

Fakt oder Artefakt?

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen

ANITA RIECHER-RÖSSLER, BASEL



Prof. Dr. med.
Anita Riecher-Rössler
ariecher@uhbs.ch

Zusammenfassung

Obwohl die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen bei beiden Geschlechtern gleich hoch ist, kommen bestimmte psychische Erkrankungen häufiger bei Frauen vor, andere wiederum häufiger bei Männern. Die Ursachen dieser Unterschiede sind vielfältig. Zum einen handelt es sich nur um vermeintliche Unterschiede; doch es gibt auch zahlreiche echte Geschlechtsunterschiede. Diese sind meist multifaktoriell bedingt – durch das biologische Geschlecht einschliesslich seiner Genetik, seiner Anatomie, seiner Hormone etc. einerseits, durch das psychosoziale Geschlecht mit den ihm zugeschriebenen und übernommenen Rollen in Partnerschaft, Familie, Beruf, Politik, etc. andererseits. Eine «geschlechtersensible» Psychiatrie berücksichtigt alle diese Einflüsse in Diagnostik und Therapie.

Résumé

Bien que la prévalence des affections psychiques durant la vie entière soit la même chez les deux sexes, certaines affections psychiques apparaissent plus fréquemment chez les femmes, d'autres par contre plus fréquemment chez les hommes. Les causes de ces différences sont multiples. D'un part, il ne s'agit que de différences prétendues; mais il existe aussi de nombreuses véritables différences entre les sexes. Celles-ci ont souvent des causes multifactorielles, liées d'une part au sexe biologique, incluant la génétique, l'anatomie, les hormones, etc. et d'autre part au sexe psychosocial avec ses rôles prescrits et endossés dans le partenariat, la famille, le travail, la politique, etc. Une psychiatrie «sensible au sexe» prend en compte toutes ces influences dans le diagnostic et le traitement.

■ Obwohl die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen – also die Häufigkeit über die Lebenszeit betrachtet – bei Frauen und Männern gleich hoch ist, leiden Frauen doch zum Teil in anderer Art und Weise und zu anderen «Risikozeiten». Auch nehmen sie häufiger therapeutische Hilfe in Anspruch (für einen Überblick siehe [1]).

Häufigkeit und klinisches Bild psychischer Erkrankungen werden bei Frauen zum Teil durch «Reproduktionsvorgänge» beeinflusst, also z.B. durch Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft und Perinatalzeit oder Menopause.

Aber auch unabhängig hiervon, treten viele psychische Erkrankungen unterschiedlich häufig bei Frauen und Männern auf. So leiden Frauen bekanntlich häufiger als Männer an Essstörungen – Anorexie und Bulimie. Auch Depressionen sind bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern, und zwar von den leichteren depressiven Zuständen, den so genannten neurotischen Depressionen und Dysthymien, bis hin zu den schweren unipolaren affektiven Erkrankungen. Die meisten Arten von Angststörungen einschliesslich der Agoraphobie, der Panikerkrankung und der sozialen Phobie sind bei Frauen eher anzutreffen. Frauen verüben auch öfter Suizidversuche als Männer. Bei Männern dagegen sind vollendete Suizide häufiger, ebenso Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, insbesondere antisozialer Art (Tab. 1). Die Ursachen dieser Geschlechtsunterschiede sind vielfältig.

Scheinbare Häufigkeitsunterschiede

In vielen Fällen handelt es sich lediglich um vorge-täuschte Unterschiede, etwa durch geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erhebung und Interpretation von Daten, bei der Diagnosenvergabe etc. Auch zeigen verschiedene Studien, dass Frauen ihre Beschwerden selbst besser wahrnehmen, bereitwilliger darüber berichten und vor allem schneller Hilfe in Anspruch nehmen als Männer [1].

So gibt es etwa bezüglich der häufigeren Depression von Frauen Befunde, dass Frauen schneller Hilfe suchen als Männer, dass sie sich auch besser an depressive Symptome erinnern und diese eher berichten. Auch gibt es Hinweise auf einen «Geschlechterbias» bei der Diagnostik, etwa dahingehend, dass

es für Mann und Frau einer anderen Symptomschwelle bedarf, um zu einem «Fall» zu werden. Schliesslich sind auch Ärzte Rollenstereotypen unterworfen: Bei identischer Beschwerdenschilderung wird bei Frauen offensichtlich schneller eine Depression diagnostiziert als bei Männern. Weiterhin wird angeführt, dass bei Männern die Depression oft durch Alkoholismus maskiert werde [1].

Insbesondere bei Studien, die sich auf Inanspruchnahmedaten stützen, ist zu berücksichtigen, dass zum Teil auch das Versorgungssystem selbst zu einer geschlechtsspezifischen Patientenselektion beiträgt. So wissen wir, dass Frauen sowohl ambulante als auch stationäre Dienste stärker in Anspruch nehmen als Männer. Ambulant aber werden Frauen häufiger durch Hausärzte betreut, während Männer eher an Fachärzte überwiesen werden. Studien in stationären oder ambulanten Einrichtungen oder beim Hausarzt, werden also eine grössere Häufigkeit von Frauen finden, die nicht unbedingt der «echten» Häufigkeit in der Bevölkerung entspricht.

Echte Häufigkeitsunterschiede

Auch nach Ausschluss dieser Artefakte verbleiben immer noch beträchtliche echte Geschlechtsunterschiede in Inzidenz und Prävalenz. So zeigen auch die grossen epidemiologischen Studien mit zuverlässiger Methodik (standardisierte Fragebogen, standardisierte Diagnosesysteme, geschulte Interviewer, repräsentative Bevölkerungserhebungen) Ergebnisse in die gleiche Richtung [2–7]: Depression und Dysthymie, Angststörungen und Essstörungen sowie körperbezogene Störungen und Somatisierungsstörungen sind bei Frauen durchwegs häufiger, dagegen sind Alkohol- und Drogenprobleme sowie so genanntes dissoziales Verhalten bei Männern häufiger. Ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis zeigen hingegen die Psychosen.

Wichtig ist dabei, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen bei Männern und Frauen dennoch etwa gleich hoch ist. Vor allem in den neueren epidemiologischen Studien liegt die Gesamtprävalenz mit 40% bis fast 50% relativ hoch. Das heisst, über 40 von 100 Menschen – Männer wie Frauen – leiden mindestens einmal im Leben an einer psychischen Erkrankung.

Zu den häufigsten psychischen Störungen gehö-

«Frauen sind nicht häufiger psychisch krank, sie zeigen offensichtlich aber eine andere Häufigkeitsverteilung von psychischen Störungen.»

ren dabei die affektiven Störungen. Hier liegt die Lebenszeitprävalenz bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern, und dieser Unterschied

Tab. 1 Psychische Erkrankungen mit geschlechtsspezifischer Prävalenz

«Frauenspezifische» Erkrankungen	
•	Prämenstruelles Syndrom
•	Postpartale Erkrankungen (Blues, postpartale Depression, Puerperalpsychose)
•	«Menopausen-Syndrom»
Der Anteil der Frauen überwiegt bei	
•	Depression (unipolare, Dysthymie)
•	Angststörungen
•	Essstörungen (Anorexie, Bulimie)
•	Borderline-Persönlichkeitsstörung
•	Suizidversuch
Der Anteil der Männer überwiegt bei	
•	Sucht (Alkohol, Drogen)
•	Vollendeter Suizid
•	Dissozialen Persönlichkeitsstörungen

Tab. 2 Ursachen der Geschlechterunterschiede

Geschlechtsunterschiede sind meist mehrfach determiniert	
•	durch das biologische Geschlecht, das sogenannte «Sex», einschliesslich seiner Genetik, seiner Anatomie, seiner Hormone etc.
•	durch das psychosoziale Geschlecht, das sogenannte «Gender», mit all den ihm zugeschriebenen und übernommenen Rollen in Partnerschaft, Familie, Beruf, ökonomischen Strukturen und Kulturen

scheint in den verschiedensten Kulturen zu bestehen. In der «Epidemiologic-Catchment-Area»-Studie, der grössten repräsentativen Feldstudie in den USA, fand sich eine Lebenszeitprävalenz von 10,2% bei Frauen und 5,2% bei Männern [5]. Zu noch höheren Prävalenzen kam die «National Comorbidity Survey» [3], in der noch mehr Wert auf das «Wieder-Erinnern» vergangener Episoden gelegt wurde: 23,9% aller Frauen und 14,7% aller Männer erhielten die Lebenszeitdiagnose einer affektiven Störung.

Auch bei den Angststörungen liegt das Verhältnis Frauen zu Männer in den oben genannten grossen epidemiologischen Studien bei ca. 2:1, bei den Essstörungen zwischen 3,5:1 und 6,5:1. Alkoholbedingte Störungen dagegen sind mit einem Geschlechtsverhältnis von 0,2–0,5:1 bei den Frauen unterrepräsentiert [1].

Ursachen der Unterschiede

Die echten Geschlechtsunterschiede sind sicherlich zum Teil biologisch, zum Teil psychosozial und kulturell, häufig aber multifaktoriell bedingt.

Auf der biologischen Seite handelt es sich dabei vor allem um genetische und hormonelle Einflüsse – zum einen auf die Hirnentwicklung und Hirnmorphologie, zum anderen aber auch auf das aktuelle seelische Befinden [1]. So wissen wir inzwischen

beispielsweise, dass Östradiol, das wichtigste weibliche Sexualhormon, eine grosse Zahl von Neurotransmittersystemen moduliert, die mit unserem seelischen Befinden zu tun haben – u.a. das dopaminerge, das serotonerge, das gabaerge System und auch die Monoaminoxidase (MAO).

Auch werden vielfältige psychosoziale Einflussfaktoren diskutiert. Von Bedeutung sind hier offensichtlich schon die frühen Geschlechtsunterschiede in der psychischen Entwicklung, einschliesslich der geschlechtsspezifischen Erziehung und Sozialisation von Knaben und Mädchen, die wiederum das geschlechtsspezifische Rollenverhalten prägen. Eine wichtige Rolle bei den Geschlechtsunterschieden in Häufigkeit und Verlauf psychischer Störungen spielen zudem der unterschiedliche soziale Status von Männern und Frauen, die Unterschiede im sozialen Stress sowie in der sozialen Unterstützung, die sie erfahren, und vieles mehr (Tab. 2) [1].

Geschlechtsunterschiede im Ersterkrankungsalter

Angstsymptome scheinen schon bei Mädchen häufiger zu sein als bei Buben. Auch zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem frühen Auftreten von Angstsyndromen und der späteren Entwicklung eines depressiven Syndroms, was zur Hypothese Anlass gab, dass die erhöhte Inzidenz von Angstsyndromen bei Mädchen der später erhöhten Prävalenz von Depressionen bei Frauen den Weg bahnt.

Die Depression dagegen scheint erst in und nach der Pubertät ein typisch weibliches Phänomen zu werden. Im Alter von 13–16 Jahren geben Mädchen erstmals ein geringeres körperliches und seelisches Wohlbefinden an. Zwischen 15 und 18 Jahren steigt die Prävalenz der Depression bei beiden Geschlechtern, bei Frauen jedoch sehr viel deutlicher als bei Männern. In der Perimenopause verdoppelt sich dann die Inzidenz der Depression. Auch nach der Menopause, also ca. ab dem 50. Lebensjahr, scheint dieser Geschlechtsunterschied – so die Ergebnisse neuerer Studien – bestehen zu bleiben (für einen Überblick siehe [1]).

Daneben gibt es auch Erkrankungen, die zwar keine Geschlechtsunterschiede in der Lebenszeitprävalenz, aber doch im Ersterkrankungsalter zeigen. So wurden etwa bei der Schizophrenie, einer der schwersten Erkrankungen der Psychiatrie, schon immer Geschlechtsunterschiede bezüglich des Ersterkrankungsalters beschrieben, obwohl die Lebenszeitprävalenz bei Männern und Frauen gleich ist. Frauen erkranken im Mittel etwa vier Jahre später als Männer. Während sie im jungen Erwachsenenalter seltener erkranken als Männer, ist ihr Neuerkrankungsrisiko nach dem 45. Lebensjahr etwa doppelt so hoch wie das der Männer.



Foto: Pixelio/von Meilis

Die Lebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen ist bei Männern und Frauen gleich – dennoch gibt es Unterschiede, vor allem bei Symptomen und Erkrankungsalter.

Schlussfolgerungen

Frauen leiden nicht häufiger an psychischen Erkrankungen als Männer, aber die Leiden zeigen eine andere Symptomatik und zum Teil auch eine andere Pathogenese. Dies sollte man in Diagnostik und Therapie berücksichtigen – und zwar bei Frauen wie auch bei Männern – zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten.

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler

*Chefärztin, Psychiatrische Poliklinik,
Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, 4031 Basel
ariecher@uhbs.ch*

Literatur:

1. Riecher-Rössler A, Bitzer J: In: Riecher-Rössler A, Bitzer J, (Herausgeber): Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München, Jena: Elsevier Urban & Fischer 2005: 21–9.
2. Bijl RV, et al.: Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(12): 587–95.
3. Kessler RC, et al.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1): 8–19.
4. Meyer C, et al.: Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS study. *Nervenarzt* 2000; 71(7): 535–42.
5. Robins LN, Regier DA: *Psychiatric disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study.* New York: The Free Press; 1991.
6. Wittchen HU, et al.: Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 241(4): 247–58.
7. Wittchen HU, et al.: Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998; 28(1): 109–26.