



Depressionsrisiko Ehe

Die Zunahme psychischer Erkrankungen bei Frauen macht ein Umdenken in der Behandlung nötig. Weg vom Rollenklischee – hin zu einer Behandlung, die den besonderen Anforderungen weiblicher Betroffener gerecht wird. Die Psychiaterin Gabriele Fischer im Gespräch mit Teresa Arrieta.

Frau Professor Fischer, die Gleichbehandlung von Mann und Frau hat sich in der Psychiatrie noch kaum durchgesetzt. Welche Nachteile erwachsen den Patientinnen daraus?

Psychopharmaka werden kaum an Frauen getestet. Aber die hormonelle Situation von Frauen und Männern unterscheidet sich grundlegend, zudem ist auch die Körperfett- und Wassergehaltsverteilung anders. Deswegen wirken Medikamente bei Frauen und Männern anders. So sprechen Frauen beispielsweise vor dem Wechsel weniger gut auf trizyklische Antidepressiva an, sie leiden stärker unter Nebenwirkungen wie trockenem Mund oder auch sexueller Lustlosigkeit. Das hat den Nachteil, dass Frauen in der Folge Therapien häufiger abbrechen. Bei den Antidepressiva wie SSRI und der neuesten Generation – jener mit dualen Wirkmechanismus – ist das schon besser. Bei

Männern hingegen treten bei Letzterer häufiger Erektions- und Ejakulationsstörungen als Nebenwirkung auf.

Viele psychiatrische Erkrankungen kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern ...

Frauen sind bis zu zweimal so häufig von affektiven Störungen betroffen: Depression, Angst, Phobien ... Bei Essstörungen wie Anorexie oder Bulimie sind rund 90% der Betroffenen weiblich, unter den Medikamentenabhängigen finden sich bis zu 70% Frauen. Bei Alkoholerkrankungen und anderen Substanzabhängigkeiten haben wir hingegen bis zu 75% Männer. Speziell für Frauen besteht durch die Doppel- und Dreifachbelastung ein besonderes psychiatrisches Risiko: Burn-out, Mobbing, gefolgt von Depressionen bis hin zur Medikamentenabhängigkeit.

Von Depressionen sind doppelt so viele Frauen betroffen wie Männer. Welche Erklärungen gibt es dafür?

Ein Erklärungsansatz ergibt sich durch die hormonellen Schwankungen, denen eine Frau ihr Leben lang ausgesetzt ist und die ihre Gemütslage stark beeinflussen. Aber die Biologie allein ist nicht Begründung genug: Die Ehe stellt beispielsweise für Frauen ein erhöhtes Depressionsrisiko dar, wie Untersuchungen zeigen – für Männer bietet das Verheiratetsein hingegen einen Schutz vor depressiver Erkrankung. Für junge Frauen verstärkt sich das Risiko noch mehr, wenn Mehrfachbelastungen wie Berufstätigkeit, Vorschulkinder und pflegebedürftige Verwandte hinzukommen. Doch auch hier gibt es interessante kulturelle Unterschiede: In mediterranen Ländern und auf dem Land, wo der Hausfrau-und-Mutter-Rolle noch ein

größerer sozialer Status zukommt, ist das weibliche Depressionsrisiko geringer. Aber generell senkt Berufstätigkeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen in allen Zivilstandskategorien die Depressionsraten.

Männer leben Depressionen ja anders als Frauen ...

Depression wird bei Männern häufig kaum erkannt. Depressive Krisen äußern sich bei Männern in erhöhter Risikobereitschaft, ständigem Gereiztsein, Wutanfällen oder innerem Rückzug. Untersuchungen der letzten Jahre deuten darauf hin, dass Ärgerattacken bei Männern eine Ähnlichkeit mit Panikattacken aufweisen: Es kommt zu Schwitzen, Erröten, Engegefühl im Brustraum und Herzrasen. Depressiven Männern gelingt auch häufiger der Suizid, weil sie gewaltvollere Mittel in der Umsetzung anwenden – bei Frauen bleibt es oft beim Selbstmordversuch mittels Medikamenten, wo die Überlebenschance höher ist.

Die psychiatrischen Meinungen zur Depression nach dem Wechsel sind sehr unterschiedlich ...

Die menopausale Depression, von der viele reden, gibt es nicht. Früher hieß es immer, die Frauen würden stark an ihrer Gebärfähigkeit hängen und ihren Tag nicht mehr zu strukturieren wissen, wenn die Kinder aus dem Haus sind. Natürlich ruft der Wechsel körperliche Veränderungen und Beschwerden hervor, die man jedoch behandeln kann. Aber in seelischen Belangen erleben Frauen ganz im Gegenteil häufig eine Form der Befreiung, wenn sie aller Betreuungspflichten entledigt sind. Sie brauchen auch nicht mehr zu verhüten und es kommt zu relativ höheren Testosteronspiegeln; das führt sogar zu einer gewissen Hypersexualität. Männer sagen zwar häufig, sie erlebten das nicht so, dass ihre Frauen eine erhöhte Libido zeigen – ja, dann müssen sie sich fragen, welche Rolle sie in diesem Kontext einnehmen ...

Sie sind Suchtexpertin: Wo liegen die pharmakologischen Unterschiede zwischen Mann und Frau?

Lange Zeit waren viermal so viele Männer von Suchterkrankungen betroffen. Heute holen die Frauen auf. Das hängt mit der Emanzipation zusammen: Frauen übernehmen hier männliche Verhaltensmuster. Früher haben sie bei Überforderung oder Erschöpfungszuständen zu Medikamenten – häufig

Beruhigungsmitteln – gegriffen. Heute tendieren sie ebenso wie die Männer mehr zum Alkohol. Faktum ist, dass Frauen, die alkohol- oder substanzabhängig sind, auch stärker stigmatisiert werden. Ein trinkender Mann gilt immer noch als „ganzer Kerl“ und wird gesellschaftlich eher akzeptiert als eine betrunkene Frau. Selbst in Behandlungseinrichtungen scheint das Phänomen zu bestehen, dass man alkoholkranken Frauen gegenüber feindlicher oder auch moralisierender gesinnt ist als betroffenen Männern, wie Untersuchungen zeigen.

Begeben sich Frauen seltener in Entzugstherapie als Männer?

Ja, so ist es! Erstens, weil bei Frauen die Diagnose weniger häufig gestellt wird: Frauen sind „stille“ Trinkerinnen, sie leben ihre Sucht aufgrund des sozialen Stigmas nicht so sehr in der Öffentlichkeit aus. Zweitens macht die schlechtere finanzielle Situation von Frauen einen stationären Aufenthalt nahezu unmöglich – sie fürchten den Verlust des Arbeitsplatzes. Und drittens bestehen große Angst vor Repressalien von Seiten der Behörden (Kindesentzug) sowie persönliche Scham- und Schuldgefühle. Aber bei jenen Patientinnen, die schließlich doch eine Behandlung in Anspruch nehmen, findet man eine größere Motivation als bei Männern.

Wie ist die Situation drogenabhängiger Frauen?

Frauen verbleiben weniger lang in Behandlungsprogrammen, die Begründung ist dieselbe wie im Bereich Alkoholabhängigkeit: Kinderbelastung, wenig Zeit, starke soziale Stigmatisierung. Die Gesellschaft zeigt generell weniger Toleranz für suchtkranke Frauen, häufig nach dem Motto: „Die soll Kinder erziehen!“

Bestehen Unterschiede in der pharmakologischen Behandlung von Suchtkranken?

Frauen brauchen zum Beispiel in der Schwangerschaft häufig zweimal täglich eine Dosis der Opioide, weil das Medikament vom Körper rascher abgebaut wird. Bei Männern genügt eine einmalige tägliche Einnahme. Außerdem sollte die Betreuungsstruktur für suchtkranke Frauen besonders umfassend sein, eine entängstigende Umgebung ist besonders wichtig. Viele suchtkranke Frauen haben ja auch körperliche Übergriffe erlitten, deshalb wären eigene Traumazentren wichtig, wo die Patientinnen ausschließlich

von Frauen behandelt werden. Denn Männer werden in dieser Situation als Bedrohung erlebt. Dass das berechtigt ist, zeigt eine Untersuchung aus der Schweiz, wonach 17% des männlichen Personals in diversen Schweizer Kliniken sexuelle Kontakte mit Patientinnen gehabt haben. Ein erschreckendes Ergebnis, wenn man davon ausgeht, dass es sich hierbei um eingestandene Übergriffe handelt und nahezu jede fünfte Frau im Rahmen ihrer Behandlung in der Psychiatrie davon betroffen ist. Es ist sehr wichtig, im eigenen Arbeitsbereich nicht die Augen zu verschließen.

Bio-Box



Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer
 Fachärztin für Psychiatrie
 und Neurologie
 Zusatzfachärztin für Intensiv-
 medizin, Universitätsrätin, Leiterin
 der Suchtforschung und -therapie,
 Universitätsklinik für Psychiatrie
 & Psychotherapie, MUW/AKH Wien
 Spezialgebiete:

Sucht, Frauen

Tätigkeitsschwerpunkte:

Patientinnen (Etablierung des
 Programms „Schwangerschaft und
 Substanzkonsum“), Forschung,
 Lehre (graduelle und postgraduelle
 Ausbildung)

Ordination:

Tel.: 01/40 400-2117

Zusätzliche Ausbildungen:

Verhaltenstherapie, postgraduelle
 Managementausbildung

Standespolitische Tätigkeiten:

Mitglied des Obersten Sanitätsrats,
 Universitätsrätin der Medizinischen
 Universität Innsbruck

Internationale Kooperationen:

NIDA, WHO, UNO, Europarat, Johns
 Hopkins University, EU-Studien

www.sucht-addiction.info