

Weibliche Rollen und psychische Gesundheit

Anita Riecher-Rössler

- 2.1 Einleitung – 20
- 2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen – 20
 - 2.2.1 Scheinbare Häufigkeitsunterschiede – 20
 - 2.2.2 Echte Häufigkeitsunterschiede – 21
- 2.3 Warum sind depressive Erkrankungen bei Frauen häufiger? – 22
 - 2.3.1 Biologische Einflussfaktoren – 22
 - 2.3.2 Psychosoziale und Geschlechterrollen-Einflüsse – 22
 - 2.3.3 Konzepte von Psychotherapie-Schulen zum Einfluss der Geschlechterrollen – 24
 - 2.3.4 Fazit für die Praxis – 26
- 2.4 Allgemeine Grundlagen geschlechtsspezifischer Betreuungsansätze – 26
- 2.5 Allgemeines Anforderungsprofil an eine geschlechtersensible Psychotherapie – 28
- 2.6 Geschlechterrollen und psychotherapeutische Interaktion – 30
- 2.7 Fazit für die Forschung – 31
- Literatur – 32

Für ihre Hilfe bei der Erstellung und Überarbeitung dieses Manuskripts danke ich Claudine Pfister. – Teile dieses Beitrags sind erschienen in: Riecher-Rössler (2007) (Abdruck von Teilen des Beitrags mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe-Verlags), Riecher-Rössler A (2008) (Abdruck von Teilen des Artikels mit freundlicher Genehmigung von Krause & Pachernegg GmbH) und Riecher-Rössler A (2009) (Abdruck von Teilen des Artikels mit freundlicher Genehmigung des Schattauer Verlags).

2.1 Einleitung

Obwohl die Gesamtlebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen bei Männern und Frauen gleich hoch ist, leiden Frauen häufiger an bestimmten psychischen Erkrankungen, insbesondere an Depression und Angsterkrankungen sowie an Essstörungen.

Am Beispiel depressiver Erkrankungen soll im Folgenden gezeigt werden, dass dies wohl vor allem psychosoziale Gründe hat, die mit der geschlechtsspezifischen Sozialisation und mit Geschlechterrollen zu tun haben. Als entscheidende Risikofaktoren für eine Depression erweisen sich dabei u.a. das im Vergleich zu Männern geringere Selbstvertrauen von Frauen, ihre Neigung zum Internalisieren, Ruminieren und zu Schuldgefühlen. Weitere Risikofaktoren sind abhängige Beziehungsstrukturen, in denen Frauen sowohl privat als auch beruflich häufiger leben als Männer, sowie die Gewalt, der Frauen häufiger ausgesetzt sind.

Häufige Auslöser der Depression bei Frauen sind Rollen- oder Identitätskonflikte mit Diskrepanzerleben zwischen Selbst und Selbstideal, interpersonelle Konflikte und Probleme von Personen im sozialen Netzwerk, während bei Männern eher berufliche und finanzielle Probleme eine Depression auslösen. Interessant ist in diesem Zusammenhang aber, dass sich bei Paaren, die in gleichberechtigten Beziehungen mit wenig Geschlechtsrollenstereotypen leben, die Auslöser zwischen den Geschlechtern nicht mehr unterscheiden. Auch zeigte eine große, weltweit durchgeführte WHO-Studie, dass sich das Depressionsrisiko zwischen Männern und Frauen in denjenigen Ländern angenähert hat, in denen sich traditionelle Geschlechterrollen angleichen (Seedat et al. 2009).

Im Folgenden werden die genannten Zusammenhänge genauer aufgezeigt und mögliche Konsequenzen für die Prophylaxe und die Psychotherapie psychischer Erkrankungen bei Frauen erörtert.

2.2 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«. Die Ursachen dieser Geschlechtsunterschiede sind vielfältig, wobei zwischen scheinbaren und echten Unterschieden zu differenzieren ist.

2.2.1 Scheinbare Häufigkeitsunterschiede

In vielen Fällen handelt es sich lediglich um **vorgetäuschte Unterschiede**, etwa durch geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erhebung und Interpretation von Daten oder bei der Diagnosestellung. Auch zeigen verschiedene Studien, dass Frauen ihre Beschwerden besser wahrnehmen, bereitwilliger darüber berichten und vor allem schneller Hilfe in Anspruch nehmen als Männer (Übersicht bei Riecher-Rössler u. Bitzer 2005a).

So gibt es etwa bezüglich der bei Frauen häufigeren Depression Befunde, dass Frauen schneller Hilfe suchen als Männer, sich besser an depressive Symptome erinnern und diese eher berichten (Übersicht bei Riecher-Rössler u. Bitzer 2005a). Zudem finden sich 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. Auch Ärztinnen

und Ärzte sind offensichtlich Rollenstereotypen unterworfen: Bei identischer Schilderung der Beschwerden wird bei Frauen schneller eine Depression diagnostiziert als bei Männern (Swami 2012). Schließlich wird diskutiert, ob bei Männern die Depression zum Teil durch Alkohol-erkrankungen maskiert wird (Übersicht bei Riecher-Rössler u. Bitzer 2005a).

Insbesondere bei Studien, die sich auf Daten zur Inanspruchnahme von Hilfe stützen, ist zu berücksichtigen, dass auch das Versorgungssystem selbst zu einer geschlechtsspezifischen Patientenselektion beitragen kann, indem bestimmte Angebote attraktiver für Frauen sind.

2.2.2 Echte Häufigkeitsunterschiede

Auch nach Ausschluss der genannten Artefakte verbleiben aber immer noch beträchtliche **echte Geschlechtsunterschiede** in Inzidenz und Prävalenz. So weisen die Ergebnisse der großen epidemiologischen Studien mit zuverlässiger Methodik (standardisierte Fragebogen, standardisierte Diagnosesysteme, geschulte Interviewer, repräsentative Bevölkerungserhebungen) in die gleiche Richtung (Seedat et al. 2009; Bijl et al. 1998; Kessler et al. 1994; Meyer et al. 2000; Robins u. Regier 1991; Wittchen et al. 1992, 1998): Depression und Dysthymie, Angst- und Essstörungen sowie körperbezogene und Somatisierungsstörungen sind bei Frauen durchwegs häufiger; dagegen sind Alkohol- und Drogenprobleme sowie dissoziales Verhalten bei Männern eher anzutreffen. Ein eher ausgeglichenes Geschlechterverhältnis zeigen hingegen die Psychosen.

Festzuhalten ist dabei, dass die Gesamtlebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen bei Männern und Frauen mit 40 bis fast 50% etwa gleich hoch ist. Das heißt: Über 40 von 100 Menschen – Männer wie Frauen – leiden mindestens einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung.

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören dabei die affektiven Störungen. Hier ist 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 (Robins u. Regier 1991). Zu noch höheren Prävalenzen kam die »National Comorbidity Survey«, 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 (Kessler et al. 1994).

Auch bei den Angststörungen liegt das Verhältnis Frauen/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 Geschlechterverhältnis von 0,2–0,5 : 1 bei den Frauen unterrepräsentiert (Riecher-Rössler u. Bitzer 2005a).

Ähnliche Ergebnisse zeigte eine neuere große Studie der WHO, die »Mental Health Survey«, die in 15 Ländern aus allen Kontinenten an insgesamt 72.933 Männern und Frauen durchgeführt wurde. Sie zeigte bei Frauen ein doppelt so hohes Risiko für affektive Erkrankungen (mit Ausnahme der bipolaren Störungen) als bei Männern, und zwar in allen Ländern (Seedat et al. 2009).

Diese echten Geschlechtsunterschiede sind teils biologisch, teils psychosozial und kulturell, häufig aber multifaktoriell bedingt.

➤ **Frauen sind nicht häufiger psychisch krank als Männer – nur anders. Während Frauen mehr an Depression und Angsterkrankungen leiden, sind Männer mehr von Suchterkrankungen betroffen.**

2.3 Warum sind depressive Erkrankungen bei Frauen häufiger?

2.3.1 Biologische Einflussfaktoren

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 (Übersichten bei Riecher-Rössler u. Bitzer 2005b). So wissen wir inzwischen z.B., dass Estradiol, das wichtigste weibliche Sexualhormon, viele Neurotransmittersysteme im Gehirn moduliert, die mit unserem seelischen Befinden zu tun haben. Unter anderem beeinflusst es das dopaminerge, das serotonerge, das noradrenerge und das GABA-erge Transmittersystem sowie die Monoaminoxidase (MAO) und wirkt dadurch nicht nur antidepressiv, sondern wahrscheinlich auch antipsychotisch, aggressionsmildernd und stressprotektiv und kann kognitive Funktionen positiv beeinflussen (Übersichten bei Bergemann u. Riecher-Rössler 2005; Riecher-Rössler u. de Geyter 2007; Riecher-Rössler 2008, 2011; Riecher-Rössler u. Kulkarni 2011).

Was die endokrinologischen Einflussfaktoren bei der **Depression** betrifft, so scheinen Östrogene eher psychotrop und stimmungsstabilisierend zu wirken (Übersicht bei: Bergemann u. Riecher-Rössler 2005; Riecher-Rössler u. de Geyter 2007; Riecher-Rössler et al. 2006, Riecher-Rössler 2008, 2012a, 2013; Kahn u. Halbreich 2005). Es ist daher erstaunlich, dass die Depression vor allem in der fertilen Lebenszeit der Frau häufiger ist, in der sie eigentlich einen Schutz durch ihre Östrogene genießen sollte. Möglicherweise ist es jedoch der immer wieder stattfindende Estradiolabfall im Laufe des weiblichen Menstruationszyklus sowie postpartal und perimenopausal, der bei vulnerablen Frauen labilisierend wirkt (Übersicht bei Bergemann u. Riecher-Rössler 2005; Riecher-Rössler u. de Geyter 2007; Kahn u. Halbreich 2005).

2.3.2 Psychosoziale und Geschlechterrollen-Einflüsse

Von Bedeutung sind offensichtlich schon die frühen Geschlechtsunterschiede in der psychischen Entwicklung, einschließlich der geschlechtsspezifischen Erziehung und Sozialisation von Jungen 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 und vieles mehr.

So kann bezüglich der höheren **Depressionsrate** von Frauen argumentiert werden, dass Mädchen eher zu Passivität, gelernter Hilflosigkeit und geringem Selbstvertrauen erzogen würden, Jungen dagegen eher zu aktivem Coping (Feingold 1994). In der Folge tendierten Frauen dazu, Konflikte zu internalisieren und mit Grübeln und sogenanntem Ruminieren, Schuldgefühlen und Depression zu reagieren (Nolen-Hoeksema 1990, 2012), während Männer eher externalisierten und entweder aktive, teilweise aggressive Bewältigungsstrategien suchten oder aber zu Suchtmitteln griffen.

Mädchen leiden zudem häufiger an Angstsyndromen als Jungen, und zwar schon im Vorschulalter, möglicherweise ebenfalls zum Teil aufgrund einer entsprechenden Erziehung zu vorsichtigem, wenig expansivem Verhalten. Frühe Ängstlichkeit wiederum scheint zu späterer Depression zu prädisponieren (Breslau et al. 1995).

Auch stehen Frauen oft ganz real in starken Abhängigkeiten – etwa in der Partnerschaft oder im Berufsleben –, ohne Möglichkeit der eigenen Beeinflussung und Kontrolle, was das Depressionsrisiko, erhöhen kann, wie wir aus der Depressionsforschung wissen. Überdies

2.3 • Warum sind depressive Erkrankungen bei Frauen häufiger?

sind Mädchen und Frauen häufiger als Männer Unterdrückung, Gewalt, physischem oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt (Garcia-Moreno u. Riecher-Rössler 2013).

Schließlich genießen Frauen gesellschaftlich weniger Anerkennung als Männer, zum Teil auch aufgrund ihres im Mittel niedrigeren beruflichen Status. Häufig werden sie als Zuarbeiterinnen betrachtet. Aber auch, wenn sie dieselbe Arbeit machen wie ihre männlichen Kollegen, verdienen sie im Durchschnitt noch merklich weniger als diese. Sie leben dadurch häufiger unter der Armutsgrenze, insbesondere als alleinerziehende Mütter. Oft erhalten sie weniger soziale Unterstützung durch ihre Partner und Familien, als sie umgekehrt leisten.

All die genannten Faktoren sind aus der Depressionsforschung hinlänglich als Risikofaktoren der Depression bekannt (Übersicht beispielsweise bei: Nolen-Hoeksema 1990; World Health Organization 2000; Kühner 2001).

Frauen sind durch ihre multiplen Rollen – z.B. als Mutter, Partnerin, Ehefrau, Haushälterin, Berufsfrau oder Pflegende für Eltern/Schwiegereltern – oft zahlreichen Stressoren sowie einer allgemeinen Überlastung ausgesetzt. Meist sind sie verantwortlich für die Beziehungspflege in der (Groß-)Familie und im Freundeskreis und erfahren daraus mehr Belastungen. Sogar die Ehe scheint sich auf die seelische Gesundheit von Frauen eher negativ, auf diejenige von Männern eher positiv auszuwirken. Vor allem aber leiden Frauen oft unter erheblichen Rollenkonflikten durch die teils miteinander konkurrierenden Rollen.

So scheinen die **Auslöser** von Depression bei Frauen vor allem sogenannte identitätsrelevante Stressoren zu sein, also Belastungen, die zu Rollen-/Identitätskonflikten führen oder durch die es zu einer Diskrepanz zwischen Selbst und Selbstideal kommt (Thoits 1991). Auch scheinen Frauen besonders durch Probleme anderer im sozialen Netz belastet, eben derer, für die sie sorgen und für die sie sich verantwortlich fühlen, was als »cost of caring« bezeichnet wurde. Studien von Rudolf (2002) zeigen, dass Partnerschafts- und Familienprobleme bei Frauen doppelt so häufig krankheitsauslösende Konfliktsituationen sind wie bei Männern. Sehr spannend ist in diesem Zusammenhang die Studie von Nazroo et al. (1997): Sie fanden ebenfalls, dass Depression bei Frauen häufiger durch Probleme im Bereich Kinder, Reproduktion und Haushalt ausgelöst wird, während dies bei Männern eher Probleme mit Finanzen waren. Diese Geschlechtsunterschiede trafen in Partnerschaften mit traditioneller Rollenverteilung zu – nicht aber, wenn der männliche Partner sich die Aufgaben und Verantwortung mit der Frau teilte.

Berufstätigkeit an und für sich scheint für Frauen eher protektiv zu sein. So konnten Gove und Tudor schon 1973 zeigen, dass ausschließliche Hausarbeit durch den niedrigeren sozialen Status, die geringeren Einflussmöglichkeiten, die stärkere Abhängigkeit und die Rolleneinschränkung ein höheres Depressionsrisiko birgt. Gemäß den Längsschnittstudien von Aneshensel (1986), Pavalko und Smith (1999) sowie Wethington und Kessler (1989) weisen nicht berufstätige Hausfrauen mit hoher Belastung im privaten Bereich das höchste Depressionsrisiko auf, das geringste dagegen berufstätige Frauen mit geringer Belastung im privaten und beruflichen Bereich, während berufstätige Frauen mit hoher Belastung im privaten und beruflichen Bereich ein mittleres Depressionsrisiko zu haben scheinen. Auch aus einer Übersicht von Kühner (2001) ergibt sich, dass Berufstätigkeit den »familiären Stress« reguliert. Multiple Rollen wirken möglicherweise als gegenseitige Stresspuffer.

- **Rollenvielfalt geht eher mit einer guten psychischen Gesundheit einher. Depressionsauslösend können aber Rollenkonflikte sein – vor allem, wenn Frauen versuchen, verschiedene, miteinander konkurrierende Rollen gleichzeitig perfekt zu erfüllen.**

Glynn et al. (2009) zeigen in einer Übersicht, dass **Rollenvielfalt** (Elternschaft, Partnerschaft oder Beruf) eher mit einer guten psychischen Gesundheit einhergeht, während das subjektive Gefühl der **Rollenüberlastung** mit schlechter psychischer Gesundheit assoziiert ist. Entscheidend scheint dabei die **Rollenzufriedenheit** zu sein. Rollenvielfalt bedeutet also nicht unbedingt Rollenüberlastung und Verschlechterung der psychischen Gesundheit. Die möglichen Zusammenhänge sind hier sehr vielfältig. So führt nach der »Rollenstress-Theorie« eine Vermehrung der Tätigkeitsfelder zu Überlastung, Stress und psychischer Belastung. Nach der »Rollenausweitungs-Theorie« dagegen führt eine Vermehrung der Tätigkeitsfelder zu höherem Einkommen, breiterem Wissen, mehr sozialer Unterstützung, mehr Erfolgserlebnissen und besserem psychischen Befinden. Nach der »Rollenpuffer-Theorie« schließlich können verschiedene Rollen gegenseitig den Stress abmildern. Hinzuzufügen wäre u.U. eine »Rollenqualitäts-Theorie«, nach der die objektiven Bedingungen in den verschiedenen Rollen zur subjektiven Rollenwahrnehmung beitragen und damit auch zum subjektiven Befinden und der Rollenbewältigung.

Wie der Fokusbericht »Gender und Gesundheit« des Schweizerischen Bundesamts für Gesundheit (2008) zeigt, hängt es von sehr vielen Faktoren ab, ob eine Mehrfachbelastung durch eine gute Work-Life-Balance positiv bewältigt werden kann; es hängt nicht nur von der Anzahl der Rollen ab, sondern auch vom Partner, von der emotionalen Unterstützung, der gerechten Aufteilung der Familien- und Berufsarbeit, von Anzahl und Alter der Kinder, von den finanziellen Ressourcen, der Arbeitssituation, der Freizeit und den Erholungsmöglichkeiten sowie von individuellen Charakteristika wie Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien und persönlichen Erwartungen. Eine Telefonbefragung bei 716 kanadischen Frauen mit mindestens einem Kind zeigte, dass schlechteres Befinden bei Frauen mit dem Gefühl der Rollenüberlastung, mangelnder Berufstätigkeit oder schlechter Qualität der Tätigkeit, geringem Haushaltseinkommen, schlechter Partnerschaft und Problemen mit Kindern assoziiert ist (Glynn et al. 2009).

Was den Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und Geschlechterrollen betrifft, so zeigt die bereits erwähnte WHO »Women's Mental Health Survey« Erstaunliches: In allen 15 Ländern, die an der Studie beteiligt und auf alle Kontinente verteilt waren, traten depressive Erkrankungen bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern auf. In einigen wenigen Ländern war dieser Geschlechtsunterschied bei den jüngeren Jahrgängen jedoch geringer als bei den älteren, und zwar in den Ländern, die in den letzten Jahren einen Rückgang der traditionellen Geschlechterrollen verzeichneten (gemessen an besseren Bildungschancen für Frauen, mehr Berufstätigkeit von Frauen, Möglichkeiten zur Geburtenkontrolle und höherem Heiratsalter der Frauen). In denjenigen Gesellschaften, in denen sich die Geschlechterrollen von Frauen und Männern annähern, scheint sich auch das Depressionsrisiko beider Geschlechter anzunähern (Seedat et al. 2009).

➤ **Wo sich traditionelle Geschlechterrollen auflösen, sind Frauen weniger depressiv.**

2.3.3 Konzepte von Psychotherapie-Schulen zum Einfluss der Geschlechterrollen

Zum Einfluss von Geschlechterrollen auf die psychische Gesundheit haben sich auch verschiedene psychotherapeutische Schulen geäußert.

Frühe Psychoanalyse So postulierten etwa die frühen Psychoanalytiker, stark vereinfacht, aus der frühen Erfahrung des Penismangels entstehe das mangelnde Selbstwertgefühl der Frau und ihre Neigung zu bestimmten psychischen Erkrankungen. Ohne Überwindung des Penisneides sei mit Akzeptanz der »passiven Objektrolle des Weibes« die psychische Gesundheit einer Frau gefährdet. Frauen, welche diese passive Objektrolle nicht akzeptierten, drohten an einem Männlichkeitskomplex mit Frigidität oder an Neurosen zu erkranken. Auch die häufigere Depression der Frauen wurde zum Teil durch die narzisstische Kränkung aufgrund des fehlenden Penis erklärt (Freud 1925).

Karen Horney (1973) unterscheidet zwischen einem »primären« Penisneid aufgrund des biologischen Mangels und einem »sekundären« Penisneid, mit dem Frauen auf ihre faktischen sozialen Beschränkungen reagierten. Nancy Chodorow (1978) geht davon aus, dass das »asymmetrische Parenting« in unserer Gesellschaft auch eine Rolle für die Entstehung psychischer Erkrankungen spielt. Gemeint ist die Tatsache, dass in den meisten Gesellschaften vor allem Frauen, nämlich Mütter, die Kinder erziehen und dass dies dazu führt, dass die Identitätsbildung bei Jungen und Mädchen unterschiedlich erfolgt. Jungen müssten sich eher vom Weiblichen abgrenzen und lernten dadurch Autonomie, wohingegen Mädchen diese Notwendigkeit nie in gleichem Maße spürten und dadurch eher in symbiotischer Abhängigkeit verharren. Hinzu komme, dass sie sich mit der Mutter als einer Frau identifizieren, die in unserer Gesellschaft als minderwertig betrachtet werde.

Kognitionstheorien Kognitive Theoretiker haben sich mit dem Einfluss des Geschlechts auf Kognitionen, Verhalten und Emotionen beschäftigt. Sie sehen eine der Ursachen für die bei Frauen häufiger beobachtete Passivität und gelernte Hilflosigkeit in der geschlechterrollenspezifischen Sozialisation. Auch betonen sie, dass Frauen Ereignisse und mögliche Bewältigungsstrategien anders, nämlich negativer bewerten als Männer und aus diesem Grund eher Depressionen entwickeln. Sie beschreiben den sogenannten negativen kognitiven Stil von Frauen, in dessen Rahmen Frauen für negative Ereignisse eher stabile, globale und vor allem internale Kausalattributionen machen. Das hieße, dass Frauen häufiger als Männer glauben, dass sie für ein negatives Ereignis verantwortlich sind und dass das immer und in allen Bereichen so ist. Dies führe dazu – so die kognitiven Theorien –, dass Frauen weniger glaubten, etwas durch aktive Beeinflussung ändern zu können, deswegen auch weniger motiviert für solche Änderungen seien, was den Verlauf der Depression negativ beeinflusse (Übersicht bei Riecher-Rössler 2003).

An diesen kognitiven Theorien wurde zum Teil die Kritik geübt, dass die Realität der *tatsächlich* schlechteren Bedingungen bei Frauen häufig unterschätzt werde und auch der soziale Kontext, in dem die Neigung zu dysfunktionalen Kognitionen entstehe (Hurst u. Genest 1995).

Systemische Familientherapie Die systemische Familientherapie hat sich erstaunlicherweise eher wenig mit dem Einfluss von Geschlechterrollen auseinandergesetzt, obwohl Geschlechterrollen gerade für die Struktur und Funktionsweise von Familien besonders wichtig sind. Wie Willutzki (2001) betont, wird damit auch die Machtasymmetrie in Familien in der systemischen Therapie nicht thematisiert. Goodrich et al. (1991) kritisieren an der systemischen Therapie u.a., dass durch Konzepte wie »Komplementarität«, »Zirkularität« oder »Neutralität« und »Allparteilichkeit« die Unterschiede zwischen Verhaltensweisen und ihren Konsequenzen trivialisiert würden, was z.B. bei Gewalt und Abhängigkeit fatal sein kann.

Insgesamt ist zu sagen, dass die großen psychotherapeutischen Schulen sich bisher nur begrenzt mit der Erklärung der Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen und dem Einfluss von Geschlechterrollen beschäftigt haben. Auch wurde die Frage, wie psycho-

therapeutische Techniken für die jeweiligen Geschlechter aufgrund dieser Erkenntnisse zu modifizieren sind, bisher nur unzureichend untersucht.

2.3.4 Fazit für die Praxis

Aus den genannten Befunden ergibt sich klar, dass sowohl unsere Diagnostik als auch unsere Therapien Geschlechtsunterschieden und Geschlechterrollen mehr Bedeutung beimessen sollten. Auch wird deutlich, dass in diesem Bereich noch großer Forschungsbedarf besteht.

2.4 Allgemeine Grundlagen geschlechtsspezifischer Betreuungsansätze

Geschlechtersensible Betreuungsansätze sollten den genannten Einflussfaktoren Rechnung tragen, d.h. sowohl formal als auch inhaltlich Geschlechtsunterschiede in den verschiedensten Bereichen berücksichtigen.

Geschlechtersensible Betreuungsansätze

Geschlechtersensible Betreuungsansätze berücksichtigen u.a.:

Erkrankungshäufigkeit und Erkrankungsalter:

- Erhöhtes Risiko bei Frauen bezüglich Depression, Angst, Essstörungen etc.
- Erhöhtes Risiko bei Männern bezüglich Sucht
- Höheres Erkrankungsalter der Frauen bei Schizophrenie

Psychosoziale Risiko- und Belastungsfaktoren/Geschlechterrollen:

- Geschlechtsspezifische Sozialisation
- Aktuelle soziale Rollen in Partnerschaft, Familie, Haushalt, Beruf einschließlich Rollenveränderungen und Rollenkonflikte
- Sozialer Status
- Sozialer Stress
- Missbrauch, Gewalt

(Krankheits-)Verhalten:

- Geschlechtsunterschiede bezüglich Persönlichkeitsvariablen (z.B. Aggressivität, Selbstsicherheit etc.)
- Krankheitserleben und Krankheitskonzept
- Bewältigungsverhalten einschließlich Compliance/Alliance und Inanspruchnahme
- Selbstvernachlässigung, Vernachlässigung der sozialen Rollen
- Sozialer Rückzug

Komorbidität:

- Drogen- und Alkoholabusus (häufiger bei Männern)
- Suizidrisiko: mehr Suizidversuche bei Frauen, aber mehr vollendete Suizide bei Männern
- Andere psychiatrische und/oder somatische Erkrankungen

Biologische Einflussfaktoren:

- Besonderheiten in Pharmakokinetik und Pharmakodynamik
- Hormonelle Einflüsse
- Sexualität
- Fertilität
- Schwangerschaft/Stillen

Einflüsse des Lebenszyklus:

- Pubertät/junges Erwachsenenalter
- Reproduktionsalter
- Peri-/Post-Menopause
- Alter

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.

Anamnese-Erhebung bei psychisch kranken Frauen

- Geschlechtsidentität (Rolle als Frau, Einstellungen, Verhalten)
- Berufstätigkeit und Zufriedenheit mit beruflicher Situation
- Partnerschaft und ggf. 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 etc.
- 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/Alliance
- Inanspruchnahme von Diensten und etwaige Hindernisse (z.B. mangelnde Kinderbetreuung)

In der Therapie von Frauen sollte man auf die genannten Bedürfnisse individuell eingehen. Zudem erfordern diese Bedürfnisse gleichzeitig oft auch spezielle Betreuungskonzepte, spezielle Settings, ja spezielle Institutionen/Abteilungen (Hofecker-Fallahpour et al. 2005; Mikoteit u. Riecher-Rössler 2008; Nyberg et al. 2008; Riecher-Rössler 2004, 2005, 2012b; Seeman 2004). Die folgende Übersicht listet einige solcher spezifischen Angebote auf.

Betreuungsangebote für psychisch kranke Frauen (Beispiele)

Niederschwellige Betreuungsangebote für Frauen in Bezug auf:

- Psychische Krisen
- Partnerschafts- oder sexuelle Probleme

Frauenspezifische Behandlungsangebote für einzelne Störungsgruppen, z.B. für Frauen mit:

- Essstörungen
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Angebote für Mütter und Väter kleiner Kinder:

- Eltern-Kind-Sprechstunden
- Mutter-(Eltern-)Kind-Stationen, -Tageskliniken und -Tagesstätten
- Gemeindeintegrierte Rehabilitationsprogramme und -zentren für Eltern
- Parenting-Kurse für psychisch kranke Eltern
- Aufsuchende Hilfen für chronisch kranke Eltern
- Kinderbetreuung in psychiatrischen Einrichtungen
- Betreutes Eltern-Kind-Wohnen

Angebote für Frauen aus anderen Kulturkreisen:

- Spezifische Beratungsstellen und Therapieangebote

Angebote für Opfer von Gewalt und Missbrauch:

- Nottelefon
- Spezifische Beratungsstellen
- Frauenstationen oder -bereiche

Interdisziplinäre Angebote durch die Psychiatrie zusammen mit Gynäkologie/Geburtshilfe und/oder mit Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- Interdisziplinäre Sprechstunden
- Konsiliar- und Liaisonangebote

2.5 Allgemeines Anforderungsprofil an eine geschlechtersensible Psychotherapie

Vor dem Hintergrund der geschlechtsspezifischen Risiko- und Einflussfaktoren psychischer Störungen und des starken Einflusses von Geschlechterrollen stellt sich nicht zuletzt auch die Frage, wie Psychotherapie diesen Faktoren generell stärker Rechnung tragen könnte, d.h. geschlechtersensibler sein könnte.

Ganz allgemein zu empfehlen wäre sicherlich, dass Psychotherapie – bei Frauen wie auch bei Männern – den jeweils spezifischen soziokulturellen Kontext berücksichtigen sollte, insbesondere die geschlechtsspezifische Sozialisation und den Einfluss der Geschlechterrollen.

Ziele sollten neben der emotionalen Entlastung bei Frauen speziell auch die **Bearbeitung mangelnden Selbstvertrauens und Selbstbewusstseins** sowie die Entlastung von Versagensgefühlen und Selbstvorwürfen sein. Die Erfahrungen und Konflikte der Patientin sollten dabei immer im Kontext äußerer sozialer Erwartungen einerseits und internalisierter eigener Anforderungen andererseits bearbeitet werden. So entsteht z.B. ein **Rollenkonflikt** zum einen häufig aufgrund der Geschlechtsrollenstereotype und Erwartungen anderer, zum anderen aber

auch oft aufgrund eigener internalisierter **Stereotype**. Beides sollte angesprochen, bewusst gemacht und bearbeitet werden. Generell sollten Patientinnen und Patienten sich ihrer Wertvorstellungen bewusst werden und überprüfen, inwieweit sie durch Geschlechterrollenstereotype mitgeprägt sind, die Problemlösungen erschweren und durch die sie sich oder andere in ihrer Entfaltung behindern. Dadurch können sich oft neue Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

»**Empowerment**« von Frauen sollte in der Therapie gefördert werden durch hohe Transparenz, eine möglichst geringe Hierarchie und wenig belehrende Elemente, durch möglichst starke Einbeziehung der Patientin in die Therapieplanung und den therapeutischen Prozess sowie durch eine allgemeine Unterstützung von aktiver Bewältigung. Patientinnen sollen in der Therapie auch speziell zur Nutzung ihrer vielen positiven inneren und äußeren Ressourcen angeregt werden.

Darüber hinaus gilt es in einer geschlechtersensiblen Psychotherapie, zahlreiche andere Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Insbesondere sollte der Verschiedenheit von Frauen und Männern, dort, wo sie tatsächlich besteht, Rechnung getragen werden. Auf die offensichtlichen biologischen Unterschiede, die sicherlich manchmal das Thema der Psychotherapie bestimmen und bestimmen sollten, soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Die geschlechtsspezifischen sozialen Einflussfaktoren, die in einer Psychotherapie zu berücksichtigen sind, wurden schon am Beispiel der Depression diskutiert. Daneben zeigt die Literatur aber auch zahlreiche psychologische Geschlechtsunterschiede auf, etwa bezüglich Persönlichkeitsfaktoren und emotionalem Ausdrucksverhalten, die eng mit geschlechtsspezifischer Sozialisation und Geschlechterrollen assoziiert sind. Unsere psychotherapeutische Haltung und unser Vorgehen sollten sich davon leiten lassen.

Was zunächst die **Persönlichkeitsfaktoren** betrifft, so spielt hier – wie erwähnt – sicherlich das häufig beobachtete geringere Selbstwertgefühl von Frauen eine große Rolle (Feingold 1994). Therapeutinnen und Therapeuten müssen hierfür besonders sensibel sein und wissen, wie sie darauf eingehen sollen. In diesem Zusammenhang scheint wichtig, dass Frauen offensichtlich stärker von einem positiven Feedback abhängig sind als Männer. Weitere Persönlichkeitsfaktoren, die sich in verschiedenen Studien immer wieder zeigten, waren die geringere Handlungsorientiertheit von Frauen und ihr geringeres Durchsetzungsvermögen (ebd.). Hier brauchen sie offensichtlich spezielle Unterstützung.

Auf der anderen Seite zeigen Frauen eine stärkere Extraversion, Hilfsbereitschaft, Empathiefähigkeit und Beziehungsorientierung (ebd.). All dies sind prinzipiell Stärken, können aber zu stärkeren Belastungen aus dem sozialen Netz führen. Frauen brauchen deshalb manchmal Unterstützung dabei, sich besser abzugrenzen. Gleichzeitig können die genannten Eigenschaften in einer Therapie aber auch als Ressourcen genutzt werden. So ermöglichen die Empathie- und Beziehungsfähigkeit Frauen oft ein besseres Einfühlen in andere und ein besseres Konfliktverständnis. Auch die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin kann sich intensiver gestalten. Beide Faktoren können zu einem intensiveren Therapieprozess beitragen.

Frauen unterscheiden sich im Mittel von Männern auch bezüglich ihres emotionalen Ausdrucks (Kring u. Gordon 1998). Sie sprechen eher über ihre Gefühle, drücken diese im Allgemeinen auch intensiver aus und erinnern eher gefühlsbetonte Situationen. Diesbezüglich müssen in Therapien oft eher die Männer unterstützt werden.

Frauen werden aber auch von negativen Gefühlen anderer stärker berührt, was sie vulnerabler macht. Sie zeigen häufiger und stabiler Angst, Niedergeschlagenheit und Trauer und neigen eher zu Besorgnis. Dagegen können sie weniger gut direkte – zum Teil aber mehr verbale – Aggressivität zeigen. Sie schämen sich häufiger und intensiver, insbesondere bezüg-

lich ihres Körpers, ihrer sozialen Kompetenz und ihrer Leistungen. Und vor allem fühlen sie sich häufiger schuldig (Übersicht bei Riecher-Rössler 2003).

Besonders wichtig scheint auch, in der Ausbildung insbesondere jüngere oder männliche Therapeuten für »frauentypische« **Konflikte** spezifisch zu sensibilisieren, z.B. für solche, die sich bei Rollenübergängen, etwa dem Rollenübergang zur Mutterschaft, ergeben. Rudolf (2002) konnte zeigen, dass bei Frauen in Psychotherapie »Scheitern in Beziehungen«, »Enttäuschungsprotest« und »depressive Ohnmacht« als Lebensproblematiken eine größere Rolle spielen als bei Männern. Therapeuten und Therapeutinnen sollten hierfür hellhörig sein.

Des Weiteren sollten Konflikte – etwa in der Partnerschaft oder im Berufsleben – auf dem Hintergrund der genannten Unterschiede in der Persönlichkeit und im emotionalen Ausdruck von Männern und Frauen verstanden und interpretiert werden. Damit ist gemeint, dass Alltagskonflikte häufig nicht zuletzt auch deshalb entstehen oder sich verschärfen, weil die beteiligten Männer und Frauen sich verschieden ausdrücken bzw. unterschiedlich kommunizieren. Die Wahrnehmung für diese »Geschlechtermissverständnisse« in der Therapie zu schärfen kann oft zur Klärung von Konflikten beitragen.

Wichtig für Therapeutinnen und Therapeuten ist schließlich auch die Kenntnis von Geschlechtsunterschieden in Bezug auf verschiedene **andere krankheits- und behandlungsrelevante Faktoren**. So ließ sich zeigen, dass Frauen ihre Krankheitssymptome im Allgemeinen besser wahrnehmen als Männer und auch eine bessere Krankheitsbewältigung haben. Sie suchen eher Hilfe, zeigen eine bessere Compliance und sind weniger gefährdet durch Sucht oder Suizid (Riecher-Rössler 2001). Obwohl sie mehr Suizidversuche unternehmen, enden diese weniger häufig letal als bei Männern. Auch hier bedürfen eher Männer der Unterstützung.

Nicht zuletzt sollten geschlechtsspezifische Bedürfnisse im **Setting** berücksichtigt werden. So ist es generell, insbesondere aber bei bestimmten Störungen oder in bestimmten Situationen – etwa nach einer Vergewaltigung – wichtig, das Geschlecht des Therapeuten wählen zu können. Oft »gestatten« sich Frauen auch nur eine Psychotherapie, wenn diese während der Schulzeiten der Kinder angeboten wird oder wenn Betreuungsangebote für Kinder vermittelt werden. Auch die Finanzierung der Psychotherapie kann für finanziell abhängige Frauen ein Problem sein. Solche Abhängigkeiten und stereotype Geschlechterrollen gilt es in der Therapie zwar zu hinterfragen und zu bearbeiten, gerade zu Beginn der Therapie sollten diese Einflüsse aber im Setting nicht vergessen und berücksichtigt werden. Manche Therapien sind zum Scheitern verurteilt, wenn der Partner der Patientin nicht rechtzeitig einbezogen und für die Therapie gewonnen wird. Darüber hinaus kann der Partner – gerade bei Frauen mit Kindern – oft viel stärker als Ressource genutzt werden.

2.6 Geschlechterrollen und psychotherapeutische Interaktion

Rudolf (2002) hat interessante Untersuchungen zu der Frage vorgelegt, was geschieht, wenn Frauen und Männer sich in Psychotherapie zu männlichen oder weiblichen Therapeuten begeben. Die Studien basieren auf fast 2.000 ambulanten und stationären Psychotherapie-Patientinnen und -Patienten. Dabei zeigte sich, dass Therapeutinnen generell weniger als ihre männlichen Kollegen dazu neigen, Auffälligkeiten bei Patientinnen und Patienten als pathologisch zu gewichten. Die ausgeprägtesten psychopathologischen Befunde werden von männlichen Therapeuten bei weiblichen Patientinnen gesehen. Männer stufen Frauen also als besonders krank ein. Umgekehrt sehen Therapeutinnen bei männlichen Patienten die geringste Symptomausprägung. Sie erleben Männer also als vergleichsweise weniger krank. Therapeutinnen nannten bei ihren Patientinnen auch häufiger positive Merkmale wie »spontan«, »wandlungs-

fähig«, »beweglich«, »erfinderisch«, »mitfühlend«, »gefühlvoll«, während männliche Therapeuten häufiger die negativen Gegenpole ankreuzten (naiv, schwerfällig, matt, einfalllos usw.). Männliche Therapeuten schätzten Patientinnen und Patienten (vor allem die Männer) sehr viel häufiger als narzisstisch-kämpferisch ein, als weibliche Therapeuten dies taten.

Interessante Ergebnisse berichtet Rudolf auch zum Einfluss des Geschlechts des Therapeuten auf die Besserung im Laufe der Therapie. Diese Untersuchungen beschränken sich allerdings auf stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit sozialer Ängstlichkeit, bei denen gleichzeitig Beziehungsängste sowie eine Verunsicherung der Geschlechtsidentität vermutet wurden. Hier zeigte sich ein deutlich besseres Ergebnis bei den Männern, die von Therapeutinnen behandelt wurden, als bei allen anderen Geschlechterkombinationen – zumindest gemessen an der Symptomverringerung auf der Skala »Ängstlichkeit im Kontakt«. Im Gegensatz dazu wurde aber aus Patientenperspektive gegen Ende der Therapie die Arbeitsbeziehung in der Konstellation weiblicher Patient/männlicher Therapeut am besten eingeschätzt.

2.7 Fazit für die Forschung

Die verschiedenen hier referierten Theorien und Befunde sind kritisch zu reflektieren und zu überprüfen. So gibt es Forschung zu geschlechtsspezifischen Einflussfaktoren auf psychische Erkrankungen bisher fast nur bezüglich der Depression. Auch mangelt es vielen Studien noch an methodischer Exaktheit.

Bezüglich der angeblich negativeren Kognitionen bei Frauen ist beispielsweise noch ungewiss, inwieweit die Forschung ein Geschlechterrollenstereotyp unkritisch perpetuiert: Zum Teil wurde nicht kontrolliert, inwieweit die Probandinnen einfach im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet haben, also z.B. ihre Schuldgefühle eher erwähnt und stärker betont haben, schlicht deshalb, weil dies von Frauen so erwartet wird.

Des Weiteren ist die Kausalkette oft nicht ganz klar. So wird etwa ein vergleichsweise passiver Bewältigungsstil schon bei kleinen Mädchen beobachtet, die Depressionshäufigkeit steigt aber erst nach der Pubertät. Hier scheinen also weitere Einflussfaktoren eine Rolle zu spielen, z.B. die sexuelle Reifung und ihre Folgen. Das heißt, die Theoriebildung berücksichtigt zu wenig die bio-psycho-sozialen Interaktionen, wie sie oft auch die soziale Realität vernachlässigt.

Die Gefahren einer unkritischen Theoriebildung sind vielfältig. Wenn z.B. die geschlechtsspezifische Sozialisation und reale soziale Benachteiligungen vernachlässigt werden, so werden gefundene Geschlechtsunterschiede leicht fehlinterpretiert: Auffälligkeiten werden dem Geschlecht per se zugeschrieben anstatt den mit dem Geschlecht assoziierten psychosozialen Einflussfaktoren. Im Extremfall können die durch solche Forschung gefundenen »Geschlechtsunterschiede« dann in einer Art Zirkelschluss sogar zur Rechtfertigung sozialer Ungleichheit verwendet werden. Es ist also stets zu bedenken, dass das Geschlecht im Sinne eines psychosozialen »Gender« auch »gemacht« wird. Feministinnen haben dafür den Begriff des »Doing Gender« geprägt (West u. Zimmermann 1987), was in etwa bedeutet, dass Frauen dazu tendieren, sich so zu verhalten, wie sie sich laut Geschlechterrollenstereotyp verhalten sollen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, sich mit Normen und Bewertungen von Verhalten kritisch auseinanderzusetzen. So ließ sich zeigen, dass das gleiche Verhalten von Frauen und Männern gesellschaftlich nicht gleich bewertet wird (Hare-Mustin u. Marecek 1998). »Männliches« Verhalten scheint überwiegend als Norm akzeptiert, »weibliches«, z.B. weniger selbstbewusstes Verhalten im Vergleich dazu als defizitär bewertet zu werden (Willutzki 2001). Frauen geraten hierdurch leicht in eine »Double-bind«-Situation: Verhalten sie sich

etwa in einer Führungsrolle nicht ausgesprochen durchsetzungsfähig, werden sie schnell als »typisch weiblich schwach« eingestuft – sind sie dagegen führungsstark, werden sie schnell als »schwierig« beurteilt.

Betont werden muss schließlich immer wieder, dass es große individuelle Unterschiede gibt und dass die gefundenen Unterschiede nur Mittelwerts-Unterschiede sind, dass die Überlappung zwischen Männern und Frauen, das Gleiche, das Ähnliche, sicherlich sehr viel stärker ist als die Unterschiede. Wenn die Unterschiede zu sehr betont werden und vor allem wenn sie nicht in ihrer Ursache kritisch hinterfragt werden, kann dies zur Perpetuierung von Geschlechterrollenstereotypen führen.

Literatur

- Aneshensel CS (1986) Marital and employment role-strain, social support, and depression among adult women. In: Hobfoll S (Hrsg) *Stress, social support, and women*. Hemisphere, Washington, DC, pp 99–114
- Bergemann N, Riecher-Rössler A (Hrsg) (2005) *Estrogen effects in psychiatric disorders*. Springer, Wien, New York
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33(1): 1–12
- Breslau N, Schultz L, Peterson E (1995) Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Res* 58(1): 1–12
- Chodorow N (1978) *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology gender*. University of California Press, Berkeley
- Feingold A (1994) Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological bulletin* 116(3): 429–456
- Fokusbericht *Gender und Gesundheit* (2008). Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Freud S (1925) Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds. *Int Zeitschrift für Psychoanalyse*, Bd 11 (4): 401–410
- Garcia-Moreno C, Riecher-Rössler A (Hrsg) (2013) *Violence against women and mental health*, Bd 178. Key Issues in Mental Health. Karger, Basel
- Glynn K, Maclean H, Forte T, Cohen M (2009) The association between role overload and women's mental health. *J women's health* 18(2): 217–223
- Goodrich TJ, Rampage C, Ellman B, Halstead K (1991) *Feministische Familientherapie*. Campus, Frankfurt
- Gove WR, Tudor J (1973) Adult sex roles and mental illness. *Am J Sociol* 73: 812–835
- Hare-Mustin RT, Marecek J (1998) The meaning of difference. *Gender theory, postmodernism, and psychology*. In: Clinchy BM, Norem SK (Hrsg) *Gender and psychology*. New York University Press, New York, S 125–143
- Hofecker-Fallahpour M, Zinkernagel C, Frisch U, Neuhofer C, Stieglitz RD, Riecher-Rössler A (2005) Was Mütter depressiv macht... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch. Huber, Bern
- Horney K (1973) The flight from womanhood: the masculinity-complex in women as viewed by men and women. In: Miller JB (Hrsg) *Psychoanalysis and women*. Penguin, London, S 5–20
- Hurst SA, Genest M (1995) Cognitive-behavioural therapy with a feminist orientation: a perspective for therapy with depressed women. *Can Psychol* 36: 236–257
- Kahn L, Halbreich U (2005) Estrogen's effect on depression. In: Bergemann N, Riecher-Rössler A (Hrsg) *Estrogen effects in psychiatric disorders*. Springer, Wien, New York, S 145–173
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51 (1): 8–19
- Kring AM, Gordon AH (1998) Sex differences in emotion: expression, experience, and physiology. *J Pers Soc Psychol* 74(3): 686–703
- Kühner C (2001) Affektive Störungen. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg) *Klinische Psychologie der Frau – ein Lehrbuch*. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S 165–208
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U (2000) Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS study. *Der Nervenarzt* 71(7): 535–542
- Mikoteit T, Riecher-Rössler A (2008) Mutter-Kind-Behandlungsangebote in der Psychiatrie – Erfahrungen in Basel (Treatment options for mother and child in psychiatry: Experiences in Basel). *Nervenheilkunde* 27(6): 513–519

- Nazroo JY, Edwards AC, Brown GW (1997) Gender differences in the onset of depression following a shared life event: a study of couples. *Psychol Med* 27(1): 9–19
- Nolen-Hoeksema S (1990) Sex differences in depression. Stanford University Press, Stanford
- Nolen-Hoeksema S (2012) Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Ann Rev Clin Psychol* 8: 161–187
- Nyberg E, Hartman P, Stieglitz R, Riecher-Rössler A (2008) Screening Partnergewalt. Ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen (Screening domestic violence. A German-language screening instrument for domestic violence against women). *Fortschr Neurol Psychiatr* 76(1): 28–36
- Pavalko EK, Smith B (1999) The rhythm of work: health effects of women's work dynamics. *Social Forces* 77: 1141–1162
- Riecher-Rössler A (2001) Warum brauchen wir eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. In: Rohde A, Riecher-Rössler A (Hrsg) *Psychische Erkrankungen bei Frauen – Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*. S. Roderer Verlag, Regensburg, S 41–54
- Riecher-Rössler A (2003) Psychotherapie von Frauen – Chancen und Grenzen der Geschlechtersensibilität. *Psychodyn Psychother* 2: 91–101
- Riecher-Rössler A (2004) Geschlechtersensible Betreuungsansätze. In: Rössler W (Hrsg) *Lehrbuch Psychiatrische Rehabilitation*. Springer, Berlin, Heidelberg, London, New York, Zürich, S 466–477
- Riecher-Rössler A (2005) Psychotherapie für Frauen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg) *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Elsevier Urban & Fischer, München, Jena, S 105–117
- Riecher-Rössler A (2008) Östrogene in der Psychiatrie – Psychopharmaka in der Gynäkologie? *The Medical Journal (TMJ)* 3: 27–30
- Riecher-Rössler A (2011) Psychoprotektive Effekte von Östrogenen. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 12(2): 152–156
- Riecher-Rössler A (2012a) Psychische Erkrankungen in der Menopause. In: Dorn A, Kimmich-Laux D, Richter-Appelt H, Rauchfuss M (Hrsg) *Die Psyche im Spiegel der Hormone. Beiträge der 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPGF e. V.)*. Mabuse, Frankfurt am Main, S 37–50
- Riecher-Rössler A (Hrsg) (2012b) *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Karger, Freiburg, Basel
- Riecher-Rössler A (2013) Psychosoziale und hormonelle Auslöser: Depression bei Frauen – was sollte der Hausarzt wissen? *HAUSARZT PRAXIS* 1: 11–13
- Riecher-Rössler A, Bitzer J (2005a) Epidemiologie psychischer Störungen bei Frauen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg) *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Elsevier, Urban & Fischer, München, Jena, S 21–29
- Riecher-Rössler A, Bitzer J (2005b) *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Elsevier, Urban & Fischer, München, Jena
- Riecher-Rössler A, de Geyter C (2007) The forthcoming role of treatment with oestrogens in mental health. *Swiss Med Wkly* 137(41–42): 565–572
- Riecher-Rössler A, Kulkarni J (2011) Estrogens and gonadal function in schizophrenia and related psychoses. In: Jo Neill J, Kulkarni J (Hrsg) *Biological Basis of Sex Differences in Psychopharmacology*, Bd 8. *Curr Top Behav Neurosci (CTBN)*. Springer, Heidelberg, S 155–171. doi: 10.1007/7854_2010_100
- Riecher-Rössler A, Kuhl H, Bitzer J (2006) Psychische Störungen in Zeiten hormoneller Umstellungen – eine selektive Übersicht. *Neuropsychiatr* 20(3): 155–165
- Robins L, Regier D (1991) *Psychiatric disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. The Free Press, New York
- Rudolf G (2002) Gibt es nachweisbar Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit in der Psychotherapie? In: Schweizer Charta für Psychotherapie, Fortbildungsausschuss (Hrsg) *Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Perspektive?* Edition Diskord, Tübingen
- Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Medina Mora ME, Ono Y, Ormel J, Pennell BE, Posada-Villa J, Sampson NA, Williams D, Kessler RC (2009) Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 66(7): 785–795
- Seeman M (2004) Schizophrenia and motherhood. In: Göpfert M, Webster J, Seeman M (Hrsg) *Parental psychiatric disorder*. 2. Aufl. Cambridge University Press, Cambridge
- Swami V (2012) Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample. *PLoS one* 7(11): e49779

- Thoits PA (1991) On merging identity theory and stress research. *Soc Psychol Quart* 54: 101–112
- West C, Zimmermann DH (1987) Doing gender. *Gender and Society* 1: 125–151
- Wethington E, Kessler RC (1989) Employment, parental responsibility, and psychological distress. *J Family Issues* 10: 527–546
- Willutzki U (2001) Feministische Perspektiven für die psychosoziale Versorgung. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg) *Klinische Psychologie der Frau – ein Lehrbuch*. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S 689–715
- Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M (1992) Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 241(4): 247–258
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 28(1): 109–126
- World Health Organization: *Women's mental health: an evidence based review* (2000). World Health Organization, Geneva