PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN





Sie tickt anders – er auch

Transitionspsychiatrie als Zukunftsaufgabe

→ Seite 16

DGPPN Kongress 2016: am Puls der Wissenschaft

→ Seite 22

Ich ist nicht Gehirn: Gibt es den freien Willen?

→ Seite 38

SIE TICKT ANDERS - ER AUCH

Psychische Erkrankungen werden bei Frauen deutlich häufiger diagnostiziert als bei Männern. Aus der Forderung nach Gleichbehandlung und gleichzeitiger Respektierung von Unterschieden entwickelte sich die Gendermedizin. Dabei kann Geschlechtersensibilität neue Ansätze für Psychiatrie und Psychotherapie eröffnen.

Autorin: Annegret Hofmann

ysterischer Depressionszustand lautete die Diagnose, mit der das Dienstmädchen Grete K. 1912 in die Landesheilanstalt zu Marburg aufgenommen wurde. Sie sei, wie sie selbst beschrieb, durch die Lektüre eines kurz zuvor erschienenen Romans von Hedwig Courts-Mahler in einen Zustand versetzt worden, der sie ihre Hausarbeit bei zwei älteren Damen in Gelnhausen vernachlässigen lasse, sie sei ohne Appetit und des Schlafs beraubt und in Angstzustände geraten. Die behandelnden Ärzte beachteten Grete K.s zaghaften Hinweise, dass ihr "Kopf so schwer" sei und ihr das Gehirn "wie zusammengestoßen" sei, nicht, nahmen dies auch nicht als einen möglichen Zusammenhang zu einer organischen Erkrankung in den "somatischen Status" der Krankengeschichte auf, wie es durchaus möglich gewesen wäre. Vielmehr sahen sie in der "gefährlichen" Lektüre schließlich die einzige Ursache für ihren "hysterischen Depressionszustand". Die Hysterie wurde als "Krankheit der weichen, tiefempfindenden Gemüter" betrachtet, als "krankhafte Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellungen verursacht sind", begriffen. Frauen galten als anfällig für Einflüsterungen aller Art. So schien es logisch, die Lektüre eines "Schundromanes" als Hauptursache für das Leiden der Grete K. zu akzeptieren.

Die Geschichte der Grete K. mag als launische Reminiszenz an die Vergangenheit der Psychiatrie gelten, die wir nachsichtig ad acta legen könnten. Schließlich sieht Psychiatrie mehr als 100 Jahre später anders aus. Die Hysterie wird heute weder der Gebärmutter zugeschrieben noch der Lektüre rührseliger Literatur, und überhaupt sind dissoziative Störungen, wie wir sie inzwischen definieren, keine Spezialität von Frauen. Die Debatte um eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie – also um Gendermedizin auch hier – wird, permanent um aktuelle Erkenntnisse und Aspekte bereichert, allerdings immer noch und zum Teil sehr lebhaft geführt.

GLEICHBEHANDLUNG UND UNTERSCHIEDE

Wenn es um Gendermedizin geht, denken auch heute viele noch ausschließlich an "Frauenmedizin". Und es ist in der Tat richtig, dass feministische Gruppen in den beiden letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts die Finger in die Wunde legten: Sie beklagten aus der unbestrittenen gesellschaftlichen Ungleichbehandlung eine medizinische Unter- und Fehlversorgung bei Frauen – und dies auch in der Psychiatrie und Psychotherapie. Aus ihrer Forderung nach Gleichbehandlung und gleichzeitiger Respektierung von Unterschieden entwickelten sich die Ansätze der Gendermedizin.

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts schrieb die amerikanische Wissenschaftlerin Marianne Legato, die als eine der Pionierinnen der Gendermedizin gilt, im Vorwort zu ihrem Standardwerk Eve's Rib: "Bis vor rund zehn Jahren waren wir Mediziner davon überzeugt, es genüge, Neues am Männerkörper zu erproben und zu erforschen, und es könnten die gewonnenen Erkenntnisse ebenso für Frauen gelten [...]"

Beim 33. Deutschen Evangelischen Kirchentag im Juni 2011 in Dresden benannte Prof. Margarethe Hochleitner, Leiterin des Frauengesundheitszentrums der Medizinischen Universität Innsbruck, die historischen Wurzeln "aus der Frauengesundheitsbewegung, [...] in geringem Maße auch aus der Männergesundheit heraus" und resümierte: "Gendermedizin hat [...] als Querschnittsmaterie Einzug in die Medizinforschung und -lehre gefunden."

Es stimmt also z. B., und daran zweifelt inzwischen kaum noch jemand: Frauenherzen schlagen anders. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Kardiologie sind es vor allem, die in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden, als Beispiele einer geschlechtersensiblen Medizin. Andere medizinische Fächer haben inzwischen – in unterschiedlichem Maße – nachgezogen.

SEX UND GENDER

Im Englischen bezeichnet "Sex" das biologische, "Gender" das Geschlecht in seiner sozialen, kulturellen und historischen Prägung. Gendermedizin erforscht die Geschlechtsspezifika von Gesundheit und Krankheit – im besten Fall in ihrem bio-psycho-sozialen Kontext. Sie ist deshalb Voraussetzung und unabdingbarer Bestandteil einer individualisierten Medizin.



Gendermedizinische Aspekte werden in der Forschung erst seit relativ kurzer Zeit berücksichtigt.

FRAUEN UND MÄNNER SIND UNTERSCHIEDLICH. STIMMT DAS AUCH BEIM GEHIRN?

Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Gehirn und in der Art des Denkens werden seit Jahren unter verschiedenen Aspekten und oft auch kontrovers diskutiert. Dabei geht es inzwischen nicht mehr um vorhandene Gewichtsunterschiede. Aus der Hirnforschung erreichen uns in immer kürzeren Abständen Erkenntnisse, die jede für sich ganz praktische Auswirkungen auf Psychiatrie und Psychotherapie haben könnten.

Seit 2013 ist die Erkenntnis von US-Wissenschaftlern in der Welt, dass es bei Frauen besonders viele Kontakte zwischen den beiden Hirnhälften gebe, während bei Männern mehr Verknüpfungen innerhalb der Gehirnhälften bestünden. Ihre Untersuchungen zeigten, dass männliche Gehirne offenbar für eine Kommunikation innerhalb der Hirnhälften optimiert sind. So besäßen z. B. einzelne Unterbereiche des Gehirns viele Verknüpfungen mit ihren direkten Nachbarbereichen. Es gebe also mehr lokale Verbindungen mit kurzer Reichweite. Bei Frauen hingegen habe sich eine größere Zahl längerer Nervenverbindungen vor allem zwischen den beiden Gehirnhälften finden lassen. Nur im Kleinhirn sei es genau andersherum gewesen. Hier gebe es bei den Männern viele Verbindungen zwischen den Hemisphären, bei Frauen aber innerhalb der beiden Hemisphären. Darauf aufbauend gilt heute: Männer können dank

ihrer Hirnarchitektur ihre Wahrnehmungen besser in koordinierte Handlungen umsetzen, Frauen hingegen besser analytische und intuitive Informationen miteinander verbinden.

2015 kam Widerspruch von Wissenschaftlern aus Tel Aviv, und auch von Dr. Daniel Margulies vom Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig. Sie werteten Aufnahmen von Kernspintomographien von 1.400 Probanden aus und untersuchten dabei Unterschiede in der grauen und der weißen Substanz des Gehirns sowie in der Stärke der Verknüpfungen zwischen verschiedenen Hirnbereichen. Sie kommen zum Ergebnis, dass die meisten Gehirne Merkmale sowohl aus männlichen wie aus weiblichen Kategorien besitzen. Gehirne mit rein männlichen oder rein weiblichen Kennzeichen sind deutlich in der Minderheit – im Bezug auf die graue Substanz war das nur bei sechs Prozent der Fall.

Von 2016 und damit noch aktueller ist eine internationale Studie, die soeben in "Nature" veröffentlicht wurde. Neurowissenschaftler aus Magdeburg, Leipzig und Nottingham konnten nachweisen, dass die Gehirne von Männern und Frauen unterschiedlich auf eigene Handlungsfehler reagieren. Diese Unterschiede sind so signifikant, dass sich allein aus den gemessenen Hirnströmen das Geschlecht vorhersagen lässt. Bei den Probanden zeigte sich, dass Männer die gestellten Aufgaben etwas schneller bearbeiten konnten als Frauen. Gleichzeitig reagierten ihre Gehirne stärker auf Handlungsfehler als die der

DIE ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN KÖRPER UND SEELE, UNTERSCHIEDE UND GEMEIN-SAMKEITEN ZWISCHEN FRAUEN UND MÄNNERN ERKENNEN UND FÜR EINE SINNVOLLE THERAPIE ZU NUTZEN, DAS WILL GENDERMEDIZIN. NICHT MEHR UND NICHT WENIGER.

Dr. Adrian Fischer vom Lehrstuhl Neuropsychologie der Universität Magdeburg und Erstautor der Studie, sieht darin einen großen Gewinn für die Arbeit der Psychiatrie. "Da die Häufigkeit vieler psychischer Erkrankungen, die zu Fehlhandlungen führen, unterschiedlich auf die Geschlechter verteilt ist, versteht man vielleicht die Geschlechtsunterschiede bei den Patienten auch besser, wenn man die Abweichungen bei Gesunden erklären kann. Die Fähigkeit, auf Fehler zu reagieren, zeigt sich verändert unter anderem bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung oder der Schizophrenie. Daher erscheint es sinnvoll, verstärkt geschlechterspezifische Studien zu Ursachen, Diagnostik und Therapie dieser Störungen vorzunehmen."

ZAHLEN SIND NICHT ALLES

Bei immer mehr somatischen Erkrankungen – und hier mag wieder das Thema Herz und Kreislauf als beispielhaft gelten – liegen inzwischen zahlreiche Studien und Metaanalysen vor, Grundlage für weitere Forschungen, die zunehmend die praktische Anwendung dieser Erkenntnisse fokussieren.

In der Psychiatrie und den angrenzenden Fächern ist die Datenlage noch nicht ganz so umfassend. In die Datenbank Gendermedizin (gendermeddb.charite.de), einem systematischen Archiv wissenschaftlicher Publikationen zu Geschlechterunterschieden in der Medizin, wurden diese Fächer noch nicht aufgenommen. Epidemiologische Daten, Statistiken, Studien-

erhebungen, Erkrankungshäufigkeiten, die Diagnoseverteilung zwischen Männern und Frauen geben zunehmend zumindest zahlenmäßig Auskunft über die Fakten. Das alles sei eine wichtige Grundlage, aber für eine gezielte Therapie und Versorgungsoptimierung nicht ausreichend, meint Prof. Katarina Stengler. Die Psychiaterin leitet seit kurzem das Projekt "GPmed – Genderperspektiven in der Medizin" der Leipziger Universität. Für sie ist sicher, dass Zahlen allein die tatsächliche Situation zum Teil verzerren.

Die Psychiatrie und ähnliche Fächer weisen, im Vergleich zu anderen Gebieten der Medizin, bezüglich ihrer Geschlechterspezifik eine Besonderheit auf: Während zumeist, um wieder bei der Kardiologie zu bleiben, der männliche Patient im Fokus der wissenschaftlichen Aufmerksamkeit stand, dies auch mit Blick auf Diagnostik, Therapien, Medikamentenverordnung oder auch Rehabilitation, ist dies bei den psychischen Erkrankungen oft gerade umgekehrt. Prof. Stengler verweist auf eigene Reviews zu geschlechtsspezifischen Publikationen in der Psychiatrie. Nur 3 von 191 Originalarbeiten aus den Jahren 2009/10 beinhalteten eine geschlechtsspezifische Analyse. Frauenspezifische Fragestellungen wie postpartal auftretende psychische Erkrankungen fänden sich häufig; der Blick auf die Männer käme generell zu kurz, sei aber dringend nötig – "erfreulicherweise bewegt sich hier aber etwas".

Auch Prof. Anne Maria Möller-Leimkühler, München, beklagt, dass entsprechende Programme und Konzepte bisher fast ausschließlich auf Frauen zugeschnitten sind und diese ansprechen. Diese Vernachlässigung gehe, so die Sozialwissenschaftlerin, auf tief verwurzelte gesellschaftliche Konstruktionen von Männlichkeit und Weiblichkeit zurück. "Das Pendant zur hohen Medikalisierung und Psychiatrisierung weiblicher Befindlichkeiten ist bis heute die sehr viel geringere Medikalisierung und Psychologisierung männlicher Beschwerden."

AKTUELLES BEISPIEL DEPRESSION

Der Gesundheitsreport 2016 der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) widmet sich der Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten unter dem Schwerpunkt Gender und Gesundheit. Auch hier wird statuiert - "Unabhängig von der Art der Erhebung, ist die Depressionsprävalenz bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern". Warum das so ist, erklärt der Report zum einen bezüglich der Erkrankungszahlen der Frauen mit biologischen und speziell hormonellen Ursachen, zum anderen verweist er aber auch auf "methodische Artefakte". Symptome der Depression äußern sich bei Frauen und Männern unterschiedlich, Aggressivität, asoziales Verhalten und Sucht können - nach Möller-Leimkühler - auf Seiten der Männer Symptome der Depression sein, auf der der Frauen sind es bekanntermaßen, Unruhe, Klagsamkeit, Verstimmung. Zeit also, stereotype Rollenzuweisungen nicht nur gesellschaftlich zu diskutieren, sondern auch durch die Therapeuten zu überprüfen, fordert deshalb Psychiaterin Stengler. Was für die Depression gilt, muss auch bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern hinterfragt werden. Die Forderung, mehr entsprechende Forschung anzustoßen und die geschlechtsspezifische Auswertung bindend einzufordern, ist deshalb mehr als berechtigt. Nicht zuletzt trifft dies auf die Erarbeitung neuer Leitlinien zu.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Arzneimittelversorgung werden bei den Psychopharmaka besonders deutlich. Prof. Karen Nieber, Leipzig, berichtet mit Blick auf den Barmer GEK Arzneimittelreport 2012, dass Frauen mit 33,4 verordneten Tagesdosen durchschnittlich 56 % mehr Psychopharmaka erhielten als Männer mit 21,0 Tagesdosen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Medikation führen, so Nieber, auch zu unterschiedlichen Nebenwirkungsprofilen – zum Nachteil der Frauen, wie eine Vielzahl von Studien zeige. Prof. Petra Thürmann, Wuppertal, ausgewiesene Kennerin der geschlechter- wie auch altersspezifischen Pharmakologie, plädiert deshalb dringend dafür, entsprechende vergleichende Untersuchungen nach der Zulassung eines Medikaments zu veranlassen. Sie sieht darin explizit auch eine Aufgabe für die Fachgesellschaften.

GESCHLECHTERGERECHTE PSYCHIATRISCHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG – WOHIN GEHT DIE REISE?

Gendermedizin in Psychiatrie und Psychotherapie ist, das zeigt die Exkursion auf den vorangegangenen Seiten, ein weites Feld, schon allein bedingt durch die Unterschiedlichkeit der Themen und Problemfelder, die sie berühren. Die Komplexität des Bio-Psycho-Sozialen, die gerade hier ihren Niederschlag findet, stellt die Akteure vor große Herausforderungen. Dabei sind die zweifellos notwendige Forschungsarbeit und die Datensammlung nur eine Seite der Medaille. Prof. Stengler nennt als wichtigsten "Türöffner" die Sensibilisierung der Behandler, die Entwicklung der Fähigkeit, genauer hinzuschauen - wen haben wir vor uns, wer ist sie, er, es, was konkret sind die Ursachen für die Befindlichkeit, die Erkrankung. Diese Sensibilisierung müsse, so Stengler, sehr früh ansetzen, dort, "wo die Menschen ins System der Gesundheitsversorgung gehen". Diese notwendige Sensibilisierung kann erlernt werden - und darauf sollten sich Aus-, Fort- und Weiterbildung medizinischer Berufe, allen voran des ärztlichen, richten.

Dr. Astrid Bühren, niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Murnau/Oberbayern und Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, plädiert in diesem Zusammenhang vor allem für die Aufwertung der sprechenden Medizin, die, im Vergleich zu den modernen differenzialdiagnostischen Methoden und bildgebenden Verfahren, eine zu geringe Rolle spiele. Sie verweist dabei auch auf "Untersuchungen, die zeigen, dass Ärztinnen mehr Zeit für das Gespräch mit dem Patienten aufwenden als ihre männlichen

Kollegen. Andere belegen eine höhere Compliance der Patienten, die von Ärztinnen behandelt werden." Dies sei, zumal bei der wachsenden Zahl von Ärztinnen in unserem Gesundheitssystem, auch eine Chance für die gesundheitliche Versorgung. "Durch wen auch immer – eine kompetente Gesprächsführung durch Frauen und Männer, die die Geschlechtsspezifika der Patientinnen und Patienten berücksichtigt, muss stärker in den Fokus ärztlicher Tätigkeit und aller Beteiligten im Behandlungsprozess gerückt werden."

In weiten Feldern der Psychiatrie und der Psychotherapie stehen umfassende Erkenntnisse zur Geschlechterspezifik noch aus bzw. befinden sich im Prozess der Diskussion. Wie in der betrieblichen Gesundheitsförderung, wo die stabil hohe Zahl psychischer Erkrankungen dringend der Lösung bedarf: Auch hier sind geschlechterdifferente Lösungen möglich, wie z. B. die Arbeit von Prof. Harald Gündel zeigt. Der Ulmer Psychosomatiker konnte beim Männergesundheitskongress der BZgA und des Bundesgesundheitsministeriums 2015 über erfolgversprechende gemeinsame Projekte mit Unternehmen berichten. Dort würden im Arbeitsumfeld Beratungen speziell für Männer angeboten, die diese gut annehmen. Niederschwellige Angebote, die Frauen und Männer in ihrem Lebens- und Arbeitsumfeld erreichen - über solche Versorgungsformen wird weiter nachgedacht. Was ist sinnvoll, machbar, was bringt der Patientin, dem Patienten den gewünschten Benefit? Geschlechterspezifische Sprechstunden, gemeinsame Psychiatriestationen oder in bestimmten Fällen nach Geschlechtern getrennt, Frauen-, Männer- oder gemischte Therapiegruppen z. B. in der Reha? Was ist wirklich somatisch, was ist der Psyche zuzuschreiben, wie viel von beidem steckt in der Erkrankung?

Viel Stoff für die Forschung, vor allem viele Ansätze zum Neudenken, für neue Kooperationen mit Kolleginnen und Kollegen anderer Fächer. Die Zusammenhänge zwischen Körper und Seele, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Frauen und Männern erkennen und für eine sinnvolle Therapie zu nutzen, das will Gendermedizin. Nicht mehr und nicht weniger.

ANNEGRET HOFMANN

Medizinjournalistin, Sprecherin des Netzwerks "Gendermedizin & Öffentlichkeit", gegründet 2011, www.gendermed.info

LITERATUR

Kautzky-Willer A, Tschachler E (2012) Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Orac, Wien

Gadebusch Bondio M, Katsari E (Hrsg) (2014) "Gender-Medizin" Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin transcript, Bielefeld

Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) (2015) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hogrefe, Bern

Rebscher H (Hrsg) DAK-Gesundheitsreport 2016. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg