

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft *Psychosoziale Gesundheit*

WANN BEGINNT EINE SEELISCHE STÖRUNG?

Kurz gefasste Statistik zu Schizophrenien, Manien, Angststörungen, Alkohol-, Medikamenten- und Rauschdrogen-Abhängigkeit u. a.

Psychische Störungen nehmen zu. Dies betrifft weniger schizophrene Psychosen und die manische Hochstimmung, mehr Depressionen, Angststörungen, Alkohol-, Medikamenten- und Rauschdrogen-Abhängigkeit. Ist das Leiden erst einmal fortgeschritten, mag das Beschwerdebild immer eindeutiger und die Diagnose immer sicherer werden, für eine rechtzeitige Behandlung hat man aber bereits (zu) viel Zeit verloren. Und von einer krankheits-verhindernden präventiven Achtsamkeit, was sich hier anbieten würde, ist natürlich längst nicht mehr die Rede. Nun beginnt jede seelische Krankheit anders, nicht nur was die Diagnose, auch was Beschwerdebild, Verlauf, psychosoziale Hintergründe, Folgen und Behandlungs-Erfolg anbelangt. Gleichwohl kann die Wissenschaft zum rechtzeitigen Erkennen vieles beitragen. Dazu gehört nicht zuletzt der jeweils charakteristische Beginn bzw. die kritische Zeit, in der Schizophrenien, Depressionen, Manien, Angststörungen, Alkohol-, Medikamenten- und Rauschdrogen-Abhängigkeit am häufigsten auszubrechen pflegen. Nachfolgend deshalb eine kurzgefasste Übersicht zu diesen Erkenntnissen mit entsprechendem Vorbeuge-Wert.

Erwähnte Fachbegriffe:

Psychose-Beginn – Schizophrenie-Beginn – alters-abhängiger Schizophrenie-Beginn – geschlechts-abhängiger Schizophrenie-Beginn – Beginn affektiver Störungen – Depressions-Beginn – Beginn einer manisch-depressiven Störung – Beginn einer dysthymen Störung – Dysthymie-Beginn – Angststörung-Beginn – Beginn von Panik-Attacken – Phobie-Beginn – Beginn von Zwangsstörungen – Alkoholismus-Beginn – Beginn einer Medikamenten-Abhängigkeit – Beginn von Rauschdrogen-Konsum – u.a.m.

Seelische Störungen nehmen zu. Niemand bezweifelt das mehr, obgleich den meisten augenfällige Beispiele aus ihrem Umfeld fehlen. Das aber ist gerade das Problem: Viele verbinden das Phänomen „seelische Störung“ noch immer mit einer befremdenden, wenn nicht gar erschreckenden „Geisteskrankheit“ (von der sie aber auch nur die extrem verstörenden Krankheitszeichen kennen). Doch das ist nur eine verschwindend kleine Minderheit, die mit den heutigen therapeutischen Erfolgs-Aussichten sogar noch relativ früh abgewendet oder zumindest gemildert werden kann - bzw. könnte, sofern man die heute verfügbare Möglichkeiten von Psycho- und Pharmakotherapie nutzen würde. Aber zurück zum Thema: Inzwischen spricht man schon von einer so genannten Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in unserem Teil der westlichen Welt, die mehr als vier von zehn Mitbürgern erfassen soll. Und man warnt vor weiterer Steigerung, sprich jeden Zweiten, der im Laufe seines Lebens mit einer psychischen Krankheit rechnen müsste.

Da stellt sich die schon angedeutete Frage: Kann man das nicht frühzeitig verhindern, zumal eine psychische Störung auf allen Ebenen zu beeinträchtigen vermag. D. h. nicht nur was Ausbildung, Arbeitsplatz, Partnerschaft und Familie anbelangt, sondern auch ein Bereich, über den man praktisch nie etwas hört. Gemeint ist die Scham, eine solche Krankheit mit entsprechend beeinträchtigenden, ja behindernden oder gar demütigenden Symptomen erleiden zu müssen; wenn es gut geht, nur kurz, wenn nicht - immer wieder drohend oder gar lebenslang - mit allen Konsequenzen.

Die Frage ist also berechtigt und die Wissenschaft gibt inzwischen darauf auch Antwort, nicht immer so umfassend und befriedigend, wie man sich das in Laienkreisen wünscht, aber doch deutlich differenzierter als früher und ständig erweitert. Und damit hilfreich, sofern man sich dieser Erkenntnisse bedient.

„Bedient“ ist allerdings fast ungerecht formuliert, enthält es doch auch den stillen Vorwurf, dass sich die Allgemeinheit meist wenig und nur im Bedarfsfalle intensiver dafür interessiert. Und damit vor allem auch die frühen bzw. Erst-Manifestationen solcher Störung verpasst. Oder auf Deutsch: Was hätte man rechtzeitig merken sollen?

Hier aber gibt es nicht nur ständigen Forschungsbedarf, sondern auch eine so genannte „Bring-Schuld“ der dafür zuständigen Disziplinen, nämlich der Psychiatrie mit all ihren beigeordneten Spezialbereichen. Da sieht es noch immer nicht sehr lobenswert aus, gerade was die dafür zuständigen Experten betrifft. Aber es bessert sich, wenngleich meist nicht von den Fachleuten selber ausgehend, sondern von Medizinjournalisten. Und immer häufiger auch von den Betroffenen und ihrem Umfeld, meist über entsprechende Foren des Internets. Dabei wird dann aber auch oft deutlich, wie unsicher bzw. verunsichert viele Betroffene sind, weil es ihnen an „harten Daten“ und damit konstruktiv nutzbaren Erkenntnissen fehlt.

Eine davon ist die Frage: Wie beginnt eigentlich eine seelische Störung bzw. wann im Verlaufe eines schicksalhaft so belasteten Lebens muss man mit den ersten grenzwertigen bis pathologischen Hinweisen oder gar Warn-Symptomen rechnen? Nachfolgend deshalb eine kurzgefasste Übersicht zu diesem wichtigen Thema, nämlich zur *Epidemiologie der Erstmanifestation psychischer Störungen* von Frau Dr. Cornelia Witthauer, M. Sc. und Frau Professor Dr. Roselind Lieb vom Institut für Psychologie, beide Universität Basel. Im Einzelnen aus dem Handbuch W. Rössler und W. Kawohl (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie* in zwei Bänden, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2013:

- **Erstmanifestation psychotischer Störungen**

Eine *Psychose* ist eine mehrschichtige seelische Störung (früher als Geisteskrankheit bezeichnet, obgleich die geistigen Kräfte nicht einmal am schwersten betroffen sein müssen). Dabei geht es vor allem um Denk-, Wahrnehmungs- und Bewegungsstörungen, abnorme Erlebnisse und Erfahrungen usw. Die bekannteste konkrete Krankheit in diesem Rahmen ist die *Schizophrenie*, bei weitem aber nicht die einzige. Trotzdem gilt sie als die schwerwiegendste und war deshalb früher auch das Zentrum psychiatrischen Forschens, Diagnostizierens und Behandelns. Dabei ist sie erstaunlich selten, wenn man sie mit anderen psychischen Störungen vergleicht: Rund ein Prozent, und das seit jeher und bis heute (während andere Leidensbilder deutlich zunehmen, einige wenige allerdings auch zurückgegangen oder fast ganz verschwunden sind).

Einzelheiten zu den Schizophrenien und anderen psychotischen Störungen siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie. Nachfolgend also eine kurz gefasste Übersicht zum obigen Thema nach C. Witthauer und R. Lieb:

Das Erst-Erkrankungsalter bei Psychosen ist ein wichtiger prognostischer Faktor, sprich: Wie geht es weiter was Langzeitverlauf und nicht zuletzt Ansprechbarkeit auf die dafür zuständigen Therapieformen anbelangt. Etwa zwei Drittel aller Diagnosen im Bereich der psychotischen Störungen zählen zum so genannten Schizophrenie-Spektrum.

– Zum typischen Verlauf einer Schizophrenie gehören eine Prodromal-(Vorläufer-)Phase, eine Akut- sowie eine Residualphase mit individuell erträglichen Rest-Symptomen. Eine Vorläufer-Phase dauert im Schnitt fünf Jahre, bis es zum allseits registrierten (bzw. nicht mehr verdrängbaren) akuten Ausbruch des Leidens kommt. Fünf Jahre! Allerdings ist diese relativ lange Zeit vor allem durch so genannte Negativ-Symptome bestimmt, sprich Interessenverlust, geistige Einbußen, Antriebsarmut, Inaktivität, sozialer Rückzug, Gemütsverflachung u. a. Da denkt nun in der Tat erst einmal niemand an eine mögliche Schizophrenie, mit der man ohnehin die abenteuerlichsten Symptome verbindet. Einzelheiten zu diesem Phänomen siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

– In der Akutphase aber kommt es schließlich zur typisch positiven Symptomatik (leider nicht als positiv im allgemeinen Sinne interpretierbar). Beispiele: Wahn, Sinnestäuschungen, formale Denkstörungen usw.

Ist die akute Phase überwunden, tritt der Krankheitsverlauf in die erwähnte Residualphase. Sie ist wiederum vor allem durch Negativ-Symptome charakterisiert, was zwar weniger auffällt, den Betroffenen aber trotzdem sozial erheblich beeinträchtigen kann.

– Gemessen mit modernen Untersuchungsverfahren fand man inzwischen heraus, dass ein Fünftel erste psychotische Symptome mit etwa 21 Jahren und mehr als die Hälfte zwischen 21 und 35 Jahren erleben muss. Wiederum nur ein Fünftel belastet erst jenseits des 35. Lebensjahres.

– Frauen erkranken im Durchschnitt drei bis vier Jahre später als Männer. Das männliche Geschlecht zeigt einen Gipfel des Ersterkrankungs-Alters zwischen 20 und 24 Jahren, das weibliche deutlich später, nämlich zwischen dem 25. und 34. Lebensjahr. Das ist eine wichtige Erkenntnis, die viel zu wenig bekannt ist und die erhebliche Konsequenzen hat. Denn damit trifft es junge Männer in einer sensiblen (Ausbildungs-)Phase, während Frauen sich hier schon eher etabliert haben können. Das weibliche Geschlecht muss allerdings einen zweiten Erkrankungs-Gipfel hinnehmen, und zwar jenseits von 45 bis 54 Jahren. Warum, wird wissenschaftlich noch kontrovers diskutiert, könnte aber mit dem Schutz-Effekt weiblicher Sexualhormone zusammen hängen (z. B. Östrogene), der sich dann im beginnenden Rückbildungsalter verliert.

– Gibt es nun Einflussfaktoren, die bei einer schizophrenen Psychose eine wichtige Rolle spielen könnten? Ja, zumindest rein statistisch. Dazu gehören beispielsweise Komplikationen bei der Geburt, eine höhere Rate prämorbider (also vor Ausbruch der Krankheit vorhandener) Sprach- und Bewegungsstörungen und bestimmte neuropathologische Auffälligkeiten, deren Aufzählung hier zu weit führen würden. Belastend ist auch eine nicht(!) akut einsetzende Psychose, also eher schleichend. Und eine schlechte Anpassung an die erst einmal nicht einordenbare Leidens-Entwicklung.

Und nicht zuletzt ein durchaus nachvollziehbarer Faktor, nämlich: Je länger eine solche Vorläufer-Symptomatik unerkant und damit unbehandelt bleibt, desto früher bricht die Krankheit dann akut und für alle nachvollziehbar aus. Das gleiche gilt übrigens für eine andere Erkenntnis, die da lautet: Je unbefriedigender das Leidensbild - falls schließlich diagnostiziert - auf die dafür zuständigen Psychopharmaka (Neuroleptika) reagiert, desto eher ist mit dem gleichen nachteiligen Ergebnis zu rechnen.

Und dann gibt es noch einen Faktor, der „selbst-verschuldet“ anmutet, wenngleich oftmals auch in der Not des belastenden, aber unerkannten Leidens-

bildes als Selbst-Behandlungsversuch interpretierbar. Gemeint ist der Konsum von Cannabis (also Haschisch oder Marihuana), was eine Psychose generell oder im Verlauf noch früher als ansonsten zu erwarten auszuklinken vermag. Dabei könnte man meinen, das Gleiche gelte für den Alkoholkonsum bzw. -missbrauch. Doch das ließ sich bisher nicht nachweisen. Ähnlich unklar ist die Rolle des Tabak-Rauchens als potentieller Auslöser.

– Wie steht es nun mit der erblichen Belastung? Dass Psychosen familiär gehäuft auftreten, ist schon länger bekannt. Und so fand man auch hier: Dort, wo in den jeweiligen Familien bereits psychotische Störungen diagnostiziert werden mussten, erkrankten die betroffenen Nachkommen früher als jene Patienten, bei denen sich eine so genannte „negative Familien-Anamnese“ ergab, also keine erbliche Belastung. Dies gilt offenbar für beide Geschlechter. Psychophysiologisch scheint hier der erwähnte östrogene Schutz-Effekt für Frauen zu verblassen, weil die genetische Schiene ihn gleichsam neutralisiert.

Bei allem aber weisen die Experten darauf hin, dass die erbliche Belastung nicht zu unterschätzen ist, doch umwelt-bezogene Aspekte ebenfalls nicht. So bleibt dann für den Einzelfall die Frage offen: Wer-was-wie-wann? Und das gilt es zu klären, und zwar möglichst früh. Soweit zur Erstmanifestation psychotischer Störungen, so die Expertinnen C. Witthauer und R. Lieb.

• **Erstmanifestation affektiver Störungen**

Affektive Störungen, früher Gemütskrankheiten genannt, unterteilt man in *unipolare Störungen* (Depressionen) und *bipolare Störungen* (bei denen sich Depressionen mit manischen Zuständen abwechseln). Wann ist bei diesen Leiden, die inzwischen zu den häufigsten seelischen Störungen, ja Krankheiten überhaupt gehören, mit einem erstmaligen Ausbruch zu rechnen?

– Für *unipolare Störungen* steigt das Erkrankungs-Risiko generell. Das scheint vor allem auf höhere Depressions-Raten in jüngeren Jahren zurückzugehen. Zudem erkranken diese Betroffenen immer früher, z. B. bereits in der Adoleszenz (also bei Heranwachsenden). Inzwischen wird sogar eine so genannte Hochrisiko-Phase für die Erstmanifestation zwischen dem 12. und 25. Altersjahr angenommen. Das mittlere Erst-Erkrankungsalter liegt dann aber um das 26. Lebensjahr. Insgesamt scheinen die Prävalenzraten bis zur Mitte des Teenager-Alters noch relativ überschaubar zu sein, um dann aber bis zum mittleren Lebensalter deutlich zuzunehmen, und zwar für beide Geschlechter.

Die höchsten Erkrankungsraten finden sich zwischen 35 und 49, konkret: mehr als jede vierte Frau und fast jeder fünfte Mann. Deutlich niedriger liegen sie bei den über 65-Jährigen (z. B. Frauen mehr als jede Zehnte, Männer rund jeder Zwanzigste). Hier muss man allerdings aufpassen, denn Depressionen im hö-

heren Lebensalter sind noch schwerer zu erkennen als in den so genannten „besten Jahren“.

Einzelheiten zum Beschwerdebild was Symptomatik im Allgemeinen und mögliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Speziellen anbelangt, siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

– Neben den depressiven Episoden (nach US-amerikanischer Vorgabe Major Depression genannt) gibt es noch das, was man früher eine neurotische Depression und heute eine *Dysthyme Störung* nennt. Hier treten die statistischen Erkenntnisse weniger klar zutage. Was deutlich wird ist der spätere Erkrankungsbeginn, je nach Untersuchung um das 30. oder 40. Lebensjahr. Hier herrscht noch Forschungsbedarf.

– Wie ist nun die Prognose einzuschätzen, je nach Ersterkrankungsalter? Offenbar fallen die Vorhersage-Kriterien für einen früh erkrankten Depressiven ungünstiger aus. Dies vor allem dann, wenn noch zusätzlich weitere belastende Störungen beeinträchtigen, nicht zuletzt in seelischer Hinsicht.

– Einen Zusammenhang scheint es auch zu geben zwischen früher Erst-Erkrankung und größerer sozialer, vor allem beruflicher Beeinträchtigung, schlechterer Lebensqualität, einer eher negativen Sicht von sich selber und dem eigenen Leben. Und wenn mehrere depressive Episoden zu ertragen sind, vor allem mit suizidalen Absichten und - wie erwähnt - wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Außerdem scheint der Schweregrad des Leidensbildes, möglicherweise noch mit ernsteren Suizidgedanken, bei Früh-Erkrankten ausgeprägter zu sein.

– Belastende Kindheits-Erlebnisse lassen ebenfalls früher an einer Depression erkranken, vor allem bei Frauen. Ähnliches gilt für eine generelle familiäre Labilität durch negative Erlebnisse. Oder kurz: Je mehr psychosoziale Belastungen, desto früher erkrankt.

– Bei der erwähnten *Dysthymie* (also der früheren neurotischen Depression) liegen die Dinge komplizierter, wobei aber auf jeden Fall negative Lebensereignisse eine große Rolle spielen, einschließlich einer zusätzlich belastenden sozialen Phobie, Panikstörung und Konversionsstörung (früher psychosomatische Störung genannt oder kurz: unverarbeitetes Seelisches äußert sich körperlich ohne krankhaften organischen Befund).

– Bei den *bipolaren Störungen* treten also Depressionen und manische Hochstimmungen auf. Die Häufigkeit variiert zwischen ein und 6,5 Prozent, je nach Studie. Hier liegt das Erst-Erkrankungsalter je nach Untersuchung bei rund 20 oder fast 30 Jahren, im Mittel bei 21 Jahren (und zwar für beide Geschlechter gleich). Das heißt aber auf jeden Fall: Erst-Erkrankung in jungem bzw. psychosozial auch störanfälligem Alter.

- Noch früher droht eine bipolare Störung bei ernsterer Suizidgefahr (was in der Regel mit dem Gesamt-Beschwerdebild korreliert). Und dem so genannten Rapid Cycling, also dem raschen Phasenwechsel von Hoch zu Tief.
- Auch hier findet sich ein schon bekannter Hinweis, nämlich dass Patienten mit bipolarer Störung früher erkranken, wenn in ihrer Familie bereits affektive Störungen erlitten werden mussten.

- **Erstmanifestation von Angststörungen**

Angststörungen werden immer häufiger diagnostiziert. Nimmt man alle Formen zusammen, scheinen sie inzwischen die Spitze seelischer Belastungen einzunehmen (mit bis zu fast 30 Prozent). Auf jeden Fall gehören sie derzeit zu den häufigsten psychischen Krankheiten in unserer Zeit und Gesellschaft.

Auch scheinen sie sich früher zu äußern als andere psychische Leiden. Mit rund 15 Jahren zeigen sie das niedrigste Erst-Erkrankungsalter im Vergleich zu Abhängigkeits- und affektiven Störungen. In einigen Untersuchungen weist man sogar auf ein noch früheres Erkrankungsalter hin (rund elf Jahre?). Auf jeden Fall ist dieser Alters-Bereich ein sensibler Lebensabschnitt für diese Form von Leiden. Die globale Hochrisiko-Zeit für eine Erstmanifestation von Angststörungen liegt zwischen zehn bis 25 Jahren.

- Nun setzen sich aber Angststörungen aus verschiedenen Untergruppen zusammen und die Frage lautet: Gibt es hier bezüglich altersbezogener Erstmanifestationen auch objektivierbare Unterschiede? Das scheint in der Tat der Fall zu sein:

So zeigte sich, dass Phobien (also objekt- bzw. situations-bezogene Angststörungen) das früheste Erkrankungsalter aufweisen. Zwar gibt es hier unterschiedliche Studien-Ergebnisse, doch scheinen sich soziale und Spezifische Phobien typischerweise in der Kindheit zu manifestieren, während die Generalisierte Angststörung und die Panikattacken erst später belasten, also eher beim Heranwachsenden oder schließlich im Erwachsenenalter.

Untersuchungen, die dem detailliert nachgehen, kommen zum Schluss, dass beispielsweise Spezifische Phobien (vor allem Tier-, Blut-, Spritzen- und umwelt-bezogene Phobien) und die Trennungs-Angst das früheste Erkrankungsalter aller Angststörungen aufweisen: erstmals etwa vor dem 12. Lebensjahr.

Dagegen sind Kindheit und Adoleszenz die Hochrisiko-Phasen der Sozialen Phobie (also der Angst vor dem anderen schlechthin). Nach dem 25. Lebensjahr geht das Erst-Erkrankungsalter für diese Angststörung deutlich zurück.

Dafür folgen jedoch die Hochrisiko-Phasen der Panikattacken, der Agoraphobie und der Generalisierten Angststörung, und zwar von der späten Adoleszenz bis ins frühere Erwachsenenalter.

- Die *Zwangsstörungen*, die gelegentlich noch mit den Angststörungen zusammengefasst werden, sinnvollerweise aber für sich selber abgehandelt werden sollten, haben ihren Ersterkrankungs-Schwerpunkt zwischen Adoleszenz und frühem Erwachsenenalter.

- Die *posttraumatische Belastungsstörung* weist - wie nicht anders zu erwarten - das variabelste Erst-Erkrankungsalter auf, da abhängig vom jeweiligen Trauma, das ein ganzen Leben lang drohen kann.

- Frauen gehen bei Angststörungen ein höheres Risiko ein, das scheint auf den ersten Blick nachvollziehbar. Weniger bekannt aber dürfte sein, dass es durchaus Geschlechtsunterschiede im Entwicklungsverlauf gibt.

Zum einen ist - über alle Angststörungen hinweg betrachtet - eine höhere Betroffenheit des weiblichen Geschlechtes nicht zu übersehen. Das kann schon in sehr jungen Kinderjahren beginnen (vor dem fünften Lebensjahr?). Und es kann sich über die ganze Kindheit und frühe Adoleszenz hinweg und gelegentlich - je nach Krankheitsbild - noch länger hinziehen. Dies betrifft praktisch alle Angststörungen, also Generalisierte Angststörung, Agoraphobie, Panikattacken u. a.

Eine Ausnahme bildet die Zwangsstörung, wo Jungen bereits in der Kindheit drei Mal häufiger betroffen sind als Mädchen. Bis zur Pubertät bleibt dieses Verhältnis etwa gleich, danach nähern sich die beiden Geschlechter an.

- Gibt es nun objektivierbare äußerliche Einfluss-Faktoren? Als erstes diskutiert man in der Regel eine genetische Schiene, zumindest aber eine entsprechende Angstsymptomatik bei den Eltern. In der Tat stellte sich heraus, dass Kinder von Müttern mit einer Angststörung ein erhöhtes Risiko haben, ähnlich zu erkranken (wenngleich nicht zwingend früher als andere Angstpatienten).

Offenbar gibt es dazu unterschiedliche Erkenntnisse, wobei aber doch eines von nachvollziehbarem Interesse sein dürfte: Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen elterlicher Sozialer Phobie und der der eigenen Kinder.

Zudem wurde deutlich, dass die elterliche Angststörung und ein negativer Erziehungsstil unabhängig voneinander das erstmalige Auftreten einer Sozialen Phobie bei den Nachkommen bahnen. Oder kurz: Beide Belastungen zusammen führen auch zu einer früheren Erkrankung des Kindes.

Allerdings spielen hier so viele Faktoren und vor allem unwägbar Aspekte mit herein, dass es nicht verwundert, wenn immer wieder abweichende For-

schungs-Ergebnisse bekannt werden, auch wenn die erwähnten Befunde durchaus nachvollziehbar sind, so Frau Dr. C. Witthauer und Frau Professor Lieb vom Institut für Psychologie der Universität Basel.

- **Erstmanifestation substanzbezogener Störungen (Alkohol, Medikamente, Rauschdrogen)**

Die durchaus tragische und folgenreiche Erkenntnis, dass sowohl das Jugend- als auch frühe Erwachsenenalter bedeutende Lebensphasen für den Erstkonsum *substanzbezogener Störungen* sind, muss nicht weiter untermauert werden. Dabei belastet vor allem das Wissens-Defizit, wie und warum aus einem maßvollen Umgang ein missbräuchlicher oder abhängiger Konsum werden kann. Hier herrscht also noch Forschungsbedarf.

Denn das Problem drängt, rein statistisch, vom Einzel-Schicksal ganz zu schweigen: Im Jahr 2010 litten in Europa etwa 14,6 Millionen Menschen an Alkoholabhängigkeit, 1,0 Millionen an einer Opioid- und 1,4 Millionen an einer Cannabis-Abhängigkeit. Die Folgen kann man sich denken, und zwar nicht nur psychosozial, auch hirnganisch (mit einem anschließenden Teufelskreis an Einbußen aller Art).

Und dabei wird auch klar, dass das Alter bei Erstkonsum ein entscheidender Faktor für den späteren Verlauf darstellt. So liegt der Zeitpunkt des erstmaligen Konsums von *Nikotin* und *Alkohol* bei etwa zehn Jahren, mit einer Hochrisiko-Phase für den Erstkonsum zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr.

Das Einstiegsalter in den Konsum *illegaler Drogen* findet später statt (z. B. bei Haschisch/Marihuana um das 14. Lebensjahr, die Hochrisiko-Zeit zwischen dem 16. und 18. Altersjahr). Bei praktisch allen hier erwähnten substanzbezogenen Störungen leben *Männer* risikoreicher.

Insgesamt gibt es inzwischen eine ganze Reihe entsprechender Studien und zusammenfassender Analysen, die zwar gelegentlich abweichende Daten erbringen, doch bleibt der Schwerpunkt immer gleich, nämlich das biologisch und sozial risiko-gefährliche Alter in frühen Jahren, Schwerpunkt: Heranwachsende und junge Erwachsene.

Zum Abschluss ihres Kapitels über substanzbezogene Störungen weisen die Expertinnen C. Witthauer und R. Lieb in dem Handbuch *Soziale Psychiatrie* auf etwas hin, was man sich nicht oft genug warnend vor Augen halten sollte. Sie diskutieren nämlich die Folgen eines elterlichen Konsums oder Missbrauchs für ihre Kinder.

Das Ergebnis: Kinder von Eltern mit Alkoholstörungen konsumieren im Vergleich zu Kindern von nicht betroffenen Eltern mehr Alkohol, rauchen häufiger regelmäßig und konsumieren öfter illegale Drogen. Jugendliche mit zwei dies-

bezüglich betroffenen Elternteilen konsumieren früher schädliche Mengen von Alkohol als solche ohne entsprechende Belastung. Das besagt:

Ob genetisch oder Nachahmungsverhalten bzw. mehrere (andere) Belastungsaspekte, ein entgleister Konsum, von der dann drohenden Abhängigkeit ganz zu schweigen, hat nicht nur Folgen für die Betroffenen selber, sondern auch ihre Nachkommen. Hier liegt auch die Bedeutung einer spezifischen Prävention.

LITERATUR

Wichtiges Forschungs-, vor allem aber Präventions-Thema, das durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit mehr Verbreitung finden sollte. Das geschieht allerdings in zunehmendem Maße, wobei der Hinweis auf das dann doch zumeist schockierende Erst-Erkrankungsalter ein zusätzlicher Anreiz sein sollte, sich mit diesen Krankheiten gezielt zu beschäftigen.

Grundlage dieses Beitrags ist das Kapitel *Epidemiologie der Erstmanifestation psychischer Störungen* von Cornelia Witthauer und Roselind Lieb vom Institut für Psychologie der Universität Basel in dem Handbuch *Soziale Psychiatrie*, Hrsg. W. Rössler und W. Kawohl in zwei Bänden, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2013.