

Gendersensible und Genderspezifische „Mental Health Promotion“

Frauen und ausgewählte psychische
Störungen

Prof. Dr. Irmgard Vogt
Fachhochschule Frankfurt am Main
Institut für Suchtforschung

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

- **Partielle Auflösung von geschlechtsspezifischen Stereotypen und damit zusammenhängenden Rollenmustern;**
- **Pluralisierung der Lebensentwürfe;**
- **Individualisierung und der Zwang zur Entscheidung können zu starker Verunsicherung führen**

- **Einfluss von Werbung und Medien auf die persönliche Inszenierung geht ein her mit starkem Anpassungsdruck und kann zu erheblichem Stress führen.**

- **Auf diesem Hintergrund können psychische Störungen entstehen, die je nach Geschlecht unterschiedlich ausdifferenziert sind.**

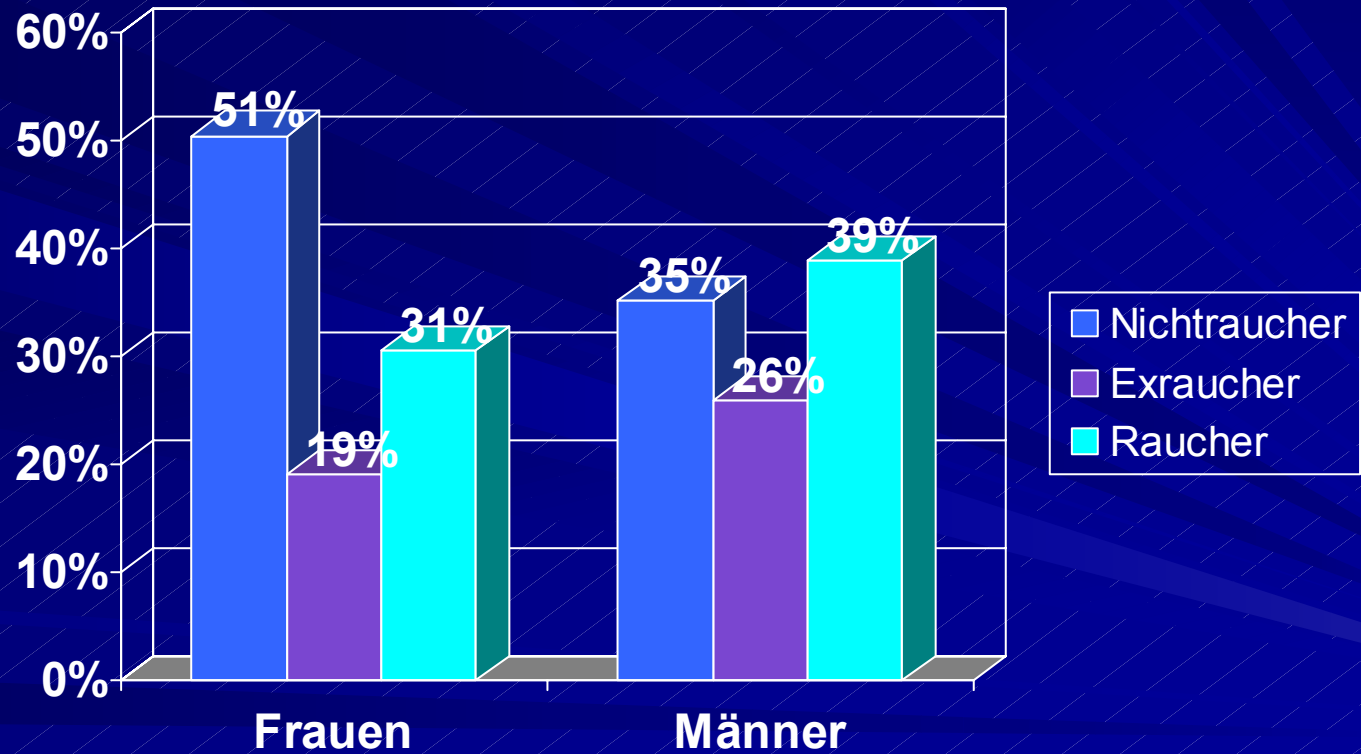
- **Neuere Entwicklungen weisen aber auch auf Angleichungsprozesse zwischen den Geschlechtern hin**

Beispiele für Angleichungen: Einstieg in den Alltagskonsum von Alkohol und Zigaretten

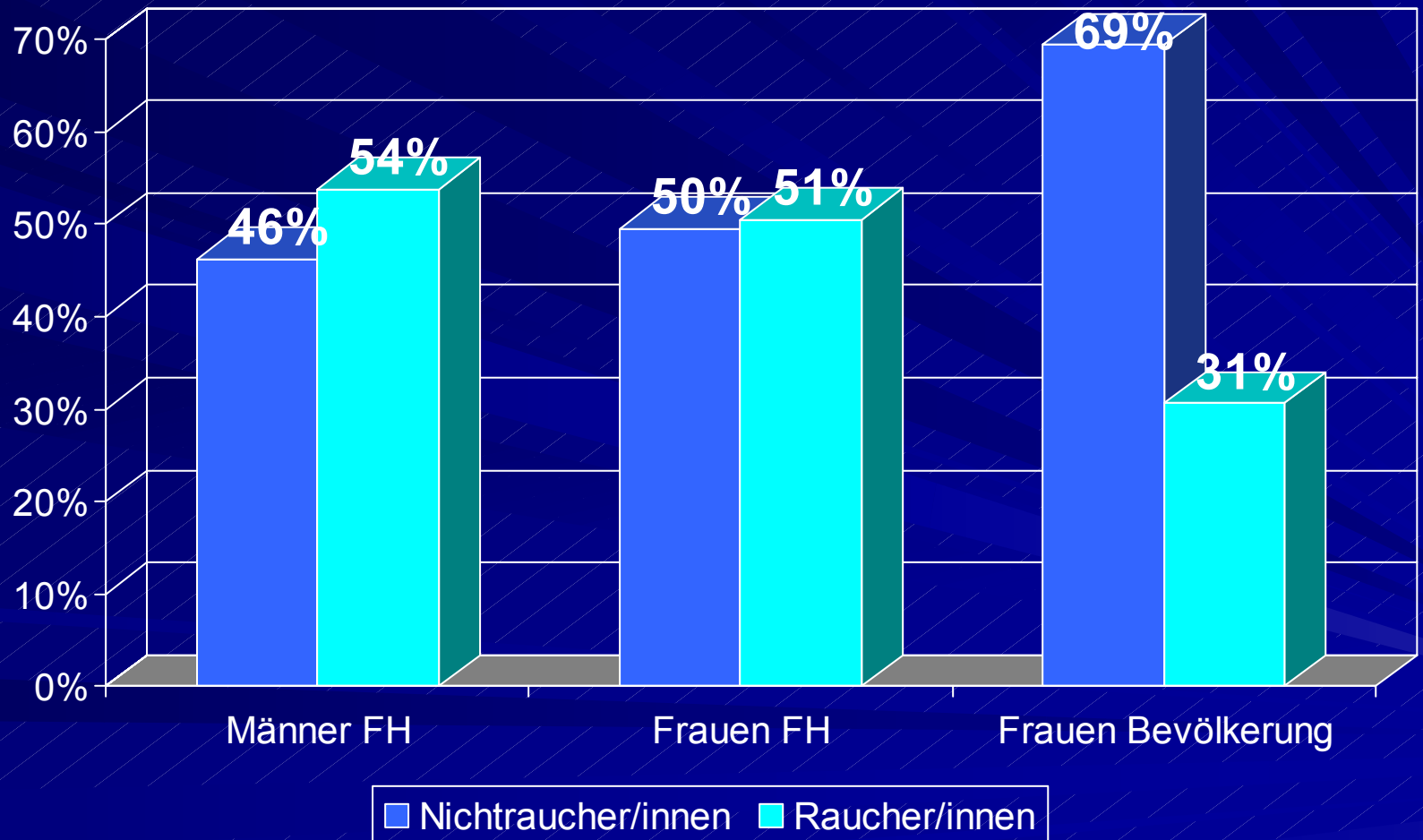
- **Hinsichtlich des Einstiegsalters und der Umstände des ersten Konsums finden sich kaum noch Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen**
 - **Einstieg in den Alkoholkonsum in der Familie**
 - **Einstieg in den Zigarettenkonsum (und den Cannabiskonsum) ausserhalb der Familie, meistens „heimlich“**
- **Der Anteil der Mädchen, die zwischen 15 und 20 Jahren regelmässig rauchen, liegt in neueren Studien leicht über dem der Jungen**
- **Hinsichtlich der ersten Rauscherfahrungen mit Alkohol finden sich immer weniger Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen wohl aber hinsichtlich der Häufigkeit von Rauscherfahrungen**

Frauen und Rauchen (Tabak) in der allgemeinen Bevölkerung

Prävalenz des Tabakkonsums, vgl. Kraus & Augustin 2001



Raucherinnen und Raucher an einer Fachhochschule im Vergleich



Typische und untypische psychische Störungen von Frauen

- **Zu den typischen psychischen Störungen von Frauen zählen:**
 - Ess-Störungen, vor allem Anorexie und Bulimie
 - Depressionen
 - Ängste
 - (Medikamentenabhängigkeit)
 - Rauchen?

- **Zu den untypischen psychischen Störungen von Frauen zählen:**
 - Alkoholabhängigkeit
 - Drogenabhängigkeit

Ess-Störungen - Störungen des Ess-Verhaltens und des Körperbildes

- **Mindestens 20% aller Frauen diäten gerade.**
- **Ca. 50% der Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren haben schon einmal eine Diät gemacht. Diäten sind ein häufiger Vorläufer von Ess-Störungen, vor allem Diäten in Kindheit und Jugend**
- **Ca. 2% der Frauen zwischen 15 und 25 Jahren leidet an Anorexie.**
- **Ca. 4% der Frauen zwischen 18 und 35 Jahren leidet an Bulimie**
- **Ca. 90% der Menschen mit Ess-Störungen sind weiblich, ca. 10% männlich**
- **Ess-Störungen haben bei den 15-19jährigen Frauen erheblich zugenommen - ebenso wie Diäten und andere Körperarbeiten zur Herstellung des schönen Körpers**
- **Rauchen hat eine wichtige Funktion: es erleichtert die Gewichtskontrolle (Unterdrückung von Hungergefühlen). Das Beispiel zeigt, wie sich Gesundheitsprobleme miteinander verschränken können**

Häufigkeit von Depressionen

Diagnose	Lebenszeit- prävalenz in %	Frauen: Männer
Major Depressionen	4,0 - 13,6	3,4 : 1
Dysthyme Störungen	2,5 - 5,4	2,2 : 1
Depression und Angst	1,0 - 15,0	2,8 : 1

vgl. Ernst 2000; Angst & Sellaro 2000

Häufigkeit von Angststörungen

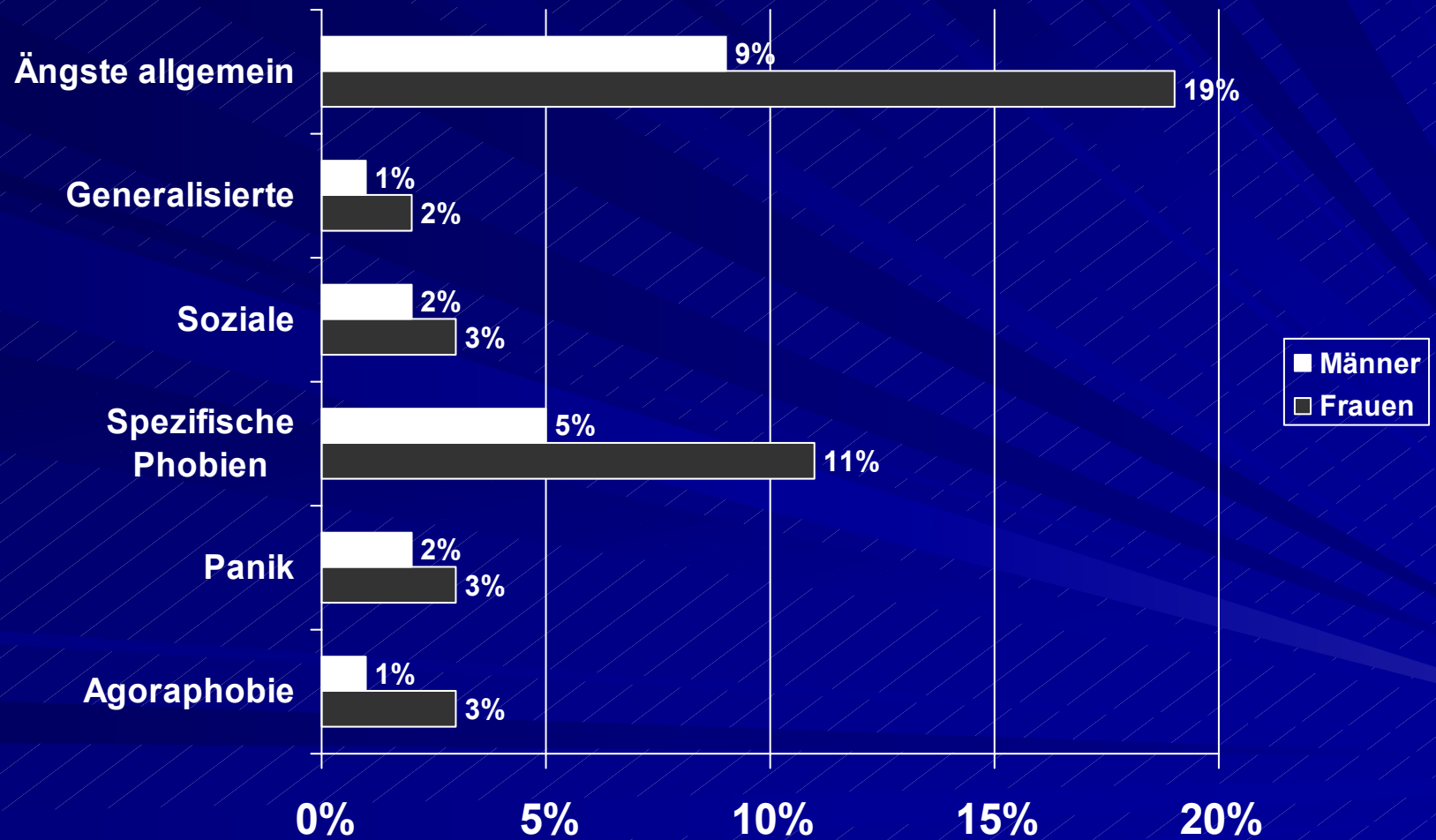
(Lebenszeitprävalenz)

Diagnose	Lebenszeit- prävalenz in %	Frauen: Männer
Agoraphobie	2,1 - 10,9	2,5 : 1
Panikstörung	3,2 - 3,6	2,5 : 1
Spezifische Phobien	4,5 - 11,3	2,3 : 1
Soziale Phobie	11,3 - 16,0	1,9 : 1
Generalisierte Angst	1,9 - 31,1	2,2 : 1
Zwangsstörungen	0,7 - 3,2	?

vgl. Ernst 2000; Angst & Sellaro 2000

12-Monats-Prävalenz von Angststörungen

(vgl. Wittchen & Jacobi 2004)



Biopsychosoziale Erklärungshypothesen der geschlechtspezifischen Differenzen bei Angst und affektiven Störungen

- **Biologische Differenzen zwischen den Geschlechtern führen zu unterschiedlichen Reaktionen in kritischen Lebensphasen. Dazu gehören:**
 - unterschiedliche neuro-physiologische Erregbarkeit von Frauen und Männern
 - Spezialisierung der Hirnhälften (funktionale zerebrale Asymetrie)
 - hormonelle Differenzen
 - Differenzen bei der Schmerzverarbeitung (?)
- **Die biologischen Differenzen werden durch die Sozialisation verstärkt (z.B. Spezialisierung der Hirnhälften)**
- **Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen den biologischen und sozialisatorischen Faktoren einerseits und der Entwicklung von geschlechtstypischen psychischen Störungen andererseits**

(vgl. Riecher-Rössler 2001)

Psychosoziale Erklärungshypothesen der geschlechtspezifischen Differenzen bei Angst und affektiven Störungen

- **Stresshypothese (Frauen stehen unter höherem Stress als Männer und sind daher vulnerabler als diese gegenüber psychischen Störungen)**
- **Bewältigungshypothese (Frauen verarbeiten belastende Ereignisse schlechter als Männer; Frauen haben mehr externale Kontrollüberzeugungen als Männer, d.h. sie fühlen sich dem Schicksal mehr ausgeliefert als diese, was zu erlernter Hilflosigkeit sowie Fatalismus führen kann)**
- **Artefakthypothese und Expressivitätshypothese (die Geschlechterdifferenzen gehen auf Erhebungsfehler oder Diagnosefehler zurück oder auf sozialisatorische Differenzen im Ausdruck von psychischen Störungen)**

Behandlung von Depressionen und Ängsten - warum gibt es so gut wie keine geschlechtssensiblen Ansätze?

- Die Durchforstung der Literatur zur Behandlung von Depressionen und Ängsten zeigt, dass es fast keine geschlechtssensiblen Ansätze gibt. Z. B. differenziert die Verhaltenstherapie nicht zwischen den Geschlechtern (vgl. u.a. Beck 1992, Schmid-Traub 1997, Stangier & Fydrich 2002).
- Auch bei Kombination mit medikamentöser Therapie wird nicht geschlechtssensibel vorgegangen, obwohl eine Reihe von Studien belegen, dass Frauen auf einschlägige Medikamente anders reagieren als Männer (vgl. u.a. Banger 2001, Kapfhammer & Meller 2001)
- *Forderung: Entwicklung von geschlechterdifferenzierenden und geschlechtersensiblen Ansätze bei der Behandlung von Depressionen und Ängsten*

Empirische Studien zu süchtigen Frauen/ Projekte für süchtige Frauen

Im Unterschied zu Depressionen/Ängste gibt es heute eine Vielzahl von Quellen für empirische Daten zum Thema Frauen und Sucht

- Epidemiologische Daten über Frauen und ihren Konsum von psychoaktiven Drogen, dem Missbrauch oder der Abhängigkeit von diesen (z.B. Bevölkerungsbefragungen, Spezialstudien usw.). Daher verfügen wir heute über viele Daten z.B. über alkoholabhängige oder drogenabhängige Frauen**
- seit den 80er Jahren gibt es eine starke Fraktion, die gezielt Hilfen für süchtige Frauen einfordert, vor allem für drogenabhängige Frauen. Es gibt heute ein loses Netzwerk von Einrichtungen nur für drogenabhängige Frauen im ambulanten und stationären Bereich in der BRD**
- Eine vergleichbare Lobby oder ein vergleichbares Netzwerk für alkoholabhängige Frauen gibt es nicht**

Häufigkeit von Störungen durch psychoaktive Substanzen

Diagnose	Lebenszeitprävalenz in %	Frauen: Männern
Alkoholbedingte Störungen	21,0 - 5,1	0,2:1
Drogenbedingte Störungen	1,4 - 0,9	0,6:1
Medikamentenabhängigkeit	unklar	3,6:1*

* ab 50 Jahre

Anzahl abgeschlossener ambulanter und stationärer Behandlungen nach Geschlecht, BRD 2002

Abhängigkeit von:	Ambulant		Stationär	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Alkohol	2.483	6.098	6.030	24.227
Drogen	144	704	1.301	7.197
Mehrfach	87	306	425	2.381
Medikamente	40	18	216	128

Einige Angaben zur Situation alkoholabhängiger Frauen in Deutschland

- **Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn ca. 40 Jahre**
- **Familienstand: ca. 30% ledig, ca. 40% verheiratet, ca. 25% geschieden, ca. 5% verwitwet**
- **70% bis 80% haben Kinder**
- **ca. 50% der Frauen leben mit Kindern zusammen**
 - **Unbekannt ist, wie gross der Anteil der Frauen geschätzt werden muss, die während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Kindes Alkoholprobleme hat bzw. alkoholabhängig ist**
 - **Unbekannt ist auch, wieviele Frauen nach dem Auszug der Kinder aus der Familie Alkoholprobleme entwickeln**
- **sehr hoher Anteil mit abgeschlossener Schul- und Berufsausbildung**
- **relativ hoher Anteil von Frauen, die vor und nach einer (ersten) Behandlung der Alkoholabhängigkeit erwerbstätig ist**
 - **Für viele Frauen hat die Rückkehr in die Erwerbsarbeit nach einer Behandlung daher eine sehr grosse Bedeutung (vgl. Rudolf 1998)**

Einige Angaben zur Situation drogenabhängiger Frauen in Deutschland

- **Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn ca. 25-30 Jahre**
- **Familienstand: ca. 65-70% ledig, ca. 15% verheiratet, ca. 15% geschieden, ca. 1% verwitwet**
- **ca. 50% haben Kinder**
- **ca. 25% der Mütter leben mit ihren Kindern zusammen**
- **ca. 10-12% kein Schulabschluss, 40% Hauptschulabschluss, 50% höherer Schulabschluss**
- **ca. 50% haben eine abgeschlossene Berufsausbildung bzw. sind in Berufsausbildung, ca. 50% haben keine Berufsausbildung. Der Anteil der drogenabhängigen Frauen mit Berufserfahrung ist sehr niedrig**
- **ca. 70-75% leben von Sozialhilfe**

Auslöser für exzessivem Substanzkonsum/ Sucht

- Die Auslöser für süchtiges Verhalten und von exzessivem Substanzkonsum sind vielfältig und in vielen Fällen eher unspezifisch
- Als spezifische Auslöser bzw. Vorläufer von chronischen Syndromen gelten:
 - Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend
 - Gewalterfahrungen/Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend
 - Aktuelle Beziehungsprobleme mit Familienmitglieder oder dem Partner/ den Kindern
- Im Einzelfall kann auch der Arbeitsplatz mit Stress, fehlenden Gratifikationen usw. Auslöser für süchtiges Verhalten sein*

Spezifische Auslöser für Missbrauch von psychoaktiven Substanzen (Alkohol oder illegale Drogen) und Sucht bei Frauen

- **Spezifische Auslöser bzw. Vorläufer von chronischen psychischen Störungen wie Sucht bei Frauen sind:**
 - **Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend**
 - **Zenker et al. (2002) stellen in ihrer Studie fest, dass ca 20% der alkoholabhängigen Frauen in Kindheit und Jugend sexuell belästigt oder missbraucht worden sind, Schmid (2000) sowie Beg & Quinten (2001) ermitteln Raten von 50% - 70% bei drogenabhängigen Frauen.**
 - **Gewalterfahrungen/Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend bei 10% - 50% der alkohol- oder drogenabhängigen Frauen**
 - **Zu ähnlichen Ergebnissen kommen US-amerikanische Studien**
- **Das Risiko einer psychischen Störungen als Reaktion auf sexuellen Missbrauch in Kindheit oder Jugend steigt, wenn die Betroffenen nicht darüber reden können**
- **In der Studie von Zencker et al. (2002) haben nur 30% der Frauen mit jemandem über den sexuellen Missbrauch gesprochen; von diesen wurde nur 63% auch geglaubt**

Bedeutung von Partnerschaft/ Ehe im Leben von Frauen

- Für Frauen haben personale Beziehungen immer noch eine wichtigere Bedeutung als für Männer:
 - Frauen betonen im Vergleich zu Männern stärker die Bedeutung von Partnerschaft/Ehe und Familie
 - sie betonen die Wichtigkeit einer eigenen Familie und eigener Kinder
 - Ca. 75-80% der jungen Frauen wünschen sich mindestens ein Kind (72% der Frauen aus den alten Bundesländern - 88% der Frauen aus den neuen Bundesländern)
- Für Frauen hängen Kinder und Ehe zusammen, d.h. Frauen, die ihren Kinderwunsch realisieren, heiraten in der Regel auch
- In der Regel beschäftigen Konflikte in der Ehe/Partnerschaft und mit den Kindern Frauen/Mütter mehr als Männer/Väter

Im Rückblick: Partnerschaft und Ehe im Leben von alkoholabhängigen Frauen

Bilanz der Partnerschaft von alkoholabhängigen Frauen:

**Nur 50% haben sich beim Partner geborgen gefühlt
Nur 40% fühlen sich vom Partner verstanden***

In der Therapie wollen Frauen u.a. folgende Themen bearbeiten:

- Umgang mit dem Partner/der Partnerin**
- Training von Selbstsicherheit/ Wünsche äussern**
- Umgang mit Schuldgefühlen (vor allem gegenüber den Kindern)**
- Auch: Fragen zum Beruf, zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben****

***Zenker et al. 2002; **Winkler 1997**

Hilfen

- **Primäre Prävention - bislang wenig Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Differenzen**
- **Sekundäre Prävention/ professionelle Beratung und Behandlung**
 - Kurzinterventionen durch nahestehende Bezugspersonen und Kollegen/innen am Arbeitsplatz oder Professionelle z.B. in Beratungsstellen, durch Ärzte usw.
 - Gezielte Kurz- und mittelfristige Interventionen durch Betriebliche Sozialarbeit oder Suchthilfe, andere einschlägige Angebote
 - Vermittlung in Beratungsstellen/ ambulante Beratung und Behandlung/ Weitervermittlungen aller Art
 - Vermittlung in Selbsthilfe (z. B. Frauengruppen der AA)
 - Ambulante oder stationäre Therapie (z.B. in Einrichtungen nur für Frauen)
 - Nachsorge/ Betreutes Wohnen (s.o.)
- **Rehabilitation in die Gesellschaft, in Institutionen, in Nischen**
- **Rückfallprävention/ Rückfall in alte Verhaltensmuster...**

Geschlechtssensible Frühinterventionen

- **Public Health: Massenmediale Kampagnen, in denen gezielt Frauen angesprochen werden (z.B. mit Bezug auf Schwangerschaft)**
- **Berater/innen und Ärzte sprechen Probleme mit dem Konsum von Alkohol, Zigaretten, Medikamenten oder Fragen der gesunden Ernährung an. Zielgruppe: Frauen!**
 - Vermittlung von Kontrolltechniken, z.B. für kontrolliertes Trinken, kontrolliertes Rauchen usw. an Frauen, die psychoaktive Substanzen missbrauchen oder am Anfang einer Suchtkarriere stehen
 - Techniken, die Mädchen und Frauen gezielt ansprechen und diese sowohl kognitiv wie emotional erreichen, sind z.B. „Motivierende Beratung“, ein Ansatz, der die Veränderungsmotivation anspricht, ohne zu stigmatisieren, etikettieren, konfrontieren*

vgl. Miller, Rollnick 1998, 2002; Vogt 2004

Geschlechtssensible ambulante und stationäre Behandlungen

- **Ambulante Beratungsstellen nur für drogenabhängige Frauen**
- **Stationäre Einrichtungen nur für drogenabhängige Frauen**
 - mit frauenspezifischen Behandlungsverfahren
- **Stationäre Einrichtungen nur für alkoholabhängige Frauen**
 - ohne frauenspezifische Behandlungsverfahren
- **Einrichtungen für Frauen und Männer mit Substanzabhängigkeit (v.a. Alkoholabhängigkeit)**
 - mit frauenspezifischen Hilfsangeboten (u.a. Frauengruppen)

(vgl. Winkler 1997, 2004)

Warum gibt es keine Studien zur Effektivität und Wirksamkeit frauenspezifischer Hilfen für Drogenabhängige?

Es gibt Spezialeinrichtungen (ambulant und stationär) für drogenabhängige Frauen, aber es gibt keine multizentrischen vergleichende Effektivitätsstudien zur Absicherung der Qualität der Behandlungen

Vor allem fehlen vergleichende Wirksamkeitsstudien: welche Methoden „wirken“ bei Frauen, welche bei Männern? in Kombination mit welchen Stoffen? und bei welche Subgruppen von Frauen (und Männern)?

Forderung: gezielte vergleichende Studien zur Untersuchung der Effektivität und der methodenbezogenen Wirksamkeit (efficacy) von frauenspezifischen Einrichtungen (ambulante und stationäre Einrichtungen nur für drogenabhängige Frauen)

Schluss

- **Empirische Studien belegen nachdrücklich Unterschiede in der Vulnerabilität von Frauen und Männern für psychische Störungen**
- **Die Ursachenforschung ist bislang nicht sehr weit gediehen; es ist weitgehend offen, in welcher Weise biologische und sozialisatorische Faktoren zu den Geschlechterdifferenzen bei psychischen Störungen beitragen**
- **Für die typischen psychischen Störungen von Frauen: Depressionen und Ängste, gibt es keine geschlechtersensiblen Behandlungsansätze**
- **Für die untypischen psychischen Störungen von Frauen: Substanzabhängigkeit (vor allem: Drogenabhängigkeit) gibt es geschlechtersensible Behandlungsansätze. Es fehlen jedoch Effektivitäts- und Wirksamkeitsstudien**