

**PSYCHISCH KRANKE FRAUEN – EINIGE DIAGNOSTISCHE
UND THERAPEUTISCHE BESONDERHEITEN**

**MENTALLY ILL WOMEN – SOME DIAGNOSTIC AND
THERAPEUTIC SPECIFITIES**

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler
Chefärztin, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

Zusammenfassung

Obwohl die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen insgesamt 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, das sogenannte „sex“, einerseits, durch das psychosoziale Geschlecht, das sogenannte „gender“, mit all den zugeschriebenen und übernommenen Rollen in Partnerschaft, Familie, Beruf, Politik, etc. andererseits. Eine "geschlechtersensible" Psychiatrie berücksichtigt all diese Einflüsse sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie.

Abstract

Although the lifetime prevalence of psychiatric disorders in total is the same for both genders, certain disorders are more frequent in women, others in men.

There are various causes for these differences. In some cases these only seem to be artificial differences, but there are also many true differences. The latter are often multifactorial - the biological sex playing a role on the one hand, and on the other hand the psychosocial aspects of gender with the associated roles in partnership, family, professional life, politics etc.

A "gender-sensitive" psychiatry takes all these influences into account in the diagnostic process and in the treatment of patients.

Schlüsselwörter:

Psychische Erkrankungen, Frauen, Geschlechtsunterschiede

Key words:

Mental disorders, women, gender differences

1. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen

Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen - also die Häufigkeit über die Lebenszeit betrachtet – ist bei Frauen und Männern gleich hoch. Trotzdem leiden Frauen zum Teil in anderer Art und Weise und zu anderen "Risikozeiten". Auch nehmen sie häufiger therapeutische Hilfe in Anspruch (Überblick bei (1)).

Häufigkeit und klinisches Bild psychischer Erkrankungen werden bei Frauen zum Teil durch die Reproduktionsvorgänge beeinflusst, also z. B. die Pubertät, die Menstruationsvorgänge, die Schwangerschaft und Perinatalzeit oder die 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 die meisten Persönlichkeitsstörungen, insbesondere antisozialer Art. Borderline-Störungen wiederum werden bei Frauen häufiger diagnostiziert (s. Tab. 1).

Tabelle 1 etwa hier

Ursachen der Geschlechtsunterschiede

Die Ursachen dieser Geschlechtsunterschiede sind vielfältig.

Scheinbare Häufigkeitsunterschiede

In vielen Fällen handelt es sich lediglich um vorgetäuschte 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 (Überblick bei (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 Symptomswelle 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. (Übersicht bei (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

Aber auch nach Ausschluss der genannten 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- 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 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 gehören dabei die affektiven Störungen. Hier liegt die Lebenszeitprävalenz bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern, und dieser Unterschied 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).

Die echten Geschlechtsunterschiede sind sicherlich zum Teil biologisch, zum Teil psychosozial und kulturell, häufig aber multifaktoriell bedingt. Auf der biologischen Seite handelt es sich vor allem um genetische und hormonelle Einflüsse - zum einen auf die Hirnentwicklung und Hirnmorphologie, zum anderen aber auch auf das aktuelle seelische Befinden (Übersicht bei (1)). So wissen wir inzwischen beispielsweise, dass Estradiol, 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 und auch die Monoaminoxidase (MAO) (8-10).

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 aber auch der unterschiedliche soziale Status von Männern und Frauen, die Unterschiede im sozialen Stress und in der sozialen Unterstützung, die sie erfahren, und vieles mehr (1).

2. 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 bis 16 Jahren geben Mädchen erstmals ein geringeres körperliches und seelisches Wohlbefinden an. Zwischen 15 und 18 Jahren steigt die Prävalenz der Depression dann 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 bei (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.

Frauen leiden also nicht häufiger an psychischen Erkrankungen als Männer, aber die Leiden zeigen eine andere Symptomatik und zum Teil auch eine andere Pathogenese. Dies sollten wir in unserer Diagnostik aber auch Therapie berücksichtigen.

3. Geschlechtersensible Diagnostik und Therapie

Allgemeine Grundlagen geschlechtsspezifischer Betreuungsansätze

Geschlechtsspezifische Betreuungsansätze tragen den genannten Einflussfaktoren Rechnung. Das heisst, sie berücksichtigen sowohl formal als auch inhaltlich Geschlechtsunterschiede in den verschiedensten Bereichen (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2 etwa hier

Schon in der Anamneseerhebung und in der Planung der Therapie, aber auch während eines laufenden Therapieprozesses ist das Augenmerk immer wieder auf diese Einflussfaktoren zu legen, insbesondere wenn der Prozess ins Stocken gerät.

Die Anamneseerhebung sollte deshalb bei weiblichen Patientinnen immer folgende Fragen beinhalten:

- Geschlechtsidentität (Rolle als Frau, Einstellungen, Verhalten)
- Berufstätigkeit und Zufriedenheit mit beruflicher Situation
- Partnerschaft und gegebenenfalls eigene Rolle in dieser (Belastung versus Entlastung, Ängste, Abhängigkeit, Gewalt etc.)
- Mutterschaft bzw. Wunsch nach Mutterschaft, ggf. Alter der Kinder, Versorgung der Kinder
- Aktuelle Schwangerschaft, Kontrazeption
- Sexualität: aktuelles Erleben, Wünsche, Missbrauch ...
- Zyklus(störungen), Menopause
- Haushaltführung (wer, wie gut, wie stark belastend)
- Belastung durch weitere Familienmitglieder oder Bezugspersonen (z.B. Pflege von Eltern)
- Finanzielle Situation und ggf. Abhängigkeit
- Wohnsituation und ggf. Abhängigkeit
- Weitere Rollen, Rollenkonflikte, Rollenveränderungen der letzten Zeit
- Krankheitserleben, Krankheitskonzept, Bewältigungsverhalten, Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin (Abhängigkeit, Ängste, ggf. Missbrauch)
- Compliance
- Inanspruchnahme von Diensten und gegebenenfalls Hindernisse (z.B. mangelnde Kinderbetreuung)

In der Therapie von Frauen ist auf die genannten Bedürfnisse zum einen individuell einzugehen. Zum anderen erfordern diese Bedürfnisse gleichzeitig oft auch spezielle Betreuungskonzepte, spezielle Settings, ja spezielle Institutionen/Abteilungen (vgl. (11-16)). Die Übersicht in Tabelle 3 listet einige solcher spezifischen Angebote auf.

Tabelle 3 etwa hier

4. Psychotherapie für Frauen

Geschlechtersensible Psychotherapie bedeutet - unabhängig von der Psychotherapieschule oder der jeweiligen Störung - eine inhaltliche wie auch formale Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Einflussfaktoren und Bedürfnisse (17).

Psychotherapie für Frauen sollte frauenspezifischen psychosozialen Risikofaktoren und Belastungen Rechnung tragen - etwa der geschlechtsspezifischen Sozialisation von Mädchen, den sozialen Benachteiligungen, dem Missbrauch und der Gewalt, denen Frauen zum Teil auch heute noch ausgesetzt sind, den Abhängigkeiten, in denen sie oft stehen, und nicht zuletzt auch den spezifischen Rollenbelastungen und Rollenkonflikten, unter denen sie oft leiden.

"Frauentypische" Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen wie mangelnde Selbstsicherheit und Aggressivität oder die häufigen Schuld- und Versagensgefühle sollten in der Therapie als solche wahrgenommen und bearbeitet werden.

Geschlechtsrollenstereotype - sowohl die der sozialen Umwelt als auch die internalisierten der Patientin selbst und die des Therapeuten/der Therapeutin - sind als Einflussfaktor auf das psychische Geschehen wie auch den therapeutischen Prozess stets kritisch zu reflektieren.

Nicht zuletzt sollte im Therapiesetting den spezifischen Bedürfnissen von Frauen in ihren jeweils spezifischen Lebenssituationen Rechnung getragen werden.

5. Geschlechtsspezifische Pharmakotherapie

Geschlechtersensible Psychiatrie berücksichtigt auch Geschlechtsunterschiede in der Psychopharmakotherapie, unter anderem die bessere Compliance von Frauen, ihr im Durchschnitt geringeres Körpergewicht, ihren höheren Körperfettanteil, etc. (vgl. Tab. 4)

Tab 4 etwa hier

Vor allem berücksichtigt sie auch die Einflüsse der weiblichen Sexualhormone auf das psychische Befinden, insbesondere die negativen Einflüsse des Östrogendefizites prämenstruell, postnatal oder peri-/postmenopausal und die Möglichkeiten der Hormonsubstitution (9).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Psychiater stärker mit Gynäkologen zusammenarbeiten.

Insbesondere bei depressiven Störungen in der Perimenopause ist eine Östrogensubstitution häufig sehr sinnvoll, v.a. wenn es zusätzliche Indikationen wie Hitzewallungen oder ein Osteoporoserisiko gibt. Voraussetzung ist selbstverständlich, dass keine Risikofaktoren oder Kontraindikationen für die Östrogensubstitution bestehen, und dass eine gut informierte Frau die Östrogensubstitution wünscht. Da insbesondere für das 17- β -Estradiol positive Wirkungen auf diverse Neurotransmittersysteme wie das serotonerge, das noradrenerge oder dopaminerge bekannt sind, sollte bei psychisch kranken Frauen vor allem dieses substituiert werden, am besten in Form von transdermalen Pflastern. Bei Neuauftreten leichterer Depressionen in Zusammenhang mit der Perimenopause kann 17- β -Estradiol bei gegebenen Zusatzindikationen noch vor Antidepressiva eingesetzt werden, wie dies Gynäkologen z. T. schon lange praktizieren. Antidepressiva würden in diesen Fällen nur dann hinzu gegeben, wenn die Estradiolsubstitution alleine nicht ausreichend ist. Bei schwererer Depression sind Antidepressiva auch in der Perimenopause selbstverständlich Mittel erster Wahl, aber auch hier kann eine zusätzliche, „adjuvante“ Verordnung von Estradiol-17- β hilfreich sein (Übersicht bei (9;10)). In diesem Zusammenhang interessant sind Hinweise darauf, dass Frauen mit Östrogensubstitution besser auf Antidepressiva vom SSRI-Typ ansprechen.

Sehr wichtig ist auch, die Interaktionen von Psychopharmaka mit Östrogenen und hormonellen Kontrazeptiva zu beachten. So können orale hormonelle Kontrazeptiva den Blutspiegel bei vielen Psychopharmaka erhöhen. Andererseits können Psychopharmaka wie Carbamazepin oder Phenytoin den Abbau von hormonellen Kontrazeptiva induzieren und damit zu ungewollten Schwangerschaften führen.

Ebenfalls von grosser Bedeutung ist der Einfluss von Psychopharmaka auf die gonadale Achse und die physiologische Östrogenproduktion. Dies ist insbesondere bei prolaktinerhöhenden Neuroleptika zu beachten. Wichtig ist, dass eine Prolaktinerhöhung zu einer Suppression der gonadalen Achse und damit zu einer verminderten physiologischen Östrogenproduktion führen kann. Dies bedeutet, dass schon sehr junge Frauen, die prolaktinerhöhende Neuroleptika nehmen, in ein iatrogenes Östrogendefizit geraten können, das einer vorzeitigen Menopause ähnelt. Potentielle Folgen sind diverse körperliche und psychische Beschwerden wie Irritabilität und emotionale Labilität, erhöhtes Osteoporoserisiko, Verschlechterung der kognitiven Funktionen oder kardiovaskuläre Risiken. Frauen mit Hyperprolaktinämie sollten also sorgfältig im Hinblick auf ein mögliches Östrogendefizit und seine Folgen hin untersucht werden. Gegebenenfalls sollte das Neuroleptikum gewechselt, wenn dies nicht möglich ist, sollten Östrogene in Zusammenarbeit mit einem Gynäkologen substituiert werden (9). In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass auch Psychiater die aktuelle Evidenzlage bezüglich der Vor- und Nachteile von Östrogensubstitution kennen und diese im Vergleich zu möglichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka bzw. den potentiellen Folgen eines unbehandelten langjährigen Östrogendefizites abwägen können (9;10). Bei

Umstellung eines prolaktinerhöhenden Neuroleptikums auf ein prolaktin-neutrales sollte er die Patientin über die Tatsache aufklären, dass sie nun wieder einen normalen Zyklus mit normaler Fertilität bekommen und dass dadurch auch das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft entstehen kann. Er sollte sie bei Bedarf in eine Kontrazeptionsberatung beim Gynäkologen vermitteln.

6. Schlussfolgerungen

Die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Therapie ist derzeit - zumindest im deutschsprachigen Raum - ein immer noch vernachlässigtes Thema. Spezialisierte Angebote und entsprechende Forschung gibt es fast nur im angloamerikanischen Raum, was sich nicht unmittelbar auf den deutschsprachigen Kulturraum übertragen lässt.

Geschlechtsspezifische Bedürfnisse ergeben sich aus ganz verschiedenen Faktoren wie Geschlechtsunterschieden in Erkrankungshäufigkeit und -alter, im Krankheits- und Bewältigungsverhalten oder aufgrund biologischer Geschlechtsunterschiede. Wichtig sind vor allem auch psychosoziale Belastungsfaktoren, wie sie u.a. aus unterschiedlichen sozialen Rollen in Partnerschaft, Familie, Haushalt und Beruf, aus Abhängigkeitsverhältnissen, Missbrauch und Gewalt, aber auch aus "geschlechtstypischen" Verhaltensweisen und Rollenstereotypen resultieren können.

Geschlechtsspezifische Betreuungsansätze tragen dem geschlechtsspezifischen Bedarf Rechnung, und zwar sowohl in den allgemeinen Betreuungsprinzipien als auch in der spezifischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie.

Literaturverzeichnis

(1) Riecher-Rössler A, Bitzer J. Epidemiologie psychischer Störungen bei Frauen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg). Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München, Jena: Elsevier Urban & Fischer 2005: 21-9.

(2) Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. 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, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, 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, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U. 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, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. 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, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychol Med 1998; 28(1): 109-26.

(8) Riecher-Rössler A. Oestrogens and schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry 2003; (16): 187-92.

(9) Riecher-Rössler A, Kuhl H, Bitzer J. Psychische Störungen in Zeiten hormoneller Umstellung bei Frauen - Eine selektive Übersicht. Neuropsychiatrie 2006; 20(3): 155-65.

- (10) Riecher-Rössler A, de Geyter C. The forthcoming role of treatment with oestrogens in mental health. *Swiss Med Wkly* 2007; 137(41-42): 565-72.
- (11) Hofecker-Fallahpoor M, Zinkernagel Ch, Frisch U, Neuhofer C, Stieglitz RD, Riecher-Rössler A. Was Mütter depressiv macht... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch. Bern: Huber 2005.
- (12) Mikoteit T, Riecher-Rössler A. Mutter-Kind-Behandlungsangebote in der Psychiatrie. Erfahrungen in Basel. *Nervenheilkunde* 2008; 27(6): 513-9.
- (13) Nyberg E, Hartman P, Stieglitz R, Riecher-Rössler A. Screening Partnergewalt - ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76(1): 28-36.
- (14) Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg). Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer 2005.
- (15) Riecher-Rössler A. Geschlechtsspezifische Betreuungsansätze. In: Rössler W (Hrsg). *Lehrbuch Psychiatrische Rehabilitation*, Berlin: Springer; 2004: 466-77.
- (16) Seeman MV. Schizophrenia and motherhood. In: Göpfert M, Webster J, Seeman MV (editors). *Parental Psychiatric disorder. Distressed Parents and their Families. Second Edition ed.* Cambridge: Cambridge University Press; 2004: 161-71.
- (17) Riecher-Rössler A. Psychotherapie für Frauen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg). *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis.* München, Jena: Elsevier Urban & Fischer; 2005: 105-17.

Korrespondenzadresse des verantwortlichen Autors**Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler**

Chefärztin, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

Petersgraben 4, CH-4031 Basel

Tel. +41-61/265 51 14, Fax +41-61/265 45 99;

e-mail: ariecher@uhbs.ch

Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Abbildungs- und Tabellenlegende:

- (1) Riecher-Rössler A, Bitzer J. Epidemiologie psychischer Störungen bei Frauen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg). Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München, Jena: Elsevier Urban & Fischer 2005: 21-9.
- (15) Riecher-Rössler A. Geschlechtsspezifische Betreuungsansätze. In: Rössler W (Hrsg). Lehrbuch Psychiatrische Rehabilitation, Berlin: Springer; 2004: 466-77.

Tabelle 1
**Lebenszeitprävalenzen:
Frauen/Männer (Geschlechterverhältnisse)**

Diagnosen	ECA Robins & Regier 91	Münchn. Follow-up Wittchen et al. 92	Nat. Comorb. Kessler et al. 94	Niederl. "Nemesis" Bijl et al. 98	Münchn. Jugend Wittchen et al. 98	Lübecker "Tacos" Meyer et al. 00
Major Depression	2.7	3.4	1.7	1.8	1.6	2.4
Dysthymie	1.9	2.2	1.7	2.3	3.0	2.1
Angststörungen	-	2.0	1.6	1.9	2.4	2.2
Panikstörung	2.1	1.7	-	-	3.0	2.5
Phobien	1.7	-	-	-	4.8	4.2
Agoraphobie	2.4	2.9	-	-	4.2	2.5
Zwangsstörung	1.5	1.3	-	0.9	1.8	9.0
Essstörungen	-	-	-	6.5	4.5	3.3
Körperbez. Stör.	1.7	-	-	-	11.5	1.9
Alkoholbed. Stör.	0.2	0.2	0.4	0.2	0.2	0.2
Drogenbed. Stör.	-	-	-	-	0.5	0.6
Asozial. Verhalten	0.2	-	0.2	-	-	-
Psychosen	-	-	1.0	-	-	-
Gesamtrate	30:36	34:30	47:49	40:43	39:38	47:43

Quelle: In Anlehnung an (1)

Tabelle 2

Geschlechtersensible Betreuungsansätze berücksichtigen u.a.:	
- Erkrankungshäufigkeit und Erkrankungsalter	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhtes Risiko bei Frauen bezüglich Depression, Angst, Essstörungen etc., erhöhtes Risiko bei Männern bezüglich Sucht (vgl. auch Tab. 1) - Höheres Erkrankungsalter der Frauen bei Schizophrenie
- Psychosoziale Risiko- und Belastungsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Geschlechtsspezifische Sozialisation - Aktuelle soziale Rollen in Partnerschaft, Familie, Haushalt, Beruf einschliesslich Rollenveränderungen und Rollenkonflikte - Sozialer Status - Sozialer Stress - Missbrauch, Gewalt
- (Krankheits-)Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Geschlechtsunterschiede bezüglich Persönlichkeitsvariablen (z.B. Aggressivität, Selbstsicherheit etc.) - Krankheitserleben und Krankheitskonzept - Bewältigungsverhalten einschliesslich Compliance und Inanspruchnahme - Selbstvernachlässigung, Vernachlässigung der sozialen Rollen - Sozialer Rückzug
- Komorbidität	<ul style="list-style-type: none"> - Drogen- und Alkoholabusus - Suizidrisiko - Andere psychiatrische und/oder somatische Erkrankungen
- Biologische Einflussfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Besonderheiten in Pharmakokinetik und Pharmakodynamik - Hormonelle Einflüsse - Sexualität - Fertilität - Schwangerschaft/Stillen
- Einflüsse des Lebenszyklus	<ul style="list-style-type: none"> - Pubertät/junges Erwachsenenalter - Reproduktionsalter - Peri-/Post-Menopause - Alter

Quelle: In Anlehnung an (15)

Tabelle 3

Betreuungsangebote für psychisch kranke Frauen - Beispiele:
<ul style="list-style-type: none"> - Niederschwellige Betreuungsangebote für Frauen in Bezug auf <ul style="list-style-type: none"> - Psychische Krisen - Partnerschafts- oder sexuelle Probleme
<ul style="list-style-type: none"> - Frauenspezifische Behandlungsangebote für einzelne Störungsgruppen, z.B. für Frauen mit <ul style="list-style-type: none"> - Essstörungen - Borderline-Persönlichkeitsstörungen
<ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Mütter und Väter kleiner Kinder <ul style="list-style-type: none"> - Eltern-Kind-Sprechstunden - Mutter-(Eltern-)Kind-Stationen, -Tageskliniken und -Tagesstätten - Gemeindeintegrierte Rehabilitationsprogramme und -zentren für Eltern - Parentingkurse für psychisch kranke Eltern - Aufsuchende Hilfen für chronisch kranke Eltern - Kinderbetreuung in psychiatrischen Einrichtungen - Betreutes Eltern-Kind-Wohnen
<ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Frauen aus anderen Kulturkreisen <ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Beratungsstellen und Gruppenangebote
<ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Opfer von Gewalt und Missbrauch <ul style="list-style-type: none"> - Nottelefon - Spezifische Beratungsstellen - Frauenstationen oder -bereiche
<ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinäre Angebote durch die Psychiatrie zusammen mit Gynäkologie/Geburtshilfe und/oder mit Kinder- und Jugendpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinäre Sprechstunden - Konsiliar- und Liaisonangebote

Quelle: In Anlehnung an (15)

Tabelle 4

Geschlechtersensible Psychopharmakotherapie berücksichtigt u.a. folgende Besonderheiten bei Frauen:	
-	Bessere Compliance
-	Geringeres Körpergewicht
-	Höherer Körperfettanteil → Bioverfügbarkeit lipophiler Pharmaka etc.
-	Geringere renale Clearance
-	Geringere Magensäure, langsamere Magenentleerung → Resorption von Pharmaka
-	Gegebenenfalls Zyklusabhängigkeit von Beschwerden
-	Hormonelle Situation, z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Beeinflussung des psychischen Befindens durch Östrogene/ Östrogendefizit • (Relatives) Östrogendefizit z. B. prämenstruell, peri-/postmenopausal, nach Ovariectomie • Möglichkeiten der Hormonsubstitution
-	Interaktionen von Psychopharmaka mit Kontrazeptiva, <ul style="list-style-type: none"> • z. B. Kontrazeptiva inhibieren Cytochrom P450/ hepatische Metabolisierung von Neuroleptika, Trizyklika, Benzodiazepinen → Psychopharmakaspiegel ↑ • Carbamazepin/Phenytoin induziert Abbau von Kontrazeptiva → Kontrazeptivaspiegel ↓
-	Interaktionen von Psychopharmaka mit gonadaler Achse, z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Bestimmte Neuroleptika → Prolaktin ↑ → Estradiol ↓ • Gefahr der ungewollten Schwangerschaft (u. Teratogenität) bei Umstellung auf ein Neuroleptikum ohne Prolaktinerhöhung
-	Besondere Bedürfnisse in Schwangerschaft und Stillzeit
-	z. T. mehr Psychopharmaka-Nebenwirkungen bei Frauen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptika → Blutbildveränderungen ↑, Spätdyskinesie ↑, Akathisie ↑, Parkinsonoid ↑