

Psychische Störungen unter der Perspektive der Sexuellen Orientierung

von Stefan Schulreich
Manuskript zum Vortrag am 24. 10. 2008

Über Psychische Störungen – Kriterien und Irrwege

Wie ist überhaupt zu entscheiden, was eine Psychische Störung ist und was nicht? Neben primären Schwierigkeiten aus klinischer Sicht kommen hier sekundär natürlich auch zeitgeistliche, kulturelle und politische Strömungen zu tragen. Dies lässt sich gut am Beispiel der Homosexualität illustrieren, wobei anhand dieses Beispiels auch Kriterien für Psychische Störungen diskutiert werden können.

Der Leser möge den Autor und dessen Intention nicht falsch verstehen – die Vorstellung von Homo- oder Bisexualität als Psychische Störung soll hiermit deutlich abgelehnt werden – ganz in Übereinstimmung mit den heutigen Klassifikationssystemen, die diese sexuellen Orientierungen nicht mehr als Störung anführen.

Dass Letzteres nicht immer so war, ist dem aufmerksamen Leser entweder aus seinem Vorwissen geläufig, spätestens wird es bei den Worten „nicht mehr“ aufgefallen sein.

Homosexualität wurde lange Zeit als Psychische Störung aufgefasst. Dabei gab es verschiedenste Ansätze der Konversionstherapie in den verschiedenen Therapieschulen, die zum Ziel hatten die sexuelle Orientierung zu modifizieren. Dies waren zum Beispiel aversionstherapeutische Ansätze¹ im Bereich der Verhaltenstherapien, die bis in die 1970er verfolgt wurden. 1973 kam es in der American Psychiatric Association (APA) schließlich zu der Mehrheitsentscheidung, Homosexualität nicht mehr als Geisteskrankheit aufzufassen. 1980 wurde diese Entscheidung im DSM²-III umgesetzt (Wittchen & Hoyer, 2006). Aus den ICD² der WHO³ wurde die Homosexualität erst mit der 10. Version 1992 gestrichen.

Wie kam man überhaupt auf die Idee Homosexualität als Psychische Störung zu bezeichnen? Aus heutiger psychologischer Sicht kann man das nur schwer nachzuvollziehen, wenn man verschiedenste Kriterien psychischer Störungen heranzieht. So findet man beispielsweise bei Comer (2001) folgende vier Komponenten gestörter Erlebens- und Verhaltensmuster:

1. Abweichung von der Norm (statistisch, sozial, subjektiv, ideal, funktional)
2. Leidensdruck
3. Beeinträchtigung (zB. Alltag)
4. Eigen-/Fremdgefährdung

Die verschiedenen Normen sind je nach Kontext unterschiedlich nützlich. So kann auch die Abweichung von einer subjektiven Norm (zB. Vergleich der derzeitigen Funktionsfähigkeit zu früher) klinische Relevanz haben. Um objektivere Maßstäbe über funktionale Probleme zu erhalten bietet sich die Orientierung an funktionale Normen an (zB. Ausmaß der Alltagsbewältigung, etc.). Klinische Relevanz wird vor allem durch die Kriterien Leidensdruck und Beeinträchtigung angezeigt.

¹ Die Aversionstherapie versucht mittels aversiver (Straf-)reize das Verhalten zu modifizieren.

² Beim DSM und ICD handelt es sich um international verwendete Klassifikationssysteme.

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD = International Classification of Diseases

³ WHO = World Health Organization

Nun reicht jedoch die Abweichung von der (zum Beispiel) statistischen Norm nun mal nicht aus – sonst könnte man ja jedes seltene Interesse, jede Hochbegabung und dergleichen als psychisch gestört betrachten. Im Falle von Homosexualität wird man wohl Fremdgefährdung auch nicht unterstellen können (fallweise wohl aber Gefährdungen durch Fremde). Was wir jedoch (zu) häufig finden ist ein gewisser Leidensdruck und einhergehende Beeinträchtigungen. Das dies jedoch vermutlich nicht kausal durch die sexuelle Orientierung sondern durch andere Faktoren verursacht wird, ist einerseits intuitiv verständlich, andererseits wird diese Schlussfolgerung auch durch wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt. Dasselbe gilt für die Selbstgefährdung.

Weit wahrscheinlicher waren daher nicht-fachliche Überlegungen Homosexualität als Psychische Störung zu deklarieren, deren Ursachen (diverse Ängste, etc.) ebenfalls ein wichtiges Forschungsgebiet sind. Auch wenn Homosexualität mittlerweile in den weltweit verwendeten Klassifikationssystemen nicht mehr als Störung angeführt wird, so trifft das leider nicht auf die mentalen Klassifikationssysteme in den Köpfen vieler Mitmenschen zu.

Erschreckenderweise findet man noch Transsexualität in der Kategorie der Psychischen Störung – im Diagnosesystem hat das vielleicht sogar seinen Platz, allerdings vielleicht den Falschen, da es überlegenswert wäre die Transsexualität als körperliche Störung zu betrachten. Denn die grundsätzliche Frage ist, ob die Psyche eines Menschen unter gewissen Rahmenbedingungen (im Sinne einer äußeren oder – wie hier – inneren/körperlichen Umwelt) mit keinen Beeinträchtigungen und Leidenszuständen einhergehen würde – provokanterweise wird hier die Behauptung aufgestellt, dass dies auch bei anderen psychischen Störungen zu überdenken bzw. überprüfen ist.

Auch wenn wir heute Homosexualität nicht mehr als Psychische Störung betrachten – hier also keine Gleichung gesehen wird – so gibt es doch Zusammenhänge mit Psychischen Störungen, die im Laufe der Arbeit ersichtlich werden.

Bleibt noch die Frage, warum man überhaupt etwas als Psychische Störung klassifiziert. Es wurde schon häufiger kritisiert, dass eine derartige Klassifikation zu einer **Stigmatisierung** der Betroffenen führt, was die Lebensqualität erst recht beeinträchtigt und die Chancen auf Besserung reduzieren kann. Ein Verzicht auf **systematische Klassifikationen** wäre jedoch wohl kaum der richtige Weg. Klassifikationssysteme ermöglichen erst die systematische Erforschung von Zusammenhängen, ermöglichen ein gezieltes, abgestimmtes therapeutisches Vorgehen. Außerdem kann eine Diagnose auch etwas für den Patienten Beruhigendes haben, da das Problem nun einen Namen hat und besser verstanden werden kann. Richtig ist jedoch, dass eine Stigmatisierung von Betroffenen vermieden werden muss – vielleicht fällt dies nach diesem Manuskript, nach dem Wissen um die Häufigkeit von Störungen, leichter. Nicht zuletzt sollte man sich auch auf die allgemeinen Menschenrechte besinnen.

Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen

Bevor exemplarisch einige Störungen behandelt werden, soll ein gewisses Grundverständnis über das komplexe Wirkungsgefüge von Störungen verursachenden sowie aufrechterhaltenden Faktoren vermittelt werden.

Als wissenschaftlich mittlerweile in seinen Teilen gut belegtes Modell ist das **Vulnerabilitäts⁴-Stress-Modell** (vgl. Wittchen & Hoyer, 2006) anzuführen (Abb.1.). Es handelt sich dabei dennoch (bis jetzt) bloß um ein heuristisches Arbeitsmodell, da eine vollständige Aufklärung des komplexen Wirkungsgefüges noch längere Zeit ausstehen wird. Es stellt jedoch mit Sicherheit zumindest einen geeigneten Rahmen für die Einordnung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und für das Verstehen der Störungsentstehung dar.

⁴ Vulnerabilität = Verletzlichkeit

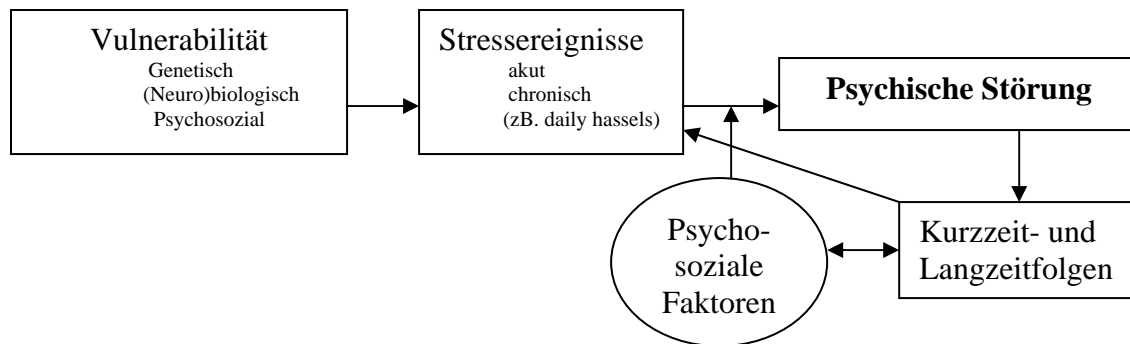


Abb. 1. Vulnerabilitäts-Stress-Modell
(vereinfachte Darstellung)

Dieses Modell ist vor dem Hintergrund des **biopsychosozialen Ansatzes** entstanden. Der Interaktion von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren wird große Bedeutung zugesprochen.

Dabei wird davon ausgegangen, dass erst die Interaktion einer gewissen Vulnerabilität und diversen Umweltfaktoren zu einer psychischen Störung beiträgt. Als **Vulnerabilitätsfaktoren** kommen etwa genetische Faktoren in Frage. Diese sind jedoch – um es nochmals zu betonen – nur als Disposition zu verstehen. Die relevanten Effekte könnten dabei vor allem auch indirekter Natur sein. So können zum Beispiel im Falle einer Depression genetische Faktoren sowohl eine erhöhte Anfälligkeit bei Konfrontation mit belastenden Lebensereignissen aber auch eine Anfälligkeit für die Herbeiführung eben jener Lebensereignisse bedingen. Neben genetischen Faktoren kommen hier auch andere biologische Faktoren aber auch psychosoziale Faktoren in Frage. Diese Dispositionen treffen nun auf **Stressoren**, dabei kommen akute Stressoren (zB. Trennung, Arbeitsplatzverlust, etc.), aber auch chronische Belastungen (jahrelanges Mobbing, etc.) in Frage. Zu beachten sind hierbei auch die sogenannten „daily hassels“ (Mikrostressoren, die längerfristig ebenfalls störungsfördernd sein können) – das kann zB. auch der tägliche Verkehrsstau sein. Weiters enthält das Modell **psychosoziale Faktoren**, die einen moderierenden Einfluss haben können (zB. Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung). **Schutz- und Risikofaktoren** beeinflussen die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Störung enorm. Schlussendlich kommt es – falls eine psychische Störung nicht durch protektive Bedingungen verhindert werden konnte – zu **Kurzzeit- und Langzeitfolgen**, die ihrerseits wieder stressreiche Ereignisse darstellen können, zB. Verlust des Arbeitsplatzes.

Die verschiedensten biologischen und psychosozialen Faktoren der Entstehung oder Aufrechterhaltung von Störungen werden im Rahmen der jeweiligen Störungen sowie im Rahmen der Behandlung allgemeiner und spezieller Risikofaktoren weiter unten näher behandelt.

Dem Leser sollte klar sein, dass psychische Störungen nicht etwas Seltenes sind, etwas das nur eine gewissen Teil der Bevölkerung treffen kann. Bei Betrachtung der Prävalenzraten/Häufigkeiten wird klar, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Individuum (damit ist auch der Leser gemeint!) zumindest einmal in seinem Leben irgendeine psychische Störung entwickelt, nicht zu vernachlässigen ist.

An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass gerade Menschen mit LGBT⁵-Orientierung/-Identität aufgrund vielfältiger, zusätzlicher (zu den allgemeinen hinzukommenden) Risikofaktoren bei einigen Störungsgruppen noch höhere Prävalenzraten als die heterosexuelle Bevölkerungsgruppe aufweisen.

⁵ LBGT = LesBiGayTrans = Abkürzung für lesbian, bisexual, gay, transgender/-sexual

Beispiele psychischer Störungen

Aus der großen Vielfalt psychischer Störungen werden aufgrund der gebotenen Kürze nachfolgend vor allem drei Störungen näher behandelt.

Affektive Störungen

Affektive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Obwohl sich die Bezeichnung als „affektiv“ auf emotionale Prozesse bezieht sind hier auch die Ebenen des Denkens, Verhaltens und die somatische Ebene betroffen.

In einer Studie von Jacobi, Klose und Wittchen (2004) ergab sich für affektive Störungen eine Jahresprävalenz⁶ von geschätzt 11,9 % für die erwachsene Allgemeinbevölkerung in Deutschland – in Übereinstimmung mit den meisten internationalen Daten. Eine niederländische Studie⁷ (Sandfort et al., 2001) führt Jahresprävalenzen von 5,2 % für heterosexuelle Männer, jedoch 17,1 % für homosexuelle Männer an. Analog dazu 9,3 % für heterosexuelle Frauen und 14 % für lesbische Frauen. Obwohl solche Daten von Studie zu Studie in einem gewissen Rahmen schwanken, weist der Vergleich von heterosexuellen und homosexuellen Personen eindrucksvoll auf ein **unterschiedliches Risiko** hin.

Wesentlich ist, dass es sich dabei jedoch um eine Störungsgruppe handelt, die eine Vielzahl an verschiedenen Varianten beinhaltet, die sich in Verlaufsform, Ausprägungsgrad, etc. unterscheiden. Grundsätzlich wird zwischen **unipolaren/depressiven Störungen** und **bipolaren** unterschieden. Die Abgrenzung ergibt sich aus dem Vorliegen einer herabgesetzten (depressiven) Stimmungslage ohne hypomanischen bzw. manischen Episoden⁸ im ersten Fall und Vorhandensein letzterer im zweiten Fall. Außerdem unterscheidet man noch durch somatische Faktoren bzw. durch Substanzen induzierte affektive Störungen sowie sonstige Varianten (zB. saisonale Depression, die gehäuft in der kalten Jahreszeit auftritt).

Nachfolgend wird exemplarisch die Major Depression, die zu den depressiven Störungen zu zählen ist, näher beleuchtet.

Major Depression

Für die Diagnose einer Episode der Major Depression müssen laut DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Edition) mindestens fünf der folgenden Symptome über 2 Wochen auftreten, wobei mindestens eines der ersten zwei.

1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen und für die meiste Zeit des Tages,
2. Deutlich vermindertes Interesse bzw. Freude an (fast) allen Aktivitäten an fast allen Tagen,
3. Gewichts- und Appetitverlust oder aber Gewichtszunahme und Appetitsteigerung,
4. Schlaflosigkeit, Einschlafschwierigkeiten oder aber vermehrter Schlaf an fast allen Tagen,
5. Psychomotorische Unruhe oder aber Verlangsamung an fast allen Tagen,
6. Müdigkeit und Energieverlust an fast allen Tagen,
7. Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld an fast allen Tagen,
8. Verminderte Fähigkeit zu Denken, Konzentrations- und Entscheidungsprobleme an fast allen Tagen,
9. wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, genaue Planung des Suizids oder tatsächlicher Suizidversuch.

⁶ Jahresprävalenz = Prozentsatz aller Störungsfälle in einer definierten Population in einer 12-Monats-Zeitperiode.

⁷ Interessant sind hierbei die unterschiedlichen gesellschaftlichen Bedingungen (die Niederlande gilt zB. als liberaler).

⁸ Eine Manie wäre iGs zur depressiven Episode mit übersteigter Energie, Rastlosigkeit, Getriebenheit, etc. verbunden; hypoman = nicht die volle Ausprägung einer Manie erreichend (reduzierte Intensität)

Dies soll nur der Darstellung der typischen Symptomatik dienen. Für eine Klassifikation müssen noch weitere Kriterien (klinische Relevanz und differentialdiagnostische Kriterien) erfüllt sein.

Wie leicht zu erkennen ist betrifft die Major Depression (wie allgemein depressive, aber auch bipolare Störungen) alle psychischen Funktionsbereiche – Fühlen, Denken, Verhalten – wie auch den somatischen Bereich. Es handelt sich dabei um eine episodische Störung, bei der es nach einer Episode (oder im Falle einer rezidivierenden Störung⁹ zwischen den Episoden) zu einer Vollremission kommen kann. Jedoch kann zwischen den Episoden auch eine Restsymptomatik erhalten bleiben.

Die Konstellation einer Symptomatik, die nicht das volle Ausmaß einer Major Depression erreicht, und einem längerfristigen Verlauf bezeichnet man als **Dysthyme Störung**.

Suizidalität

Tragischerweise besteht ein Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und Suizidalität. Bei Vorliegen einer Major Depression kommt es etwa in 20-60 % der Fälle zu versuchtem, in 15 % der Fälle zu vollendetem Suizid (Wittchen & Hoyer, 2006). Zu bedenken ist, dass dies natürlich nicht alle Suizidfälle sind. Außerdem muss man sich vor Augen halten, dass Menschen mit LGBT-Hintergrund ein höheres Risiko aufweisen (Fergusson et al, 1999).

Ätiologische Theorien¹⁰

Angesichts der vielfältigen Formen affektiver Störungen gibt es keine einheitliche Theorie. Den besten Rahmen bietet das schon beschriebene Vulnerabilitäts-Stress-Modell. In Zwillingsstudien wurden etwa genetische Effekte nachgewiesen, welche als eine individuelle Disposition zu verstehen sind, die mit der Umwelt interagiert. Auch Traumata und aversive Ereignisse (zB. Deprivation¹¹, Vernachlässigung, Trennungs- und Verlusterlebnisse, etc.) im frühen Lebensalter erhöhen das Risiko – dabei spielen neuerdings vor allem neurobiologische Theorien eine große Rolle (zB. längerfristige Veränderung der Stressregulation). Die individuelle Disposition trifft dann häufig auf stressreiche Lebensereignisse (Trennung, Verlust der Eltern, etc.) – häufig auch in Kombination mit chronischen Belastungsbedingungen. Darüber hinaus erhöht auch das Vorhandensein anderer psychischer Störungen die Wahrscheinlichkeit einer affektiven Störung. So geht einer Depression zum Beispiel häufig eine Angststörung voraus (vgl. Wittchen & Hoyer, 2006).

Bedeutende Psychologische Theorien, die v.a. bei der Aufrechterhaltung der Störung eine nachgewiesene Rolle spielen (aber womöglich auch bei der Genese) betonen zB. die Bedeutung von **positiven Verstärkern** (positiv erlebte soziale Interaktionen, etc.), die aufgrund mangelnder Häufigkeit und Verfügbarkeit in der Umwelt oder aufgrund eines eigenen mangelhaften Verhaltensrepertoires (zB. geringe soziale Kompetenz) fehlen (Verstärker-Verlust-Theorie, Lewinsohn, 1974, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2006). Andere Theorien betonen die Bedeutung des wahrgenommenen Kontrollverlusts über Konsequenzen (Erlernte Hilflosigkeit, Seligman, 1974, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2006) – dabei spielen auch **Attributionsprozesse¹²** eine große Rolle. Ein negatives Attributionsschema wäre zB. die Zuschreibung von Misserfolg auf die eigenen Fähigkeiten, die Zuschreibung von Erfolg auf den Zufall. **Dysfunktionale Kognitionen** spielen bei Beck (1970, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2006) eine bedeutende Rolle. Negative Schemata (negative Einstellungen gegenüber einem Selbst, die Umwelt und die Zukunft) resultieren in absolutistischen, unzulässig generalisierenden, verzerrten und unlogischen Fehlschlüsse, die wiederum die negativen Schemata verstärken.

⁹ rezidivierend = wiederkehrend

¹⁰ ätiologisch = verursachend

¹¹ Deprivation = Verarmung an Reizen/Stimulation

¹² Attributionsprozesse sind Prozesse der Zuschreibung einer Ursache (zB. Ursache von Erfolg/Misserfolg).

Therapie

Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Ansätze beziehen sich einerseits auf Verhaltensaspekte – wie zB. Erhöhung der Verstärkerrate durch Einbezug verstärkender Aktivitäten und gegebenenfalls Förderung der Sozialkompetenz. Kognitive Ansätze wären die Umstrukturierung dysfunktionaler kognitiver Schemata. Neben kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden gibt es natürlich noch andere psychotherapeutische Denkrichtungen und Ansätze. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer pharmakologischen Therapie (zB. mittels Antidepressiva).

Angststörungen

Zur Gruppe der Angststörungen zählt man vor allem Generalisierte Angststörung, Panikstörung, Spezifische Phobien und Sozialphobie. Des Weiteren haben wohl auch Belastungsstörungen sowie Zwangsstörungen mit Angststörungen zumindest gewisse Gemeinsamkeiten, weswegen sie in den Klassifikationssystemen zusammen in einer übergeordneten Gruppe zusammengefasst sind.

Angststörungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Angst klinisch relevante Ausmaße erreicht hat, dh. die Angst wird extrem erlebt, hat starke physiologische Komponente, sie tritt in Situationen auf, in der Angst gewöhnlich nicht funktional ist, ist nicht kontrollierbar, etc.

Neben den affektiven Störungen gehören auch die Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Die Jahresprävalenzrate in der deutschen Allgemeinbevölkerung beträgt ungefähr 14,5 % (Jacobi et al., 2004). Die niederländische Studie von Sandfort et al. (2001) führt hier Jahresprävalenzen von 7,6 % für heterosexuelle Männer, 19,5 % für schwule Männer, 16,4 % für heterosexuelle Frauen und 16,3 % für homosexuelle Frauen auf.

Phobien

Charakteristisch für eine Phobie ist das unmittelbare Auftreten von Angst bei Konfrontation mit dem angstbesetzten Objekt oder der spezifischen Situation. Zentral ist auch das Thema **Vermeidung** – wird der angstausslösende Reiz gemieden fühlt sich die Person weitgehend unbeeinträchtigt.

Unterschieden werden kann die Agoraphobie als Angst vor öffentlichen Räumen bzw. Situationen, die von einer Person schwer verlassen werden können. Unter den **Spezifischen Phobien** fasst man eine heterogene Gruppe an Phobien zusammen (Tierphobien, zB. Spinnenphobie, Situationsphobien, zB. Höhenangst, etc.). Die **Sozialphobie** ist aufgrund der zwischenmenschlichen Komponente besonders relevant. Dabei gibt es nicht-generalisierte Formen, bei der Betroffene vor allem Bewertungs- und leistungsbezogene Situationen fürchten (und vermeiden), während bei der generalisierten Form generell soziale Situationen zum Problem werden. Die Sozialphobie hat eine enorme gesellschaftliche Tragweite, da Betroffene in ihrer gesellschaftlichen Rollenerfüllung stark beeinträchtigt sind.

Das Zustandekommen einer Phobie (aber auch anderer Angststörungen) kann am Besten im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Ansatzes verstanden werden. Genetische Dispositionen finden sich – analog zu anderen Störungen – auch hier, allerdings treffen diese auf die Umwelt eines Menschen und erst eine bestimmte Konstellation dieser Faktoren resultiert in einer Störung.

Eine genetische Vulnerabilität könnte zum Beispiel in der Form bestehen, dass die Menschen unterschiedlich konditionierbar (siehe unten) sind (Garpenstrand et al., 2001) – dh. manche Menschen neigen dazu emotionale Reaktionen auf bestimmte Reize leichter auszubilden.

Lerntheoretische Ansätze heben die Bedeutung der **Klassischen (KK) und Instrumentellen Konditionierung (IK)** hervor. Bei der Klassischen Konditionierung erhält ein ursprünglich neutraler Reiz aufgrund der Koppelung an einen (hier) aversiven Reiz selbst aversiven Informationsgehalt (man bezeichnet diesen dann als konditionierten Reiz) und vermag dann ebenso eine Angstreaktion auszulösen. Darüber hinaus kann diese konditionierte emotionale Reaktion auch auf ähnliche Objekte und Situationen übertragen werden (**Generalisation**). Von großer Bedeutung ist die **Zwei-Faktoren-Theorie** von Mowrer (1960), bei der zwei Prozesse zentral sind. Beim ersten Prozess handelt es sich um eine KK bei der eine konditionierte emotionale Reaktion ausgebildet wird – ein ursprünglich neutraler Reiz wird also zum konditionierten Reiz und löst die emotionale Reaktion aus. Der zweite Prozess besteht in einer IK. Die Vermeidung der konditionierten (angstbesetzten) Reize führt zu einem Abbau der negativen Emotionen und dies wiederum verstärkt das Vermeidungsverhalten und verhindert die Löschung der Koppelung von konditioniertem Reiz und Angstreaktion. Darüber hinaus sind jedoch auch **kognitive Modelle** zu beachten. Ängste können auch über Modelllernen¹³ und Instruktionlernen entwickelt werden. Darüber hinaus sind angstverstärkende Gedanken zentral.

Erwähnenswert ist außerdem das Phänomen, dass (abgesehen von der unterschiedlichen Konditionierbarkeit der Menschen, siehe oben) bestimmte Objekte und Situationen häufiger angstbesetzt sind als andere. So wird etwa die Angst vor Spinnen leichter erworben bzw. kommt häufiger vor als etwa Angst vor Autos – obwohl letztere in der heutigen Gesellschaft mit Sicherheit die größere Gefahrenquelle darstellen. Dies dürfte darin begründet sein, dass gewisse Reiz-Reaktions-Verbindungen aufgrund einer „**preparedness**“ des neuronalen Systems leichter hergestellt werden können (auch bekannt als Garcia-Effekt, vgl. Garcia & Koelling, 1966).

Generalisierte Angststörung

Betroffene leiden mehr oder weniger unter ständigen Angstzuständen und machen sich in vielen Situationen übermäßige Sorgen. Neben der emotionalen Komponente zeigt sich die Störung auch in Form körperlicher Beschwerden.

Panikstörung

Betroffene leiden unter plötzlich einsetzenden, extremen Angstattacken, wobei die eigenen körperlichen Symptome (Herzrasen, Zittern, etc.) als besonders bedrohlich wahrgenommen werden. Besteht nach Auftreten der Panikattacke Angst vor weitere Attacken spricht man (bei Erfüllen gewisser Kriterien) von einer Panikstörung.

Bei der Panikstörung kommt es zu einem **psychobiologischen Teufelskreis**. Im Falle einer Stresssituation wird diese bewertet und im Falle mangelnder Bewältigungsmechanismen entsteht Angst. Die dabei auftretenden physiologischen Reaktionen werden von diesen Personen verstärkt wahrgenommen, als bedrohlich erlebt – die Angst wird verstärkt, und damit auch die körperlichen Reaktionen. Diese Angstspirale endet schließlich in einer Panikattacke.

Therapieansätze bei Angststörungen

Psychologische Ansätze beziehen sich zum einen auf die Entkoppelung der beschriebenen Reiz-Reaktions-Verknüpfungen, etwa mittels **Konfrontationstherapie** (real, vorstellungsmäßig, mittlerweile auch virtuell) – Verhindern des Vermeidungsverhaltens und Ermöglichen der Assoziations-Löschung. Außerdem ist es möglich an dysfunktionalen Kognitionen (angstverstärkenden Gedanken, etc.) oder Wahrnehmungsprozessen (zB. im Falle der Panikstörung) anzusetzen. Darüber hinaus werden Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelentspannung oder Biofeedback eingesetzt. Außerdem gibt es noch psychopharmakologische Ansätze.

¹³ Modelllernen = Lernen vom Modell (andere Person), Lernen durch Imitation – Ängste anderer können übernommen werden.
Instruktionlernen meint Erwerben der Angst durch erhaltene Information

Substanzabhängigkeit

Die große Gruppe der **substanzinduzierten Störungen** soll am Beispiel der Substanzabhängigkeit näher betrachtet werden. Die Jahresprävalenzrate für Missbrauch/Abhängigkeit bei illegalen Substanzen in der deutschen Allgemeinbevölkerung beträgt ungefähr 0,7 % (Jacobi et al., 2004). Die Rate für legale Drogen ist weit höher. Auch hier finden sich in der niederländischen Studie (Sandfort et al., 2001) erhöhte Prävalenzraten für homosexuelle Menschen.

Als Zwischenbemerkung sei hier angeführt, dass ein Substanzmissbrauch von einer Abhängigkeit zu unterscheiden ist. Ersterer führt (bereits) zu Problemen in der Erfüllung wichtiger Rollenverpflichtungen (Beruf, Familie), Gefährdungen oder Gesetzeskonflikten, tritt sicherlich häufiger auf, erfüllt aber nicht die Kriterien einer Substanzabhängigkeit.

Laut DSM-IV liegt Substanzabhängigkeit vor, wenn ein (gesellschaftlich) unangepasstes Muster von Substanzkonsum in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt, wobei mindestens drei der folgenden Kriterien irgendwann in gleichen 12-Monats-Zeitraum auftreten:

1. Toleranzentwicklung,
2. Entzugssymptome,
3. Die Substanz wird häufig in großem Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen,
4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren,
5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, einzunehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen,
6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden eingeschränkt,
7. Substanzkonsum wird trotz Kenntnis der ausgelösten Probleme fortgesetzt.

Zu unterscheiden ist:

Körperliche Abhängigkeit:

Darunter versteht man somatische/metabolische Anpassungsprozesse an die wiederholte Einnahme einer Substanz sowie deren Folgen – **Toleranz** (zunehmend größere Mengen der Substanz sind notwendig, um die gleiche Wirkung zu erzielen bzw. die gleiche Dosis führt zu geringeren Wirkungen) sowie **Entzugerscheinungen** (Negative Symptomatik nach Absetzen der Substanz, die nur durch neuerliche Einnahme verhindert werden kann).

Obwohl viele Menschen denken, dass es v.a. die Toleranz oder vielmehr noch die Entzugerscheinungen sind, die die Betroffenen in die Abhängigkeit stürzen oder für Rückfälle verantwortlich sind, ist hier vermutlich der folgende Mechanismus ausschlaggebender.

Psychische Abhängigkeit:

Darunter versteht man ein sehr starkes Verlangen oder Gier nach der Substanz, was auch als **Craving** bezeichnet wird.

Im Gegensatz zu der erwünschten Wirkung der Droge – die im Laufe der Neuroadaption abnimmt – nimmt das Verlangen zu. Hierbei kommt es zu einer **Erhöhung des Anreizwertes der mit dem Substanzkonsum assoziierten Reize** – das kann der Anblick der Droge selbst sein, die Umgebung in der sie eingenommen wird, bestimmte (auch gefühlsmäßige) Situationen, etc.

Am Beispiel Kokain seien einige **neuronale Mechanismen** der Suchtentstehung illustriert:

Die Einnahme von Kokain (aber auch aller anderen abhängig machenden Substanzen) wirkt auf diverse **Belohnungszentren** im Gehirn und führt zu positiven Empfindungen (Euphorie). Wie bereits erwähnt adaptiert jedoch das Nervensystem und die Wirkung wird schwächer (Toleranzentwicklung). Die beschriebene **assoziative Bindung** - und damit das Craving - werden allerdings stärker. Kokain führt aufgrund seiner hemmenden Wirkung auf die Dopamin-Wiederaufnahme-Mechanismen zu einer Erhöhung der dopaminergen Wirkung im Mesolimbischen Dopaminsystem. Die assoziative Bindung erfolgt auf der Ebene des **Nucleus Accumbens**, zu dem die dopaminergen Bahnen des Mesolimbischen Systems ziehen. Studien per funktioneller Magnetresonanztomographie¹⁴ haben ergeben, dass der Nucleus Accumbens vor allem bei Craving aktiv ist, weniger bei der kokaininduzierten Euphorie. Hier erhalten die Hinweisreize (Droge selbst, Umgebung, etc.) ihren immer höheren Anreizwert. Andere Studien haben wiederum gezeigt, dass Rückfälle nach Abstinenz vor allem dem Craving zuzuschreiben sind, welches durch Hinweisreize ausgelöst wird, die während des Konsums mit ihm verbunden waren, und weniger der Entzugssymptomatik (vgl. Birbaumer & Schmidt, 2006).

Nach dem Beschriebenen wird klar, dass suchtinduzierende Substanzen jenes Belohnungssystem unseres Körpers aktivieren, welches für Anreizmotivation (und damit für zielgerichtetes Handeln und unser Überleben) zentral ist. Drogen lösen also im Grunde genommen einen Anreizmechanismus aus, der evolutionär für andere Reize geschaffen worden ist.

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse lässt sich auf folgern, dass vor allem eine Entkoppelung der assoziativen Hinweisreize mit dem entsprechendem Belohnungswert im Fokus des Interesses stehen sollte. Hier findet man eine gewisse theoretische Analogie zu assoziativen Mechanismen der Angstentstehung. Analog zur Konfrontationstherapie findet sich auch bei Substanzabhängigkeiten der Ansatz der Konfrontation mit Reaktionsvermeidung (keine Substanzeinnahme). Alternativ können bestimmte Hinweisreize (zB. gewisses soziales oder räumliches Umfeld) vermieden werden um das Entstehen des Verlangens zu vermeiden.

Neben Stimulanzien (wie zB. Kokain, Amphetamine, aber auch Koffein) kann man dämpfende Substanzen (zB. Opioide, Alkohol) und Halluzinogene (LSD, etc.) als **psychotrope Substanzen** anführen.

Therapieansätze:

Unterschieden werden kann zwischen Ansätzen, die eine komplette **Abstinenz** von Anfang an als Ziel haben, sowie **Substitutionsansätze** (zB. Verwendung von Methadon bei Opiatabhängigkeit), die aufgrund geringerer Nebenwirkungen einen gesellschaftlichen Wiedereinstieg ermöglichen sollen. Langfristiges Therapieziel sollte – leider nicht immer bewusst – Abstinenz sein. In Zukunft gilt es vor allem Phänomene wie das Craving, die Bedeutung des sozialen Netzes, sowie präventive Möglichkeiten vermehrt zu beachten.

Andere Störungen:

Wie bereits erwähnt wurden nur drei Störungen bzw. Störungsgruppen näher behandelt. Damit wurde nur ein kleiner Teil der Vielfalt an psychischen Störungen abgedeckt. Weitere bekannte Störungen wären etwa Schizophrenie, Zwangsstörungen, Belastungsstörungen, Essstörungen, Somatoforme Störungen, etc. Zu beachten ist auch, dass psychische Störungen häufig gemeinsam auftreten (**Komorbidität**). Interessierte Leser seien hier zum Beispiel an Standardlehrwerke der Klinischen Psychologie oder Psychopathologie verwiesen.

¹⁴ fMRI = functional magnetic resonance imaging: Bildgebendes Verfahren bei dem aufgrund lokaler Hirndurchblutungsveränderungen auf die neuronale Aktivität geschlossen wird.

Allgemeine und LGBT-spezifische Risikofaktoren

Risikofaktoren sind Faktoren, die das Zustandekommen einer Störung (wiederum in Kombination mit der individuellen Disposition) wahrscheinlicher machen. Dabei sind zum Beispiel folgende wissenschaftlich gut belegte (**allgemeine**) **Risikofaktoren** zu beachten:

- Armut, niedrigeres Einkommen
- Geringere Bildung
- Belastende Familienverhältnisse
- Psychische Störungen der Eltern
- Kriminelles oder dissoziales Umfeld
- Körperliche Erkrankungen eines Familienmitglieds
- Verlust eines/beider Elternteile
- Vergewaltigung und Missbrauch
- etc.

Bei Menschen mit LGBT-Orientierung/-Identität sind zusätzliche (**spezifische**) **Belastungs- bzw. Risikofaktoren** aufzufinden. Nachfolgend eine Auflistung einiger besser belegter, aber auch potenzieller Risikofaktoren – dem Autor ist dabei die Unvollständigkeit dieser Liste bewusst:

- **Diskriminierung, Vorurteile & Gewalt:**

Ein wesentlicher betroffener Lebensbereich ist das Berufsleben. Diskriminierung am Arbeitsplatz resultiert in negativeren Einstellungen gegenüber der Arbeit (Ragins & Cornwell, 2001). Dabei dürften vor allem Unternehmenspolitik und –praktiken ausschlaggebende Rahmenbedingungen sein. Schneeberger et al. (2002) konnten zeigen, dass Diskriminierung am Arbeitsplatz sowohl mit psychischen als auch somatischen Beschwerden einhergeht. Aber auch bezogen auf andere Lebenssituationen – generell den gesamten Alltag – geben Betroffene an, aufgrund ihrer Sexualität diskriminiert zu werden. Das Erfahren von Diskriminierung hängt dabei mit der wahrgenommenen Lebensqualität und psychischen Gesundheit zusammen (Mays & Cochran, 2001). Neben verbaler Aggression und negativem Tratsch können sich homophobe Einstellungen im extremsten Fall auch in körperlicher Gewalt äußern. In einer Studie von Herek et al. (1999) über LBG-Erwachsene in Sacramento, Kalifornien, gaben ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen an Gewaltopfer gewesen zu sein (physische Gewalt, Raub, sexuelle Gewalt, etc.).

Neben Diskriminierung „von außen“ ist es wahrscheinlich auch die Diskriminierung „von innen“, also von anderen Schwulen, Lesben, Bisexuellen oder Transgender, die belastend wirken könnte. Unsystematischen Beobachtungen zufolge bestehen auch untereinander viele Vorurteile. Das Ausmaß und die Auswirkungen dieser Form von Diskriminierung sollten in Zukunft verstärkt beachtet werden.

- **Internalisierte Homophobie, Identitätsprobleme**

Unter internalisierter Homophobie versteht man u.a. negative Einstellungen gegenüber der eigenen Sexualität. Igartua et al. (2003) fanden einen Zusammenhang zwischen dem Grad an internalisierter Homophobie und Depressions- und Angst-Scores in klinischen Fragebögen. Faktoren wie die eigene sexuelle Identität, Involvierung in LGBT-Aktivitäten, die eigenen Einstellungen gegenüber der sexuellen Orientierung, das

Wohlfühlen mit der eigenen Sexualität und das Offenbaren der sexuellen Neigungen hängen mit dem eigenen Selbstwert und dem Stresserleben zusammen (Rosario et al. 2001). Hierbei sind jedoch verschiedene Wirkungsrichtungen möglich (so könnte zB. auch ein höherer Selbstwert zu einer stärkeren sexuellen Identität führen, etc.). Die Identitätsfindung ist eine wichtige Lebensaufgabe im Leben eines Menschen und – fast naturgemäß – konfliktreich. Bei LGBT-Personen spielen hier aber auch die erwähnten Einstellungen und Konzepte eine große Rolle.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, das sowohl die mögliche Diskriminierung „von innen“ als auch internalisierte Homophobie und Identitätsprobleme (die wiederum eine gemeinsame Basis haben können) in defizitären LGBT-Kontakten und sozialen Netzen resultieren könnten, was wiederum ein potenzieller Risikofaktor wäre.

- **Coming-Out als Stressor**

Es ist leicht nachvollziehbar, dass das Coming-Out ein stressvoller Prozess ist. Unter Coming-Out im engeren Sinne versteht man das Offenbaren der sexuellen Neigung. Die Studie von Igartua et al. (2003) konnte zeigen, dass dieser Zeitpunkt besonders kritisch ist, da sich hier eine zeitliche Häufung von Suizidvorstellungen und – versuchen ergibt. Coming-Out im weitesten Sinne umfasst jedoch nicht nur das Offenbaren der eigenen Sexualität sondern vorgelagert auch die oben besprochene Identitätsfindung und Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen.

- **Schlechteres Familienklima**

In einer Untersuchung von Ueno (2005) ergab sich, dass homo- und bisexuelle Jugendliche im Vergleich zu heterosexuellen im Durchschnitt mehr Konflikte mit den Eltern hatten und sich weniger mit den Eltern verbunden fühlten. Außerdem konnte gezeigt werden, dass dies auch einen Stressor darstellt.

- **Schönheitsideal und Körperbild:**

In der Studie von Yelland und Tiggemann (2003) hatten schwule Männer im Vergleich zur heterosexuellen Bevölkerung noch stärker die Idealvorstellung sowohl dünn als auch muskulös zu sein. Dies könnte einen Risikofaktor für Essstörungen darstellen. Darüber hinaus gibt es Zusammenhänge mit dem Selbstwert, welcher von allgemeiner gesundheitlicher Bedeutung ist.

Wie bereits erwähnt ist diese Liste mit Sicherheit nicht vollständig und einige der genannten Faktoren wurden auf Grund der gebotenen Kürze nur oberflächlich behandelt.

Protektive Faktoren und Positive Ressourcen

Nachdem einige (potenzielle) Risikofaktoren aufgezählt wurden, ist es wichtig welche protektiven Faktoren und positive Ressourcen im Allgemeinen aber auch LGBT-spezifisch existieren bzw. genutzt werden können

Zunächst sind natürlich die gegensätzlichen Pole der oben gesprochenen Risikofaktoren schützende Faktoren, sprich ein höherer sozioökonomischer Status und Bildung, harmonische Familienverhältnisse, etc.

Vor allem die **soziale Unterstützung** in Form der Familie, aber auch von Freunden, Kollegen, usw. ist ein wichtiger protektiver Faktor. Speziell für Menschen mit LGBT-Orientierung wird auch die Unterstützung in Form von Beratungsstellen, Jugendgruppen, etc. wichtig sein.

Das Thema Diskriminierung hat uns gezeigt wie wichtig es ist Ursachen homophober Einstellungen zu erkennen und zu beseitigen. Darüber hinaus müssen **Rahmenbedingungen** geschaffen werden, die das Zustandekommen diskriminierenden Handelns (auf der Basis eben jener Einstellungen) verhindern (zB. gesetzlich oder firmenpolitisch, siehe oben).

Zusätzlich zu dieser Verhaltensproduktionsebene ist auch die Wahrnehmungs- und Bewertungsebene der Betroffenen zu beachten – hier geht es vor allem um **Bewältigungsmechanismen** (Handlungskompetenz in entsprechenden Situationen, Zuschreibung der Diskriminierung auf Eigenschaften des „Täters“ und nicht die Schuld bei sich bzw. seiner Homosexualität suchen, Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, emotionale Bewältigung, etc.)

Darüber hinaus gilt es gesunde Einstellungen gegenüber der sexuellen Identität zu fördern und **selbstwertförderliche Bedingungen** zu schaffen.

Schlusswort

Nach dem Gelesenen sollte klar sein, dass ein komplexes Wirkungsgefüge beim Zustandekommen, der Erhaltung und bei der Beseitigung psychischer Störungen existiert. Dabei ist eine komplexe biopsychosoziale Betrachtung sowohl im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells als auch auf verschiedenen Handlungsebenen nötig:

Mikroebene: Beratung, Psychotherapie, Psychoedukation¹⁵, etc.

Mesoebene: Soziales Netzwerk/Soziale Unterstützung, Unternehmensklima, (Jugend-, Selbsthilfe)-Gruppen, etc.

Makroebene: Gesetze, Politik, Werte und andere Rahmenbedingungen

Dem Leser sollte nun bewusst sein, dass Psychische Störungen weit verbreitet sind und jeder Mensch einmal betroffen sein kann. Das Wissen über Entstehungsbedingungen, Risikofaktoren und Therapieansätzen stellt wohl selbst einen wesentlichen protektiven Faktor auf individueller und gesellschaftlicher Ebene dar.

Kontakt zum Autor:

Stefan Schulreich
a0551832@unet.univie.ac.at

Information über Psychosoziale Einrichtungen in Wien:

<http://www.psd-wien.at/psd/>

¹⁵ Psychoedukation = Systematische und strukturierte Vermittlung wissenschaftlich fundierter gesundheits- und/oder störungsrelevanter Informationen und Kompetenzen (Wittchen & Hoyer, 2006)

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (APA) (1996). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (2006). *Biologische Psychologie*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
- Comer, R. (2001). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876-880.
- Garcia, J. & Koelling, R. A. (1966). Relation of cue to consequence in avoidance learning. *Psychonomic Science*, 4, 123-124.
- Garpenstrand, H., Annas, P., Ekblom, J., Orelund, L. & Fredrikson, M. (2001). Human fear conditioning is related to dopaminergic and serotonergic biological markers. *Behavioral Neuroscience*, 115 (2), 358-364.
- Herek, G. M., Gillis, J. R. & Cogan, J. C. (1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 945-951.
- Igartua, K. J., Gill, K. & Montoro, R. (2003). Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22 (2), 15-30.
- Jacobi, F., Klose, F. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt*, 47, 736-744.
- Mays, V. M. & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91 (11), 1869-1876.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Ragins, B. R. & Cornwell, J. M. (2001). Pink triangles: Antecedents and consequences of perceived workplace discrimination against gay and lesbian employees. *Journal of Applied Psychology*, 86 (6), 1244-1261.
- Rosario, M., Hunter, J., Maguen, S., Gwadz, M. & Smith, R. (2001). The coming-out-process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian and bisexual youths: Stipulation and exploration of a model. *American Journal of Community Psychology*, 29 (1), 133-160.
- Sandfort, T. G. M., Ron de Graaf, Bijl, R. V. & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Schneeberger, A., Rauchfielsch, U. & Battegay, R. (2002). Psychosomatische Folgen und Begleitphänomene der Diskriminierung am Arbeitsplatz bei homosexuellen Menschen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153 (2), 137-143.
- Ueno, K. (2003). Sexual orientation and psychological distress in adolescence: Examining interpersonal stressors and social support processes. *Social Psychology Quarterly*, 68 (3), 258-277.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
- Yelland, C. & Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors*, 4 (2), 107-116.