Innerhalb der Multikausalität in der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression ist jedoch insbesondere Dystress als ein bedeutender Faktor zu erachten, da dieser mit Depressionen in einem engen Zusammenhang stehen kann. Indem Dystress nunmehr im präventiven Sinne bewältigt und reduziert wird und dabei gleichzeitig Ressourcen bzw. Gesundheitsverhalten gefördert wird, kann ein unmittelbarer Einfluss auf die seelische Gesundheit und eine indirekte Prävention der Depression angenommen werden. Die Bedeutung von Dystress auf epidemiologisch relevante affektive Störungen hat der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen ebenfalls erkannt. Die Präventionsmaßnahmen bei Depressionen im Rahmen des § 20 SGB V stellen auf Interventionen zur Stressbewältigung und Entspannung ab (Leitfaden Prävention 2010). Diese präventiven Interventionen repräsentieren unter anderem Maßnahmen der Verhaltensprävention, die eine aktive Beteiligung der Betreffenden voraussetzt.

Die Maßnahmen zielen darauf ab, selbstgesteuert zu lernen, effektiv mit Anforderungen umzugehen sowie Stress vorhersagen zu können und das Auftreten von negativen Stressoren zu minimieren. Dieser Ansatz reflektiert damit zusätzliche Strategien der Gesundheitsförderung, da sie an den vorhandenen Fähigkeiten der Menschen ansetzen und seine jeweiligen Ressourcen zu stärken und zu festigen versuchen. Diese protektiven Faktoren können die Widerstandkraft (Resilienz) der Menschen in Bezug auf Stress erhöhen und auf diese Art und Weise den Risikofaktoren zur Entwicklung der stressassoziierten depressiven Störung entgegenwirken. In Anbetracht dessen werden vor allem Maßnahmen zur Stärkung des Selbstbewusstseins, des Selbstwertgefühls, zum Aufbau sozialer Kompetenzen, Stressmanagement-Fähigkeiten sowie positives Denken oder Problemlösefähigkeiten als geeignet erachtet (vgl. WHO 2004, S. 17f.; Wustmann 2009).

2 Stress und Depressionen

Lentz-Becker, Neumann

Stresstheorien

Die moderne Industriegesellschaft fordert ein schnelles, hektisches Leben (vgl. Zimbardo & Gerring 1999) und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens werden zunehmend mit dem Verweis auf Stress erklärt. So wurde anhand einer aktuellen Bevölkerungsumfrage der Techniker Krankenkasse (Gangl & Birkner 2009, S. 4f) folgendes festgestellt: „Mehr als 80 Prozent der Deutschen klagen über Stress. Bei etwa jedem Dritten ist die Anspannung schon zum Dauerzustand geworden. Das Phänomen Stress berührt alle Bevölkerungsschichten, unabhängig vom Alter und sozialen Status. 30- bis 39-Jährige sind davon am stärksten betroffen. Als Ursache nennen die Menschen in erster Linie Belastungen am Arbeitsplatz, in der Schule und im Studium. Dahinter folgen finanzielle Sorgen sowie Stress im Straßenverkehr. […] Jeder fünfte der (insgesamt 1.014 Befragten) ist davon überzeugt, dass der Stress bei ihm bereits gesundheitliche Folgen hat. Die Symptome sind vielfältig: So leiden zwei Drittel der Vielgestressten unter Muskelverspannungen und Rückenschmerzen. 57 Prozent von ihnen sind ständig erschöpft, zum Teil sogar ausgebrannt."

Die Ergebnisse zeigen, dass das Stresskonzept in den letzten Jahrzehnten immer populärer geworden ist. So wird heutzutage nicht nur vom Stress am Arbeitsplatz, in der Familie und in vielen anderen Bereichen gesprochen, sondern auch Leistungs-, Beziehungs- und sogar Freizeitstress sind gängige Begriffe. Es scheint kaum einen Bereich im alltäglichen Leben zu geben, der nicht mit Stress verbunden wird. Was Stress bedeutet, und welche Definition von Stress dieser Arbeit zugrunde gelegt wird, soll dieses Kapitel verdeutlichen.

Der Begriff Stress leitet sich von dem lateinischen Wort "strictus" ab, das übersetzt "angezogen oder gespannt" heißt. In der Alltagssprache fungiert

der Begriff „Stress“ als Beschreibung von Spannungszuständen aufgrund von Überforderung, Hektik, Nervosität, Erschöpfung etc., die das geistige, körperliche und seelische Wohlbefinden einschränken. Im klinischen und wissenschaftlichen Kontext ist der Terminus „Stress“ ebenfalls häufig mit negativen Aspekten assoziiert, wobei zur stärkeren Abgrenzung zu den möglichen positiven Aspekten von Stress vielfach der Begriff „Dystress“ verwendet wird (vgl. Tafet & Bernardini 2003, S. 893).

In der Wissenschaft liegt dem Terminus „Stress“ gleichwohl kein einheitliches Konzept zugrunde. Vorwiegend wird Stress innerhalb von drei Ansätzen definiert (vgl. Schwarzer 2000; Mason 1975). Die theoretischen Stressmodelle beziehen sich auf Stress als Reaktion, als Stimulus oder als transaktionales Geschehen. Auf diese Ansätze wird im Folgenden näher eingegangen.

In der Stressforschung wurde **Stress** zunächst **als Reaktion,** unabhängig von seiner Auslösung, über das Geschehen im Organismus dargestellt. Unter Stress wird hierbei eine Reaktion auf eine Bedrohung verstanden, welche mit physiologischen Prozessen im Körpersystem einhergeht und das Ziel der Aufrechterhaltung der inneren Homöostase[5] verfolgt. Innerhalb dieses Ansatzes stellt Selyes (1956, 1981) Auffassung zu Stress ein solches homöostatisches Modell dar (vgl. Steptoe & Ayers 2005, S. 175).

Im Rahmen von Tierexperimenten stellte Selye (1956) (zit. nach Lyon 2000, S. 5; vgl. auch Zimbardo & Gerring 1999) fest, dass der Organismus auf jede Art von Anforderungen eine unspezifische Reaktion zeigte. Er postulierte infolgedessen die Existenz einer generalisierten physiologischen Reaktion auf unterschiedliche schädliche Ereignisse, die der Organismus einsetzt, um sich zu verteidigen und zu schützen. Diesbezüglich wird von einer physiologisch-organismischen Stressdefinition ausgegangen, sodass Stress weniger als ein kognitiv-emotionaler Zustand verstan-

[5] Gleichgewicht aller physiologischen Bedingungen innerhalb eines Organisamus

den wird, sondern in erster Linie als ein physiobiologischer Reaktionsprozess, welcher unabhängig von Stressoren und Stressortypen abläuft und in erster Linie mit einer Steigerung des Blutdrucks, einer Erhöhung der Herzschlagfrequenz etc. einhergeht (vgl. Semmer 1984). Selyes Stressmodell unterstreicht somit die biologische Adaption als einen dynamischen Prozess, der vom zentralen Nervensystem gesteuert wird.

Walter Cannon (1932), der in den 20er Jahren erstmalig die physiologische Reaktion auf äußere Gefahren darlegte, beschrieb ebenfalls jene Reaktion (vgl. Lyon 2000). Er bezeichnete diese jedoch nicht als „Stress", sondern als „Kampf-oder-Flucht-Reaktion" des Körpers auf Gefahren. Dabei dient diese zweifache physiologische Stressreaktion zur Vorbereitung des Organismus, um gegen eine wahrgenommene Bedrohung zu kämpfen oder vor ihr zu fliehen. Diese Reaktion stellt laut Cannon (1932) eine sinnvolle Anpassungsreaktion dar, da sie den Organismus mobilisiert. Diese Anpassungsreaktion ist jedoch kurzzeitig angelegt, sodass lang andauernde, also chronische Stressoren eine Überreaktion der physiologischen Stressreaktion bedeuten. Nach Selye stellt die mobilisierende Kampf-oder-Flucht-Reaktion bzw. Stressreaktion, lediglich eine erste Reaktionsstufe des Körpers auf anhaltende Stressoren dar.

Selye setzte demgemäß an Cannons Arbeiten an und untersuchte als erster Wissenschaftler mit Hilfe von modernen wissenschaftlichen Methoden und Instrumenten die Effekte von chronischen Stressoren auf den Organismus (vgl. Zimbardo & Gerrig 1999, S. 372). Dazu setzte er Labortiere dauerhaft verschiedenen Reizen (wie Kälte, Hitze, Verletzungen, Infektionen) aus, die einen hohen Grad an Stress verursachten.

Diese Reize, die für die Tiere unangenehme oder bedrohliche Situationen darstellten, gingen häufig mit drei physiologischen Veränderungen einher: einer Vergrößerung der Nebennierenrinde, Schrumpfung von Milz, Thymusdrüse, Lymphknoten als auch Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre. Diese Krankheitszeichen bezeichnete Selye als Allgemeines Adaptati-

onssyndrom und charakterisierte eine sogenannte Stresstriade (vgl. Allenspach & Brechbühler 2005, S. 25). Diese Stresstriade umfasst endokrinologische sowie immunologische Stoffwechselreaktionen, die nach Selye (1956) körperliche Abwehrstrategien gegen gesundheitsschädliche Reize repräsentieren.
Selye (1956) (zit. nach Lyon 2000, S. 5) nahm an, dass der Organismus bei wiederholter Stressorenexposition nicht nur in Alarm versetzt wird, sondern, dass zwei weitere Phasen folgen, die letztlich mit körperlichen Veränderungen einhergehen. Er differenzierte schließlich die Anpassungsreaktion des Organismus bei wiederholten Stressorenexposition in folgende Phasen: die Alarmreaktion, die Phase der Resistenz und die Phase der Erschöpfung.

Die ***Alarmreaktion*** stellt eine kurze Periode körperlicher Erregung dar, welche mit physiologischen und biochemischen Veränderungen des Organismus einhergeht und Ressourcen des Körpers für die beschriebene Kampf-Flucht-Reaktion aktiviert. Dabei werden physiologische Reaktionen und Prozesse mit einem universellen Charakter angenommen, welche sich auf Stressoren unabhängig der Art der äußeren Bedrohung einstellen.
In dieser Phase beschleunigt sich die Atmung, die Blutgefäße verengen sich und bestimmte Körperfunktionen, wie z.B. die Verdauung, verringern sich. Darüber hinaus produziert die Milz vermehrt rote Blutkörperchen und das Knochenmark verstärkt weiße Blutkörperchen. Weiterhin erhöhen sich die Gerinnungsfaktoren im Blut.
Diese Vorgänge stellen eine physiologische Vorbereitungsmaßnahme für potenzielle Verletzungen dar, um den Körper vor starken Blutverlusten und Infektionen zu schützen. Im Zuge der Alarmreaktion liefert die Leber dem Organismus mehr Energie, indem die Leber Glucose in den Blutstrom schleust (vgl. Zimbardo & Gerrig 1999, S. 370f.).