

ENGELTHALER

Rundschau

Nachrichten aus der Frankenalb-Klinik Engelthal

2020 / Ausgabe 34



Geschlecht und Psyche 2020

- ▼ Rollenbilder – erlernt oder vererbt?
- ▼ Antidepressiva und Geschlecht
- ▼ Transidentität
- ▼ Männerdepression
- ▼ Geschlecht und Beruf





Titelbild „Human“ von Sönke Lucht

Bilder und Fotografien:

S. 5, 8, 9, 26, 27: Aylin Yilmazel

S. 16, 20: Sönke Lucht

S. 13, 14, 18, 22, 24: Anita M. Franz



Inhalt

- ▼ Wir werden nicht als Mädchen*Jungen geboren ... 4–6
Vorbilder, (Geschlechts)Rollen, (Ver)wünschungen
- ▼ Geschlechtsunterschiede und Antidepressiva – 7–10
wirken die Medikamente bei Frauen anders als bei Männern?
- ▼ Ganz Gleich, in welchem Alter: 11
Es ist nie zu spät, mit Sport zu beginnen!
- ▼ Transidentität 12–13
Ein kleiner Ausflug in meine psychotherapeutische Praxis
- ▼ Männerdepression 14–15
- ▼ Typisch Mann, typisch Frau – oder was?! 16–18
- ▼ Gender, Sprache, Psychotherapie 19–21
- ▼ VIVE LA DIFFERENCE 22–23
Männer in Pflegeberufen – (fast) allein unter Frauen
- ▼ Welche Rolle spielt das Geschlecht? 24–25
Die berufliche Gleichstellung von Frauen und Männern
- ▼ Gestaltung von Mann und Frau 26–27
Die Rolle des Geschlechts in der Bildsprache
- ▼ Veranstaltungshinweise / Künstler*innen dieser Ausgabe / 28
Impressum

Wir haben uns um eine gendergerechte Sprache bemüht. Falls doch der Begriff Patient, Mitarbeiter, Arzt und sonstige Funktionsbezeichnungen in der Broschüre verwendet wurde, steht er für alle Geschlechter gleichermaßen.

© Bezirkskliniken Mittelfranken

Liebe Leserinnen und Leser,

„Das ist ja mal wieder typisch Mann!“ – kommt Ihnen dieser Satz bekannt vor? Comedians auf der ganzen Welt füllen ihre Programme, indem sie typische Verhaltensweisen von Männern und Frauen überspitzt darstellen und das Publikum zum Lachen bringen. Und wenn wir ehrlich sind: Man findet sich in der ein oder anderen Pointe wieder.

Auch wenn wir uns in Bezug auf unsere Vorurteile und unser Schubladendenken immer wieder prüfen sollten, gibt es tatsächlich geschlechterspezifische Unterschiede. In unseren Kliniken und Heimen helfen wir Tag für Tag Männern, Frauen und Menschen, die sich dem dritten Geschlecht zugehörig fühlen. Jeder von ihnen geht anders mit einer psychischen Erkrankung um und erlebt diese differenziert.

Unseren multiprofessionellen Teams, bestehend aus Therapeuten, Ärzten und Pflegekräften, kommen daher mehrere Rollen zu, wenn sie einen Patienten das erste Mal treffen: Nicht nur die individuellen Faktoren, wie

Lebensgeschichte, kulturelle Hintergründe oder Familienstand müssen Beachtung finden, sondern auch geschlechterspezifische Unterschiede.

Dabei geht es nicht nur darum, das Gefühlsleben jedes Einzelnen nachzuempfinden: Depressionen äußern sich beispielsweise bei Männern anders als bei Frauen. Während Frauen sich häufig eher zurückziehen, neigen Männer zu Wut, Aggression und auch selbstzerstörerischem Verhalten. Es existiert daher sogar der Begriff der „male depression“.

Wiederum anders sieht es bei diversen Menschen aus. Wie erkläre ich beispielsweise meinen Eltern, dass ich Transgender bin? Was ist, wenn ich mich weder als Mann noch als Frau fühle? Seit der Gesetzesänderung im vergangenen Jahr können Betroffene zumindest rechtlich ihren Pass anpassen lassen.

Doch wie bei psychischen Erkrankungen gibt es auch in diesem Bereich noch sehr viele Vorurteile und Stigmata. Statt Unterstützung erfah-

ren Betroffene dann Ausgrenzung – was wiederum zu einer großen psychischen Belastung führt.

Liebe Leserinnen und Leser, Sie sehen wie komplex sich psychische Erkrankungen im Bezug auf die Geschlechterrolle auswirken können.

Auf den kommenden Seiten erfahren Sie mehr darüber und erleben aus verschiedenen Perspektiven, wie psychische Erkrankungen, die Wahrnehmung der eigenen Person und das Umfeld zusammenhängen.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen.

Ihr

Dr. Matthias Keilen
Vorstand
Bezirkskliniken Mittelfranken

WIR WERDEN NICHT ALS MÄDCHEN*JUNGEN GEBOREN ...

(Frei nach Simone de Beauvoir „Das andere Geschlecht“)

VORBILDER, (GESCHLECHTS)ROLLEN, (VER)WÜNSCHUNGEN

In der Familie machen Kinder unterschiedliche prägende Erfahrungen. Sie verinnerlichen die Beziehungsmuster, die sie bereits in vorsprachlichen Jahren erleben, entwickeln ein „Bild der anderen“ ebenso wie Überzeugungen darüber, wie sie selbst sind, welche Talente oder Defizite sie haben oder ob sie willkommen sind

oder stören. Gleichzeitig bilden sich auch Einstellungen gegenüber dem eigenen Geschlecht, dem eigenen Körper, dem „typisch“ Weiblichen und „typisch“ Männlichen oder dem Anders-sein. Diese Schemata, zunächst von den frühen Bezugspersonen verkörpert oder verkündet, werden Bestandteile der eigenen un-

bewussten psychischen Innenwelt. Sie sind Grundlage für Idealbilder, Beziehungen und Erwartungen, aber auch für innere Konflikte – wenn z. B. das eigene Erleben und Begehren in die vorgegebenen Schemata nicht hineinpasst.

Die kurzen Profile sollen ein Spektrum von Bedingungen und Folgen früher Prägungen für die Geschlechtsrolle und Beziehungsgestaltung aufzeigen.

Melli (32), zwei Kinder, sucht die PIA auf wegen Schlafstörungen, Grübeln mit Selbstvorwürfen und Stimmungsschwankungen. Seit der Trennung vom Exmann vor einem Jahr gebe es schwere Konflikte um Erziehung, Sorgerecht, Aufenthalt etc. Sie zeigt ein Foto ihres Sohnes, Paul, fünf Jahre alt – ein hübsches Kind mit langen schwarzen Locken, rosa Leggings und Rüschenpulli. Sie erzählt, er sei sensibel, schminke und verkleide sich fürhalten solle er in den Montessori Kindergarten, da er im „normalen“ Kindergarten drangsaliert werde. Der Vater sei dagegen: Dem Sohn solle so etwas ausgetrieben werden, er solle zum Fußball. Ihre Tochter Leonie, sieben Jahre alt, lebt seit der Trennung beim Vater, kommt nur an den Besuchswochenenden – ein Beschluss von Jugendamt und Gericht. Sie war früher sportlich, neugierig und auf Abenteuer aus. Inzwischen sei sie verschlossen und in sich gekehrt. Sie kompensiere mit Süßigkeiten – habe stark zugenommen. Melli sieht sich vor den Trümmern ihres Familientraums, ohne die Chance, den Kindern Geborgenheit zu geben.

Gisela (61) kommt wegen Erschöpfung und Depression in die PIA. Sie stammt aus einer streng katholischen Familie von Vertriebenen aus Ostpreußen. Sie war zweimal verheiratet, ist zweimal geschieden – das hat die Familie nicht akzeptiert. Auf offene Ablehnung folgte Ausgrenzung. Der jüngste Sohn Niko (24) lebt noch bei ihr, habe keine Freundin. Sie Sorge sich, dass er schwul sei, das wäre eine Katastrophe. Geredet wird darüber nicht.

Bärbel (54) hat eine Borderline Erkrankung. „Meine jüngeren Brüder hatten Freizeit, ich durfte putzen, war das Kindermädchen. Meine Mutter war hart, sie konnte ihre Kinder nicht in den Arm nehmen. Umarmungen zwischen den Eltern habe ich nie gesehen. Ich war wohl nicht das Mädchen, das sie wollte, mit Kleidchen und Zöpfchen, bin lieber auf Bäume geklettert.“



Britta (38) kommt wegen psychosomatischen Beschwerden, Depression und Ängsten in die PIA. Sie befindet sich in einem Abwärtsstrudel, ihr Selbstbewusstsein sei zerstört, vielleicht weil sie eine Perfektionistin sei und ihr eigener schlimmster Kritiker. Sie war nach drei wesentlich älteren Geschwistern die Nachzüglerin. Alle hätten früh geheiratet und Familien gegründet, nur sie sei die „alte Tante“. „Nimm dich mehr zurück“, sagt die Mutter, „dann bleiben die Männer bei dir.“ Von ihr hat sie viele abwertend-kritische Kommentare gehört über ihr Aussehen, ihre Berufswahl, ihre Freunde. In der Familie gelte Frau nur etwas, wenn sie Mann und Kinder vorweisen könne.

Sebastian (45) hat wegen rezidivierender Depressionen mehrere stationäre und tagesklinische Behandlungen hinter sich. Er nimmt Medikamente, erlebt aber immer wieder dunkle Phasen, in denen er kaum seine Arbeit schafft – 32 Wochenstunden bei einem Technikonzern. Vor den Therapien habe er versucht, es allen recht zu machen, den anderen zu gefallen. Er habe Kontakt zur Familie gehalten, die Kollegen unterstützt. Inzwischen sei ihm klar, wie wenig zurückkommt, wie er dadurch seine Energie aufgebraucht hat.

Die jungen Eltern waren an dem kleinen Sohn nicht interessiert, „mussten“ wegen ihm heiraten. „Du warst ein Unfall“, sagt die Mutter, „ich wollte keine Kinder.“ Er ist mit einer jüngeren Schwester aufgewachsen, die mehr beachtet und geliebt wurde. Die Mutter habe sie wie ein Püppchen zurechtgemacht und verwöhnt. Der Vater war wenig daheim, außer der Arbeit gab es noch Motorsport und Feiern – für den Sohn blieb keine Zeit. Er habe mit allem allein klarkommen müssen, keine Probleme machen sollen. Er bemühte sich, diesen Erwartungen zu entsprechen, innerlich sei er einsam und verloren gewesen.

Chartu (26) kommt aus Afrika. Er ist auf unserer Krisenstation wegen Ängsten, Alpträumen und Suizidgedanken. Er ist seit Jahren auf der Flucht – seine große Familie, neun Geschwister, sind größtenteils verschollen oder tot. In der Kindheit machten die Geschwister alles gemeinsam. Jetzt hat er diese Zusammengehörigkeit und damit einen Teil seines sicheren Bezugsrahmens verloren. Nach Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen gefragt, sagt er: „Meine Schwestern hatten keine Chancen, eine wurde auf der Straße entführt und zwangsverheiratet. Eine wurde von Soldaten vergewaltigt und getötet. Fast alle wurden genital verstümmelt. Nur der Jüngsten blieb das erspart – auf meine Fürsprache hin – sie durfte zur Schule gehen und lesen lernen. In meinem Land leben 85 % der Menschen auf dem Land, viele sind arm, ohne Wasser, Gesundheitsversorgung, Bildung. Die meisten Mädchen gehen nicht zur Schule, arbeiten von klein auf. Es gibt viel Gewalt, keine Sicherheit, keine Rechte. Hier in Deutschland ist alles anders, ob Mann, ob Frau – alle sind Menschen. Das ist gut.“

In der Psychotherapie sprechen wir oft über Erwartungen bzgl. Wohlverhalten, Funktionieren und Leistung, mit denen wir während unserer Entwicklung konfrontiert waren. Ebenso wichtig sind geschlechtsspezifische Erwartungen während der prägenden frühen Jahre. Wie sollen sich Mädchen und Jungen verhalten, bewegen, kleiden (Melli), (wie) wird über die sexuelle Orientierung gesprochen (Gisela)? Welche Interessen werden gefördert bzw. behindert, welche Partner*innen sind den Eltern genehm (Frida).

Missfallen, Abwertungen oder Ignoranz verunsichern Kinder in ihrer Entwicklung. Sie erleben sich als falsch, schuldig und können sich deshalb selbst schwer annehmen und gernhaben. Sebastian beispielsweise fühlt sich als Junge von der Mutter nicht gewollt. Sie wendet sich nur der kleinen Schwester zu. Das könnte zu unbewussten Überzeugungen führen wie „ich bin nicht liebenswert“, „ich sollte nicht hier sein“, zu Todessehnsucht und Suizidalität. Der Vater war für ihn nicht verfügbar. Dessen Aufgabe wäre es gewesen, den kleinen Jungen aus der Enge der mütterlichen Missachtung zu befreien, ihm ein Vorbild zu sein, seine Entwicklung zu fördern. Sebastian erlebt, was wir Psychologen mangelnde Spiegelung nennen. Sein Dasein erzeugt zu wenig Resonanz, zu wenig Leuchten in den Augen der nahen Bezugspersonen. Folge ist ein geringes Selbstwertgefühl, ein Gefühl der Selbstentfremdung. Ähnliches finden wir bei Borderline-Patient*innen, wie bei Bärbel, die wenig Liebe und Nähe seitens der Mutter, ihrem Rollenvorbild, erlebte.

Häufig versuchen Kinder, sich den elterlichen Erwartungen anzupassen, um (doch noch) geliebt zu werden – Mellis Kinder stehen zwischen

ihrem Papa, der traditionelle Rollenvorstellungen hat und der offeneren Mutter, die das Spielen mit Geschlechtsstereotypen tolerieren kann – erste Anzeichen einer psychischen Belastung lassen sich bereits erkennen. Ich stimme Melli zu, dass Kinder Entwicklungs- und Experimentierraum brauchen, um ihre Geschlechtsidentität zu entwickeln. In unserer Gesellschaft sollten wir in der Lage sein, offen und tolerant den verschiedenen geschlechtlichen Identitäten zu begegnen. Dann würden Eltern und Kinder weniger Angst und Scham bzgl. sexueller Themen haben und miteinander sprechen können (Gisela).

Manche Eltern sind mit dem Geschlecht des Kindes nicht einverstanden. Fridas Eltern wünschten sich Söhne und versuchen, die Töchter auf die im Familienunternehmen geforderten Aufgaben vorzubereiten. Das betrifft zum einen Leistung und Interessen, aber auch Persönlichkeit und Partnerwahl. Frida „darf“ keine eigene Perspektive entwickeln und kehrt nach einem Ausbruchversuch mit dem Gefühl des Scheiterns ins Elternhaus zurück, wird psychisch krank.

Bisweilen müssen wir uns mit Prophezeiungen auseinandersetzen, die uns Angst einjagen: „Mit deinen Ansprüchen kriegst du nie einen Mann, wirst eine alte Tante.“ (Britta) „Reiß dich zusammen – ein Mann weint nicht!“ Solche Sätze lösen tiefe Scham aus, über die schwer gesprochen werden kann. Erst durch therapeutische Arbeit werden sie entdeckt und können bestenfalls überwunden und durch individuelle Werte ersetzt werden.

Frida (42) ist seit einigen Jahren in psychiatrischer Behandlung. Sie nimmt Antidepressiva, weil sie zu viel grübelt, nicht schlafen kann, oft weint. Wegen Burn-outs war sie stationär in Behandlung. Ihre Tochter zu versorgen schafft sie inzwischen wieder, aber ihre Arbeit ist ihr zu viel. Früher konnte sie nicht Nein sagen, ist auch am Wochenende ins Geschäft, abends lange dringeblichen. Dazu ein kleines Kind – das hat sie erschöpft.

Sie ist zusammen mit ihrer älteren Schwester aufgewachsen. Die Eltern betrieben ein Transportunternehmen, waren immer beschäftigt, hatten keine Zeit für die Töchter. Sie hat von klein auf viel Druck und Kritik erlebt, konnte eigene künstlerische Interessen nicht entwickeln, sollte eine dem Betrieb entsprechende technische Ausbildung machen. Auch die Partner/Schwiegersöhne sollten dazu passen, keine „Waschlappen“ sein, wie sich der Vater ausdrückte.

Frida war ein zartes, melancholisches Kind, verstummte immer mehr, besonders weil sich die Schwester scheinbar viel leichter den Anforderungen der Eltern anpassen konnte und gute Noten heimbrachte. Bis heute sei die Schwester das glänzende Vorbild, gelernte Mechatronikerin – sie selbst sei das schwarze Schaf, im kaufmännischen Beruf unglücklich.

Frida rebellierte in der Pubertät, fand einen Freundeskreis – natürlich den falschen, so meinten die Eltern. Schule schwänzen, Alkohol, Partys. Sie wurde jung schwanger. Der Freund hat sich verzogen, wollte weder das Kind, noch sich den Vorstellungen der Schwiegereltern unterordnen. Damals kehrte sie ins Elternhaus zurück, was sie als völliges Versagen erlebte. Sie habe resigniert, eigene Wünsche aufgegeben. Die ersten Behandlungen wegen Erschöpfungsdepression hatten das Ziel, wieder zu funktionieren. Inzwischen geht es ihr mehr darum, sich abzugrenzen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, eine eigene Perspektive zu entwickeln.

GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE UND ANTIDEPRESSIVA –

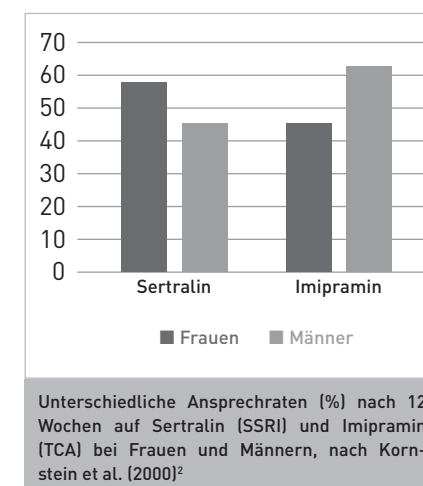
WIRKEN DIE MEDIKAMENTE BEI FRAUEN ANDERS ALS BEI MÄNNERN?

Frauen leiden wahrscheinlich etwas häufiger unter Depressionen als Männer¹, sie unterliegen jedenfalls häufigeren hormonellen Schwankungen in ihrem Leben und sie haben generell eine etwas andere Körperzusammensetzung als Männer. Wenn nun Medikamente mit Genen, Hormonen und dem Körpergewebe in Wechselwirkung stehen, könnte es dann nicht sein, dass sie auch unterschiedlich wirken bei Frauen und bei Männern?

Eine erste bedeutende Studie hierzu wurde im Jahr 2000 von Kornstein und KollegInnen² veröffentlicht: Sie fanden ein geschlechtsspezifisch unterschiedliches Ansprechen auf die Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI, namentlich von Sertralin) und den klassischen trizyklischen Antidepressiva (TCA, namentlich von Imipramin).

Imipramin erwies sich bei Männern wirksamer als bei Frauen vor der Menopause; nach der Menopause ließen sich keine Geschlechtsunterschiede mehr in der Ansprechrate auf die Therapie feststellen. Frauen vor der Menopause hingegen zeigten ein besseres und schnelleres Ansprechen auf Sertralin.

Vergleich Sertralin versus Imipramin – signifikanter Geschlechtsunterschied



Die Kritik an der Studie ließ jedoch nicht lange auf sich warten. Quitkin et al. (2001)³ zeigten auf: Männer hatten die Studie häufiger wegen Nebenwirkungen der SSRI (Magen-Darm-Probleme und sexuelle Funktionsstörungen) abgebrochen. Frauen dagegen hatte die Studie eher wegen Nebenwirkungen von TCA (Gewichtszunahme und Kreislaufprobleme) vorzeitig beendet. Da die kurz vor Abbruch vorherrschenden Besserungsraten in das Endergebnis

einfließen, schnitten die Medikamente, die zur vorzeitigen Beendigung führten, also jeweils schlechter ab. Hätten alle bis zum Ende durchgehalten, wäre es womöglich nicht zu unterschiedlichen Ansprechraten gekommen.

Warum brachen die Frauen aber eher mit Imipramin (TCA) ab und Männer eher mit Sertralin (SSRI)?

Die Erklärung hierzu kam in späteren Studien⁴, die zeigen konnten, dass Frauen bei gleicher Imipramin-Dosis einen höheren Blutspiegel aufgebaut haben als Männer, dadurch hatten sie also auch mehr Nebenwirkungen, die letztendlich zum Studienabbruch führten. Die höheren Blutspiegel hatten wohl mit hormonellen Einflüssen auf Bindungs- und Abbauvorgänge im Körper zu tun. Bei den SSRI wiederum war es so, dass Frauen aufgrund ihrer anderen Körperzusammensetzung mit einem etwas höheren Körperfettanteil und insgesamt eines geringeren Körpergewichts mehr von der Substanz bei gleicher verabreichter Dosis angereichert haben. Die SSRI gelten als

„lipophil“, d. h. sie binden sich gerne an Fettgewebe. Durch diese Konzentrierung erreichen Frauen also bei gleicher Dosiseinnahme von SSRI einen höheren Blutspiegel als Männer. Es erfolgt eine kontinuierliche Rückdiffusion des Medikaments vom Fettgewebe ins Blut, wenn dort der Spiegel absinken möchte. Damit erklärt sich das schnellere und bessere SSRI-Ansprechen von Frauen bei gleicher Dosiseinnahme.

Wären bei der Studie von Kornstein et al. (2000)² die Medikamentenspiegel bestimmt worden und hätte man die Ansprech- und Abbrechraten damit statistisch korrigiert, wäre möglicherweise kein Geschlechtsunterschied feststellbar gewesen. Die Kontrolle der Medikamentenspiegel ermöglicht eine Dosierung des Antidepressivums im therapeutischen Wirkungsbereich. Dies ist der anhand von großen Dosis-Wirkungs-Studien ermittelte optimale Blut-Plasma-Spiegel, der bei den meisten der Behandelten zu einem Wirkungserfolg führt. Das sog. Therapeutische Drug Monitoring (TDM) stellt also eine gute Möglichkeit dar, die Medikamente unabhängig vom Geschlecht – oder gerade unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen pharmakologischen Besonderheiten – zu verordnen. Dadurch lassen sich die Nebenwirkungen reduzieren und die erwünschten Wirkungen optimieren.

Gilt das für die Geschlechtsunterschiede bei den SSRI und den TCA oben Genannte auch für andere Antidepressiva-Gruppen?

Ja, ähnliches ließ sich auch für die Gruppe der SNRI (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer, z. B. Venlafaxin, Duloxetin, Milnacipran) zeigen, allerdings ist hier der Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Wirkung von



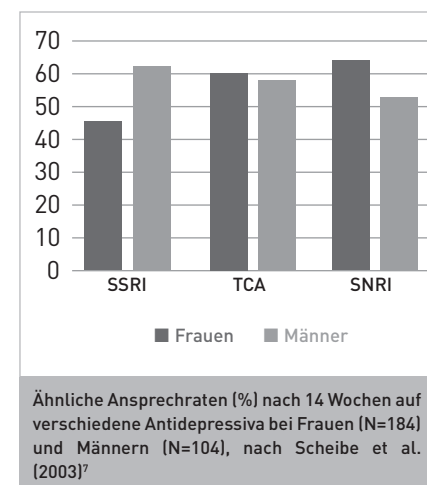
vornherein nicht so deutlich behauptet worden wie bei den SSRI. In einer Studie von Khan et al. (2005)⁵ zeigten Frauen unter SNRI-Einnahme signifikant höhere Rückbildungsraten als Männer. Auch die Effektgrößen waren bei Frauen (0,82 bzw. 0,75) größer als bei Männern (0,44 bzw. 0,33). Die Dosen des Medikaments unterschieden sich jedoch nicht bezogen auf das Körpergewicht der PatientInnen. Es wird also auch hier vermutet, dass die höhere Konzentration bei weiblichen Patientinnen durch die Anreicherung lipophiler Substanzen im Fettgewebe bei gleichzeitig geringerem Körpergewicht zu einer besseren Wirkung geführt haben könnte.

Außerdem wird als geschlechtsspezifische Hypothese angeführt, dass sich die funktionelle Aktivität des serotonergen Systems zwischen Frauen und Männern unterscheidet⁶. Eine akute Tryptophan-Reduktion (Tryptophan ist eine Aminosäuren-Vorstufe von Serotonin) hat einen stärkeren Effekt auf die Stimmung von Frauen als von Männern. Auch die höhere Häufigkeit von Depressionen bei Frauen im gebärfähigen Alter könnte mit geringeren Serotonin-Konzentrationen in Zusammenhang stehen. Das Enzym Tryptophan-Pyrrolase, das

die Tryptophan-Serum-Konzentration vermindert, kann durch die weiblichen Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron, deren Konzentrationen bei Frauen im gebärfähigen Alter höher sind, weiter gesenkt werden. Auf der anderen Seite wird bei Frauen durch die SSRI-Einnahme die Serum-Tryptophan-Konzentration mehr als doppelt so stark erhöht im Vergleich zu Männern. Östrogene können außerdem die durch SSRI verursachte Herunterregulation des 5HT₂-Rezeptors, einer zentralen Serotonin-Bindungsstelle des Gehirns, verstärken.

Die Autoren Scheibe et al. (2003)⁷ weisen allerdings darauf hin, dass es viele kontroverse Untersuchungsergebnisse zu angeblichen Geschlechtsunterschieden in der Antidepressiva-Wirkung gibt. In ihrer Studie, bei der 385 Patientinnen mit schwerer, nicht-psychotischer Depression mittels verschiedener Antidepressiva mindestens 14 Wochen behandelt wurden, zeigten sich bezüglich des Medikamenten-Ansprechens keine signifikanten Geschlechtsunterschiede zwischen den Gruppen.

Verschiedene Antidepressiva über 14 Wochen – kein signifikanter Geschlechtsunterschied



In der groß angelegten Antidepressiva-Studie STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression Study) mit 4000 eingeschlossenen Patienten, in der zunächst bei Beginn der Behandlung ebenfalls ein leicht besseres Ansprechen von Frauen auf den SSRI Citalopram erkennbar war⁸, kamen die Autoren in ihrem finalen Statement zur Aussage, dass es keinen Geschlechtsunterschied im Antidepressiva-Ansprechen gibt⁹.

Bei den Nebenwirkungen ist generell zu beachten, dass SSRI bei männlichen Patienten häufig zu Erektions- und Ejakulationsstörungen führen. Frauen, die im Vergleich zu Männern höhere Plasmaspiegel aufweisen, brechen häufiger eine Therapie mit trizyklischen Antidepressiva ab, dies scheint in erster Linie bedingt zu sein durch vermehrte Gewichtszunahmen oder Kreislaufstörungen. Allerdings leiden depressive Frauen im Vergleich zu depressiven Männern möglicherweise insgesamt häufiger unter verstärktem Verlangen nach Kohlenhydraten und Essanfällen, was sich in Gewichtsveränderungen niederschlagen kann⁶.

Wichtig bei Frauen ist es, die Interaktionen der Psychopharmaka mit Östrogenen und hormonellen Empfängnisverhütungsmitteln zu beachten. So können orale hormonelle Kontrazeptiva den Blutspiegel bei vielen Psychopharmaka erhöhen. Andererseits können manche Psychopharmaka, wie zum Beispiel die Stimmungsstabilisierer Carbamazepin oder Topiramat, den Abbau von hormonellen Kontrazeptiva beschleunigen und damit ungewollte Schwangerschaften hervorrufen. Bei Frauen im gebärfähigen Alter ist vor einer Medikamentengabe immer auch die Möglichkeit einer Schwangerschaft zu eruieren. Diesen Frauen sollte eine sichere Empfängnisverhütung empfohlen werden, bestimmte embryotoxische Medikamente wie Val-

proinsäure scheiden von vornherein aus. Falls ein unmittelbarer Kinderwunsch besteht, sollten nur bestimmte Antidepressiva eingesetzt werden, die auch während der Schwangerschaft gegeben werden können, wie etwa die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer vom Beispiel des Sertralins. Im Falle einer eingetretenen Schwangerschaft sind weitere Vorsichtsmaßnahmen zu beachten. Bei depressiven Störungen in der Perimenopause kann auch eine Östrogensubstitution sinnvoll sein, v. a. wenn zusätzliche Indikationen wie Hitzewallungen oder ein Osteoporoserisiko bestehen. Voraussetzung ist selbstverständlich, dass keine Risikofaktoren oder Kontraindikationen für die Östrogensubstitution bestehen, und dass eine gut informierte Frau die Östrogensubstitution wünscht.

Für Männer interessant ist ebenfalls die Bedeutung des Fettgewebes im Zusammenhang mit der Antidepressiva-Behandlung. Übergewicht sagt möglicherweise ein tendenziell schlechteres Ansprechen auf Nortriptylin (TCA) voraus, jedoch nicht von Escitalopram (SSRI). Bei übergewichtigen Frauen hingegen wirkten beide Antidepressiva schlechter als üblich¹⁰. In einer Meta-Analyse zu Antidepressiva-Effekten zeigte sich bei zusätzlicher Betrachtung des Body-Mass-Index (BMI) – insbesondere bei übergewichtigen Männern – keine Wirkung von SSRI im Vergleich zu Placebo mehr. Ob dies in geschlechtsspezifischen pharmakokinetischen (Aufnahme- und Ausscheidungs-) Unterschieden mit letztlich bei Männern relativ zu niedriger Dosis pro kg Körpergewicht oder in pharmakodynamischen Unterschieden – andere Wirkung bei anderen Hormonverhältnissen, beispielsweise erhöhter Stresshormone bei Übergewicht – begründet ist, bleibt unklar. Die Zusammenhänge zwischen einem Übergewicht und dem Antidepressiva-



siva-Ansprechen sind jedoch noch nicht abschließend geklärt. In einer aktuellen Übersichtsarbeit beschreiben Puthko et al. (2020)¹¹, dass 9 von 12 einschlägigen Studien eine Assoziation von einem hohen Body-Mass-Index ($\rightarrow 30 \text{ kg/m}^2$) mit einer schlechteren Antidepressiva-Wirkung bei den Substanzen Nortriptylin (TCA), Fluoxetin (SSRI) oder verschiedener anderer Medikamente finden – und zwar auch geschlechtsunabhängig.

Auch für die Benzodiazepine (z. B. Lorazepam, Diazepam), die in der Depressionsbehandlung eingesetzt werden, um Angst und Spannung zu lösen, spielt die Fettgewebshypothese im Zusammenhang mit Geschlechtsunterschieden eine Rolle. Dies ist insbesondere dann zu beachten, wenn in der Praxis offensichtlich nach wie vor älteren Frauen häufig Benzodiazepine statt antidepressiver Medikation zur Behandlung ihrer Depression verschrieben werden¹². Die ebenfalls lipophilen Benzodiazepine reichern sich wiederum im Fettgewebe an und werden zusätzlich in höherem Alter, bei oft eingeschränkter Nierenfunktion, langsamer abgebaut. Die daraus resultierenden erhöhten Wirkstoffkonzentrationen im Organismus führen in der Folge zu Benommenheit und Schwindel mit einem erhöhten Sturzrisiko im Alter.

Deshalb sollte die Benzodiazepin-Dosis immer an das Geschlecht und das Alter der PatientInnen angepasst werden.

Zusammenfassung

Während es einige Studien gibt, die Wirksamkeitsunterschiede von Antidepressiva bei Frauen und Männern aufzeigen konnten, gibt es jedoch viele – vor allem neuere und größer angelegte meta-analytische – Studien, die dies nicht bestätigen, sondern vielmehr den Schluss nahelegen, dass wahrscheinlich alle Antidepressiva bei Frauen und Männern gleich schnell und gleich gut wirken.

Geschlechtsunterschiede bestehen jedoch in der vom Körper aufgenommenen, gewebespezifisch gebundenen und wieder freigesetzten Menge sowie der Verstoffwechselung und damit der sog. Bioverfügbarkeit der einzelnen Substanzen. Diese unterschiedlichen Medikamentenkonzentrationen im Blut trotz gleicher Tabletteneinnahme lassen sich durch Dosisanpassungen auf der Basis von Laborbestimmungen (sog. Plasmaspiegelkontrollen) ausgleichen. Die richtige Dosis kann also anhand der therapeutischen Wirkspiegel sowie der erfragten klinischen Wirkungen und Nebenwirkungen individuell – personenbezogen und geschlechtsunabhängig – gefunden werden.

Damit spielt das Geschlecht bei medikamentösen Behandlungen generell eine untergeordnete Rolle. Frauen kommen allerdings insgesamt oft mit niedrigeren Dosen aus als Männer. Dies hat mit vielfältigen Faktoren zu tun, die nicht im Einzelnen geklärt sind¹³. Neben einem durchschnittlich niedrigeren Körpergewicht bei Frauen, ihrem höheren Körperfettanteil, verschiedenen hormonellen und Stoffwech-

selunterschieden wird oft auch eine allgemein bessere Therapietreue (Compliance) als möglicher Grund angegeben.

Die Pharmakotherapie mit Antidepressiva, die bei schweren depressiven Episoden oft unumgänglich ist, wirkt also geschlechtsunabhängig. Dies gilt übrigens sowohl bezüglich des Patienten- als auch des Therapeutengeschlechts und genauso für die Psychotherapie^{14,15}.

Referenzen:

1. Salk R, Hyde J, Abramson L: Gender differences in depression in representative national samples. *Psychological Bulletin* 2017; 143(8): 783–822
2. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, Gelenberg AJ, Davis SM, Harrison WM, Keller MB (2000) Gender Differences in Treatment Response to Sertraline Versus Imipramine in Chronic Depression. *Am J Psychiatry* 157:1445–1452
3. Quitkin FM, Stewart JW, Mcgrath PJ (2001) Gender Differences in Treatment Response. *Am J Psychiatry* 158, Issue 9
4. Wohlfarth T, Storosum JG, Elferink AJA, van Zwieten BJ, Fouwels A, van den Brink W (2004) Response to Tricyclic Antidepressants: Independent of Gender? *Am J Psychiatry* 161:370–372
5. Khan A, Brodhead AE, Schwartz KA, Kolts RL, Brown WA (2005) Sex differences in antidepressant response in recent antidepressant clinical trials. *J Clin Psychopharmacol* 25(4):318–24
6. Sramek JJ, Murphy MF, Cutler NR (2016) Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues Clin Neurosci* 18:447–457.
7. Scheibe S, Preuschhof C, Cristi C, Bagby RM (2003) Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? *J Affect Disord* 75:223–235

8. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M (2006) STAR*D Study Team: Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 163:28–40

9. Rush AJ (2007) STAR*D: what have we learned? *Am J Psychiatry* 164:201–204

10. Uher R, Mors O, Hauser J, Rietschel M, Maier W, Kozel D, Henigsberg N, Souery D, Placentino A, Perroud N, Dernovsek MZ, Strohmaier J, Larsen ER, Zobel A, Leszczynska-Rodziewicz A, Kalember P, Pedrini L, Linotte S, Gunasinghe C, Aitchison KJ, McGuffin P, Farmer A (2009) Body weight as a predictor of antidepressant efficacy in the GENDEP project. *J Affect Disord* 118(1–3):147–54

11. Puzhko S, Aboushawab SAE, Kudrina I, Schuster T, Barnett TA, Renoux C, Bartlett G (2020) Excess body weight as a predictor of response to treatment with antidepressants in patients with depressive disorder. *J Affect Disord* 267:153–170

12. Metz V, Radler D, Fischer G (2009) Geschlechtsunterschiede in der Psychopharmakologie – Gendermedizin in der Psychiatrie. *Psychiatr Psychother* 2/4:64–69

13. LeGates TA, Kvarta MD, Thompson SM (2019) Sex differences in antidepressant efficacy. *Neuropsychopharmacology* 44:140–154

14. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM, Wisniewski SR, Trivedi MH, Luther JF, Fava M, Nierenberg AA, McGrath PJ, Warden D, Niederhe G, Hollon SD, Rush AJ (2007) Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 164:739–752

15. Braukhaus C, Wollburg E, Langs G (2013) Der benachteiligte Mann? Analysen zur (Gleich-) Behandlung von Männern und Frauen mit Depressionen. *Verhaltenstherapie* 23:74–79

GANZ GLEICH, IN WELCHEM ALTER: ES IST NIE ZU SPÄT, MIT SPORT ZU BEGINNEN!

Spaß an Bewegung unter freiem Himmel

Die Nutzung der neuen Outdoorgeräte ist jederzeit möglich – Bewegung im Freien tut Körper und Seele gut. Diesen Grundsatz können alle Patient*innen außerhalb der Therapiezeiten sowie am Wochenende verfolgen, indem die Outdoorgeräte auch eigenständig genutzt werden können. Hierfür sind Benutzer-Hinweistafeln, die allgemeine Trainingstipps und auch Übungshinweise beinhalten, angebracht. Outdoor-Trainingskonzepte können sehr abwechslungsreich gestaltet werden. Eine gute Grundlage bietet hierbei beispielsweise das Trimmfit®-Konzept. Durch spezielle Outdoorgeräte kann im Freien eine gezielte sportliche Aktivierung stattfinden.

Im Rahmen der Physiotherapie-Angebote sind zahlreiche Stationen für ein funktionelles Training im Außenbereich aufgestellt worden. An den festinstallierten Sportgeräten kann unabhängig von Alter und Konstitution eine Kombination von Lauf-, Kraft-, Koordinations-, Gleichgewichts- sowie Ausdauerübungen erfolgen und sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Das Herz-Kreislauf-System, die Hormonproduktion, der Kalorienverbrauch sowie das Immunsystem werden gesteigert bzw. verbessert. Hinzu kommt die Förderung des allgemeinen Wohlbefindens.

Die Trainingszone bietet folgende Einsatzmöglichkeiten:

1. Zirkeltraining: Es kann über ein physiotherapeutisch angeleitetes Zirkeltraining im Freien ein effektives funktionelles und auch individuell abgestimmtes Training erfolgen.
2. Individuelles funktionelles Gerätetraining
3. Aufgrund der Übungsvielfalt besteht die Möglichkeit, ganz individuelle Übungen gezielt auf Patient*innen abzustimmen, und in Form eines physiotherapeutisch angeleiteten Trainingsprogramms in der Gruppe zu absolvieren.
4. Ganzkörpertraining
5. Durch die speziellen und vielfältigen Trainingsvariationen kann durchaus auch ein Ganzkörpertraining erfolgen. Es können mehrere Patient*innen gleichzeitig daran trainieren.

Bewegung im Alter

Bewegung hat in jedem Alter positive Wirkung auf den Körper, zum Beispiel auf Ausdauer, Kraft, Körpergewicht, Knochendichte, Blutfette und Blutdruck. Ein fortgeschrittenes Alter ist kein Grund, körperlich

inaktiv zu werden. Im Gegenteil: Ausreichend Bewegung ist der Schlüssel zu starken Knochen und Gelenken.

Regelmäßige körperliche Bewegung ist ein wichtiger Baustein, um bestimmten Alterserkrankungen vorzubeugen, Osteoporose etwa. Auch die Gelenkerkrankungen Arthritis und Arthrose zählen zu typischen Alterserscheinungen, denen mit Sport/Bewegung entgegengewirkt werden kann. Ausreichend körperliche Bewegung wirkt sich zudem förderlich auf die geistige Gesundheit aus. Das Zusammenspiel von ausgewogener Ernährung, einem gesunden, rauchfreien Lebensstil und körperlicher Aktivität kann Demenz- und Alzheimererkrankungen vorbeugen. Schon ein 30-minütiger Spaziergang, dreimal pro Woche, kann den Blutdruck langfristig senken.

Bewegungsmangel hingegen wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus

Das Risiko ist höher, früher gebrechlich und hilfsbedürftig zu werden. Wer seinen Körper fit hält und mobil bleibt, hat auch im Alter mehr vom Leben, bleibt länger selbstständig und genießt eine erhöhte Lebensqualität als Menschen, welche sich zu wenig bewegen.

Das Team der Frankenalb-Klinik Engelthal unterstützt Sie gern, kommen Sie auf uns zu!

TRANSIDENTITÄT

EIN KLEINER AUSFLUG IN MEINE PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

Trans, divers, pan, a-romantisch, a-sexuell, genderfluid, nonbinary, ... Es scheint, als gäbe es eine neue Vielfalt an Gender- und sexuellen Orientierungen, aber ist das alles wirklich so neu? Wahrscheinlich hat es all dies schon immer gegeben und wurde nur anders oder gar nicht benannt. Männer, die Männer lieben, Frauen, die sich als Mann fühlen, Menschen, die sich in ihrer sexuellen Vorliebe nicht festlegen können oder mögen, Menschen, die mit der Anlage beider Geschlechter geboren werden etc. Geändert hat sich jedoch, wenn auch nur sehr mühsam, der gesellschaftliche und persönliche Umgang damit. Während z. B. in Deutschland sexuelle Handlungen zwischen Personen männlichen Geschlechts noch bis 1994 als Straftat geahndet wurden (§175 STGB), wird bereits seit 1970 auf dem Christopher Street Day, einem Fest-, Gedenk- und Demonstrationstag von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen, für die Rechte dieser Gruppen sowie gegen Diskriminierung und Ausgrenzung demonstriert.

Im Verlauf der letzten 25 Jahre, sicherlich auch begünstigt durch die neuen Medien mit ihren unendlichen Möglichkeiten der Information, kam es zunehmend zu einer gesellschaftlichen Öffnung. Zuvor tabuisierte Themen wurden mehr und mehr gesellschaftsfähig und die Menschen

erhielten so die Möglichkeit sich mit den Berichten Betroffener zu identifizieren. Vor diesem Hintergrund möchte ich mich ein wenig der Thematik der „Trans-Identität“ in der Therapie widmen. **Ich benutze bewusst den Begriff transident anstatt transsexuell, da ich der Meinung bin, dass es hier nicht um eine sexuelle Orientierung geht, sondern primär um das tiefe Gefühl, im eigenen Körper nicht stimmig zu sein, einhergehend mit einem großen Verlangen danach, im gegengeschlechtlichen Körper und damit in der eigentlich empfundenen Geschlechtsidentität leben zu können.**

Erfahrungen

Ich blicke auf eine 40-jährige Berufserfahrung in Beratung und Therapie zurück, davon die letzten 12 Jahre in eigener Praxis als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Mit dem Thema Transidentität war ich zunächst nur in Ausnahmefällen konfrontiert. Ich erinnere mich gut an die erste Anfrage in der Praxis: Eine Mutter, die mich wegen ihrer transidenten Tochter (biologisch ein Mann) kontaktierte, für die sie schon seit Langem einen Therapieplatz suchte, und immer wieder die Antwort erhielt „damit kenne ich mich nicht aus“. Ich spürte in mich hinein, überlegte und sagte dann ehrlich, dass mir in mei-

nem beruflichen Alltag zwar schon transidente Menschen begegnet seien, ich zwar auch nicht das Gefühl hätte, mich „damit auszukennen“, aber bereit sei, mich darauf einzulassen und zu versuchen, den Weg gemeinsam mit ihrer Tochter zu gehen.

Im Zuge dessen erfuhr ich erstmals, dass alle transidenten Menschen eineinhalb Jahre Alltagstest-begleitende Psychotherapie nachweisen müssen, wenn sie (möglich ab dem 18. Lebensjahr) bei der Krankenkasse einen Antrag auf geschlechtsangleichende Maßnahmen (sämtliche Operationen, die notwendig sind, um das neue Geschlecht anzunehmen) stellen wollen. Ich war zunächst verunsichert, sollte es hier um eine Art Zwangstherapie gehen, um die Patienten vielleicht doch noch umzustimmen, oder um einen Reflexionsprozess, um sicher zu sein, dass man die Umwandlung auch wirklich wolle, nachdem das Ganze letztendlich irreversibel ist? Oder ging es nicht vor allem um die Begleitung auf dem schwierigen Weg eines jeden Transidenten, der einen tiefen Schmerz, oft bis hin zum Selbsthass über den „falschen Körper“ mit sich bringt, häufig einhergehend mit sozialer Isolation und einem tiefen Gefühl der Sinn- und Wertlosigkeit oder gar Depression? Bereits im ersten Gespräch wurde schnell deutlich, dass die Patientin von klein auf wusste, dass sie „im

falschen Körper“ lebte, es bezüglich ihrer weiblichen Identität also keinerlei Zweifel gab, sie aber viele schwierige Situationen von Mobbing bis hin zu gewaltsamen Übergriffen erlebt hatte. Was blieb, war ein langwieriger Prozess, bereits gemachte traumatisierende Erfahrungen aufzuarbeiten und gemeinsam Perspektiven für ein Leben in der neuen Identität zu entwickeln. **Die Transidentität war dabei nur die Spitze vom Eisberg, darunter verbarg sich ein Mensch in großer Not, der wie alle anderen Patienten einfach einer psychotherapeutischen Behandlung mit vorurteilsfreier und wertschätzender Haltung bedurfte.**

In der Folge kam es immer häufiger zu Anfragen transsexueller Jugendlicher sowie in Einzelfällen über die Eltern auch von Kindern. Immer mehr ließ ich mich berühren von den sehr individuellen Leidensgeschichten, die hinter der Transidentität verborgen waren und lernte, dass ich der Thematik nur gerecht werden kann, wenn ich mich offen dem einzelnen Menschen, und bei den Kindern und Jugendlichen natürlich auch dem familiären Umfeld, widme. Daneben begann ich mich in Arbeitsgruppen mit Kolleginnen und Kollegen zu vernetzen und zu informieren. **Meine größten „Informationsquellen“ bleiben jedoch bis heute die Betroffenen selbst, die ich auf ihrem Weg begleiten darf und die so selbstverständlich ihr Leid, aber auch ihr Wissen mit mir teilen.** So bin ich letztendlich sehr dankbar, dass ich mich auf diesen Prozess eingelassen habe und berührt von den Menschen, die so tapfer ihren Weg gehen. Ich möchte daher alle Betroffenen ermutigen, sich auf den Weg zu machen und alle Therapeuten bitten, sich dem Thema mehr zu öffnen, letztendlich geht es wie bei allen anderen Patienten um den Menschen mit seinem subjektiven Leiden und nicht um die Diagnose.



Infomaterial:

VIDEOS

<https://youtu.be/HDBcG66K6gY>
<https://youtu.be/141CcfynjuM>
<https://youtu.be/WzXowCHG06c>
<https://youtu.be/iuRU0lucmrc>
<https://youtu.be/WwV7EN0Teek>

ORGANISATIONEN/ SELBSTHILFE

<https://www.trans-ident.de/>
<https://www.dgti.org/>

MÄNNERDEPRESSION



„Wenn Frauen depressiv sind, essen sie etwas Schönes oder gehen einkaufen, Männer überfallen ein anderes Land“ – so beschreibt die amerikanische Komikerin Elayne Boosler die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien der beiden Geschlechter bei Depressionen.

Depressionen sind ein zunehmender Grund für Arbeitsunfähigkeit oder eine stationäre Krankenhausbehandlung. Trotzdem wird weiterhin nur eine Minderheit der an einer Depression Leidenden medizinisch erreicht, was vor allem für Männer gilt.

Für Depressionen ist ein Zusammenhang mit „Stress“ nachgewiesen (z. B. durch überhöhte Cortisolspiegel im Blut). Zeichen einer durch chronischen Stress ausgelösten andauernden Stimulation der HPA (Hypothalamus-Hypophyse-Nebennieren)-Stressachse. Wichtig ist, unter welchen Bedingungen Stress chronifiziert und wie Stressoren subjektiv wahrgenommen und verarbeitet werden. Verantwortlich hierfür sind individuelle Dispositionen, sowie die soziale Geschlechterrolle mit typischen Verhaltensnormen.

Aufgrund der zugewiesenen Geschlechterrolle kann eine geschlechtstypische Depressionsentwicklung vermutet werden. In Untersuchungen zeigen Männer selten typische „weibliche“ Symptome einer Depression. Männertypische Anzeichen sind eher erhöhte Reizbarkeit, vermehrter sozialer Rückzug oder überhöhter Alkoholkonsum.

Frauen sind anfälliger für Beziehungstress und neigen zu Selbstbeschuldigung oder Grübeln. Männer sind eher an sozialem Status orientiert, reagieren auf Stress mit dem

typischen „fight or flight“-Muster (Kampf oder Flucht), verlagern Konflikte mehr nach außen. Dieses Verhalten gehört zu den grundlegenden Elementen traditioneller Männlichkeit. So war männliche Aggressivität sozial legitimiert. Macht und Dominanz, Kontrolle, Mut, Leistungs- und Wettbewerbsorientierung, Unabhängigkeit, Autonomie, Rationalität, Aktivität und Unverletzlichkeit sind Wertvorstellungen traditioneller Maskulinität, von deren Erreichung die Selbstwerteinschätzung abhängig gemacht wurde. Dies zu erreichen, geht nur auf Kosten der als weiblich definierten Emotionen wie Angst, Unsicherheit, Schwäche, Traurigkeit und Hilflosigkeit. Hilfe zu suchen, ist im Männlichkeitsstereotyp nicht vorgeesehen.

Männer nehmen in allen Altersgruppen seltener professionelle Hilfe in Anspruch (M:F=1:2), haben aber auch die höheren Suizidraten (M:F 6:1).

Nach dem Prinzip „Frauen suchen Hilfe – Männer sterben“ erscheint der Suizid als letztes Mittel, den männlichen Selbstwert zu retten.

Zahlreiche epidemiologische Untersuchungen belegen, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein zwei- bis dreimal höheres Risiko haben, im Laufe ihres Lebens an einer unipolaren Depression zu erkranken. Lässt sich aus diesen Befunden schließen, dass Männer ein geringeres Depressionsrisiko haben?

Nein. Angesichts der hohen Suizidrate bei Männern muss vielmehr von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Da Depressionen die wichtigste Ursache für Suizid sind, muss zwingend angenommen werden, dass Depressionen bei Männern häufig nicht erkannt und nicht behandelt werden. In diese Richtung verweisen auch die Ergebnisse internationaler Bevölkerungsstudien.

Die Unterschiede bei Frauen und Männern verweisen allesamt auf geschlechtstypische Rollenbelastungen und Bewältigungsdefizite.

Bei Männern erscheint die Berufsrolle als die dominierende Stressquelle (am besten untersucht). Männer haben nicht nur die gefährlicheren Berufe, sie sind als rollentypischer „Hauptverdiener“ stärker von der zunehmenden Arbeitsplatzunsicherheit betroffen, sind stärker durch Arbeitslosigkeit belastet.

Krisen entstehen aus einer Kombination von hohen Anforderungen, geringer Kontrollmöglichkeit, hoher Ver- ausgabung und geringer Belohnung.

Auch die erfolgreiche Emanzipation der Frauen stellt einen bedeutenden Stressfaktor für Männer dar. Im Unterschied zu Frauen, die eine Trennung/Scheidung erleben, steigt das Depressions- und Suizidrisiko bei Männern um das Mehrfache.

Aus den Ausführungen kann gefolgert werden, dass sich Depressionen bei Männern oft anders als mit den klassischen Depressionssymptomen äußern. Der **Typus der „männlichen“ oder „maskulinen“ Depression** zeigt sich häufig in Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, Ärgerattacken oder antisozialem Verhalten. Kriterien können z. B. auch sein: vermehrter sozialer Rückzug mit der Forderung in Ruhe gelassen zu werden, Abstreiten von Kummer und Traurigkeit, andere verantwortlich machen, süchtig nach TV, Sport, Alkohol, Nikotin.

Wurden in einer Stichprobe von alkoholabhängigen Patienten neben den klassischen Depressionssymptomen auch die untypischen, aber für Männer typischen seelischen Abwehrmuster erfasst, konnte ein deutlich höherer Prozentsatz von depressiv erkrankten Männern identifiziert werden.

Es besteht ein geschlechtsspezifischer Verzerrungseffekt, da die genannten typisch männlichen Symptome wie Aggressivität, Ärgerattacken, Feindseligkeit, Irritabilität, Aktivismus oder exzessiver Alkoholkonsum nicht in den führenden Depressionsinventarien enthalten sind. Diese gehen eher von der „weiblichen Depression“ aus und beinhalten überwiegend Symptome wie z. B. Antriebslosigkeit, depressive Verstimmung, Grübeln, Selbstvorwürfe.

Das Konzept der männlichen Depression muss weiterführend wissenschaftlich untersucht und abgesichert werden. Der Blick auf männertypische Stresssymptome ermöglicht sowohl eine bessere Depressionsdiagnostik bei Männern als auch eine effektivere Suizidprävention.

Fazit

- Die Depressionsrate von Männern wird unterschätzt.
- Männer vermeiden, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Männer kompensieren teilweise depressive Symptome durch Verhalten wie: Aggressivität, Überaktivität, Risikoverhalten und/oder Alkoholmissbrauch.
- Skalen zur Messung von Depression haben eine Geschlechterverzerrung, da sie einseitig auf depressive Verstimmung und Angst fokussieren (typischer für Frauen).
- Um Depressionen bei Männern besser diagnostizieren zu können, müssen „männertypische“ Stressbewältigungsstrategien systematisch erfasst werden.

Quelle:
Prof. Dr. rer. soc. A. M. Möller-Leimkühler,
Ludwig-Maximilians-Universität München

TYPISCH MANN, TYPISCH FRAU –

ODER WAS?!



SCHON KLAR: FRAUEN REDEN ZU VIEL UND HORTEN SCHUHE, MÄNNER LIEBEN AUTOS UND HÖREN NIE ZU. BEI SOLCHEN KLISCHEES KÖNNTE MAN JA WIRKLICH ANNEHMEN, DASS WIR VON VERSCHIEDENEN PLANETEN STAMMEN (EVATT, 2017).

In vielen Köpfen – meiner nicht ausgeschlossen – finden sich wohl noch immer solche oder ähnliche Geschlechterstereotype (Def.: G. bestehen aus Attributen, die „der“ Mann oder „die“ Frau haben oder nicht haben soll, je nach herrschendem Leitbild von Männlichkeit oder Weiblichkeit; Dorsch Lexikon der Psychologie).

Doch abseits von festgefahrenen, banal klingenden Annahmen zu „typisch Mann – typisch Frau“ stellt man sich in der psychologischen Forschung immer wieder Fragen wie: „Gibt es tatsächlich nachweisbare Unterschiede zwischen den Geschlechtern und wenn ja, warum?“

Studien

Unter der Vielzahl an Studien und Theorien aus diesem Gebiet, können hier leider nur einige wenige dargestellt werden. Bei einer besonders groß angelegten Untersuchung (Kajonius & Johnson, 2018) wurden anhand der Selbstauskünfte von mehr als 320 000 Menschen die 30 Facetten des in der Psychologie bekannten Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit (Costa & McCrae, 1987) erfasst. Bei 13 der Merkmale fanden die Psychologen zumindest kleine Abweichungen zwischen den Geschlechtern, beachtlich groß waren diese jedoch nur bei zwei der übergeordneten Persönlichkeitsdimensionen: Verträglichkeit (Eigenschaften wie Altruismus und Mitgefühl) und Neurotizismus (Eigenschaften wie

Ängstlichkeit und Verletzlichkeit). Würde man laut der Studie per Zufall je einen Mann und eine Frau vergleichen, so ist sie in zwei Dritteln der Fälle ängstlicher bzw. verletzlicher, aber auch mitfühlender bzw. altruistischer als er. Zum Vergleich: Wären die Merkmale gleich verteilt, lägen die Chancen naturgemäß bei 50:50. Man kann also festhalten, dass es wissenschaftlich belegte charakterliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt – jedoch nicht bei jeder Eigenschaft und auch nicht bei allen Personen.

Angeboren oder erlernt?

Sind Frauen aber nun tendenziell fürsorglicher, aber auch emotionaler, weil sie Dank ihrer zwei X-Chromosomen entsprechende Hormone ausschütten und mit dafür vorgesehenen Gehirnen auf die Welt kommen? Oder weil sie beim Spielen mit der geschenkten Puppe und beim Modelllernen am Vorbild „Mama“ schon von klein auf entsprechende Verhaltensweisen erlernen? Und entwickeln Männer aufgrund ihres Y-Chromosoms von Geburt an neuronale Strukturen und Hormonlevel, welche sie durchschnittlich gelassener, aber auch weniger kooperativ machen? Oder sind auch hier die Lernerfahrungen entscheidend, die in Kinderzimmern bei spielerischen Plastikschwertkämpfen und tapferen Indianersprüchen im Umgang mit Schmerzen und Tränen gemacht werden? **WIE SO OFT IN DER PSYCHOLOGISCHEN FORSCHUNG ERGIBT SICH ALSO AUCH HIER DIE KLASSISCHE ANLAGE-UMWELT-DISKUSSION.** Viele gehen davon aus, dass sich geschlechtstypische Besonderheiten in den Strukturen des Denkgorgans widerspiegeln. Tatsächlich sind Männergehirne entsprechend der Körpergröße im Schnitt größer und schwerer (DeVries & Sö-

dersten, 2008). Untersuchungen zeigen, dass solche Volumenunterschiede bereits bei Neugeborenen bestehen, also vermutlich genetisch bedingt sind (Hüppi et al., 1998). **ABER ACHTUNG: EINEN GLOBALEN INTELLIGENZUNTERSCHIED ZWISCHEN DEN GESCHLECHTERN GIBT ES DESHALB NICHT (HILBIG, 2000).**

Gehirnstruktur

Auch postulierte ein internationales Team von Neurowissenschaftlern (Joel et al. 2015), dass Gehirne nicht typisch männlich oder weiblich sind, und es i.d.R. wenig Sinn ergibt, ein Gehirn anhand derartiger anatomischer Auffälligkeiten zu kategorisieren. Sie untersuchten von gut 1400 Personen die Hirnregionen mit den größten geschlechtsspezifischen Unterschieden. Doch auch dort fanden die Forscher noch starke Überschneidungen zwischen den Geschlechtern. Nur sechs Prozent der Gehirne zeigten allein typisch weibliche oder männliche Strukturen. **DIE ÜBERWIEGENDE MEHRHEIT DER UNTERSUCHTEN GEHIRNE WIES EIN INDIVIDUELLES „MOSAİK“ AUS MÄNNLICHEN UND WEIBLICHEN MERKMALEN AUF.**

Bedeutung von Hormonen

Und was hat es nun mit den Botenstoffen auf sich? Mann und Frau produzieren im Durchschnitt entsprechend ihres genetisch festgelegten Geschlechts „männertypische“ Hormone wie Testosteron und „frauentypische“ wie Östrogen und Progesteron in unterschiedlichen Konzentrationen. Der Hormonspiegel beeinflusst u.a. wie sensibel und empfindungsstark wir sind, was ein Experiment zeigt (Goldstein, 2010). Forscher zeigten Probanden diverse Bilder – amüsante, furchteinflößende,

traurige. Das Ergebnis: Frauen empfanden die negativen Emotionen insgesamt stärker und – je niedriger ihr Testosteronspiegel war – desto sensibler reagierten sie. Sie erinnern sich bestimmt an die oben beschriebenen durchschnittlichen Persönlichkeitsunterschiede zwischen ihm und ihr, welche angesichts solcher Befunde wohl auch mit unserem Hormoncocktail im Körper zusammenhängen. So weit, so biologisch.

Erlernes Verhalten

Auf der anderen Seite der Diskussion besagen Sozialisationstheorien, dass Mädchen und Jungen von ihrer Umwelt unterschiedlich behandelt werden und somit ein verschiedenartiges Verhalten provoziert wird (Lippa, 2010). „Man kommt nicht als Frau zur Welt, sondern wird es“ (S. de Beauvoir, 1949/1976). Die kulturellen Vorstellungen davon, was Mann und Frau ausmachen, sind „allgegenwärtig“ und führen dazu, dass wir gar nicht mehr wahrnehmen, wie vielfältig sie uns beeinflussen (Lippa, 2005). Mit ca. drei Jahren beginnen Kinder ein Bewusstsein über ihr eigenes Geschlecht zu erlangen (Kohlberg, 1974) und entwickeln danach stufenweise eine eigene Geschlechtsidentität (Def.: Verstehen und Empfinden der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht; Bischof-Köhler, 2006). Sie fangen an zu erkennen: Ich bin ein Mädchen, du ein Junge. Kinder ordnen schließlich männliche und weibliche Verhaltensweisen zu, bilden Kategorien für die Geschlechter, bewerten das eigene Geschlecht positiver und bevorzugen gleichgeschlechtliche Spielpartner (Bischof-Köhler, 2006). Bis ins Erwachsenenalter bleibt eine Favorisierung und Solidarisierung mit Geschlechts-genossinnen und -genossen erhalten (Archer & Lloyd, 2002). Sie kennen solche Appelle bestimmt: „Wir Männer/Frauen müssen doch zusam-

menhalten!“ Offenbar begleitet und beeinflusst uns unsere erlernte Geschlechtsidentität ein Leben lang, und wir richten vielfach unser Verhalten danach aus (Sauerbrey 2012).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Faktoren der Wesensprägung hochkomplex sind und es außerordentlich schwierig ist, die gestellten Fragen eindeutig zu beantworten (Hilbig, 2000). Zu vermuten ist, dass sowohl biologische als auch gesellschaftlich bedingte Einflüsse vorhanden sind und beiderseits – aber auch in einem Zusammenwirken – eine Rolle spielen für das Anderssein von Mann und Frau (Preuk, 2012).

ABSEITS DAVON ZEIGT SICH IN DER GENDER-FORSCHUNG ABER AUCH: IM MITTEL EINT DIE GESCHLECHTER V.A. HEUTZUTAGE VIEL MEHR, ALS UNS TRENNT. (PREUK, 2012)



GENDER, SPRACHE, PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie wird gefordert und beeinflusst durch die Gesellschaft, in der einzelne Menschen versuchen, sich zurechtzufinden. Dem Thema Gender¹ im Leben und damit auch in der Psychotherapie möchte ich mich über ein ganz anderes, teilweise fiktives Beispiel nähern:

In dem Lande Schland lebten Menschen, denen die Hände sehr wichtig waren. Es gab genau zwei Gruppen: links- und rechtshändige Menschen. Bei der Geburt wurde die Haupthand diagnostiziert und im Ausweis eingetragen. Es war allgemein bekannt, dass Menschen mit linker Hand empathischer seien. Sie erzogen die Kinder und durften keine körperlichen oder verantwortungsvollen Tätigkeiten ausführen. Rechtshändige Menschen, das wussten alle, waren besser im logischen Denken, konnten besser körperlich und verantwortungsvoll arbeiten. Mit Kindern und Gefühlen hatten sie wenig am Hut. Entsprechend war es Gesetz zum Wohle der Familie, dass rechtshändige Menschen einen links-händigen Menschen heirateten. „Misch-Ehen“ oder „Homo-Hand-Ehen“ waren verboten. Es gab ein paar Abweichungen – Menschen, die beide Hände gut benutzen konnten. Sie wurden nach Möglichkeit umerzogen, in schweren Fällen operiert, um den Defekt zu beheben. Da es insge-

samt mehr Rechtshändige gab, waren Türgriffe, Stifte, etc. für sie optimiert. Sie brauchten diese wegen der Arbeit ja mehr. Linkshändige passten sich dieser Norm an. Alles war gut?

Okay, warum schreibe ich über Händigkeit, wenn es eigentlich um Gender und Geschlecht gehen sollte? Linkshändigkeit war tatsächlich verpönt². Und die Dominanz der Rechtshändigen gilt mindestens sprachlich weiter als Norm – nicht nur in Sprachformen wie „Das schaffen wir mit links“.

Genau wie links- und rechtshändig gibt es angeborene geschlechtliche Merkmale, die zu der Kategorisierung in männlich und weiblich dienen³. Diesen körperlichen Unterschieden wurden weitere Eigenschaften zugeschrieben – denen mussten Männer bzw. Frauen entsprechen.

Sätze wie „Männer weinen nicht“ oder „eine Dame tut so etwas nicht“ sind da nur der Anfang einer langen Kette von nur vermeintlich logischen Zusammenhängen. So galten Männer gleichzeitig als rationaler, aber auch sexuell trieborientierter als die familienorientierteren Frauen, die wiederum trotzdem als Verführerinnen galten.

Intersexuelle, transsexuelle, queere, diverse und in der sexuellen Orientierung andersartige Menschen

wurden und werden ausgeschlossen, eingesperrt, diskriminiert, umopferiert, getötet oder beschämt. Und das ist leider kein Märchen.

Was hat Gender nun mit Therapie zu tun?

Menschen brauchen keine Psychotherapie, weil sie vielfältig sind, sondern weil sie keine ausreichend förderlichen Bedingungen vorfinden, die ihnen geholfen hätten, mit Herausforderungen umzugehen; oder weil noch schädliche Ereignisse hinzukamen.

Entsprechend kommen zur Therapie Menschen, die mit sich oder dem Umfeld nicht mehr ausreichend zurechtkommen und darunter leiden. In der Psychotherapie-Ausbildung werden zukünftige Therapeut*innen darauf vorbereitet, die Ursachen für das Leiden gemeinsam mit den Patient*innen zu identifizieren und Strategien zur Bewältigung oder Lösungen der Konflikte zu finden und umsetzbar zu gestalten. In der Regel heißt das für Patienten zwei Dinge: Eigene Gedanken- und Verhaltensmuster hilfreich verändern & Wege finden, um angemessen klar zu kommunizieren.

Gerade bei so wichtigen Bereichen wie Sexualität und (geschlechtliche) Identität wird häufig geschwiegen statt geredet, weil hier unter anderem Scham als starke Emotion und

Hilflosigkeitserleben zu deutlichen Verdrängungs- und Projektionsprozessen führen können; auch in der Therapie braucht es oft erst ein bisschen Vertrauen dafür; Therapeut*innen werden manchmal vielleicht auch etwas unsicher sein und fragen im Zweifel die Patient*innen selbst, was für sie z.B. cis-gender, transident, transsexuell, Transvestit, divers, queer, non-binär, homo-, bi-, sapio-, oder asexuell bedeutet.

Auch ich werde bei manchen der Begriffe unsicher, was auch okay ist. Wichtiger ist, zu verstehen, dass sich hinter den Begriffen wertvolle und wichtige Lebenserfahrungen, Chancen, Ausgrenzungen, Risiken, Ab-

grenzungen, Verletzungen, Hoffnungen und Bedürfnisse verbergen.

In der Therapie nutzen wir Sprache, die erlaubt, statt zu beschämen – Sprache, die einlädt oder nachfragt, statt einfach auszugrenzen; und manchmal Sprache, die klar Grenzen setzt, aber dennoch Wohlwollen vermittelt, so gut es geht.

Dies ist unter anderem wichtig, weil Sprache gesellschaftlich anders verwendet wird. Solange gesellschaftlich ausgegrenzt wird, haben wir als Ausgegrenzte⁴ Herausforderungen und Ängste, die andere tendenziell nicht haben. Als heterosexueller Mann wäre dieser Text für mich z.B.

kein Coming-out. Frauen müssten sich für höhere Positionen nicht rechtfertigen.

Wir sind gesellschaftlich nicht an einem Punkt, wo Diskriminierung Vergangenheit wäre. Sonst würden Frauen auch im Schnitt so viel verdienen wie Männer – und intersexuelle, transsexuelle, queere, diverse und alle anderen Menschen ebenso. Niemand würde irgendwen überreden wollen, eine „Konversionstherapie“⁵ zu machen, oder sich gefälligst „passend zum Geschlecht“ zu kleiden.

Entsprechend hilft Unterstützung, manchmal auch in Form von Psychotherapie. In diesem sicheren Raum

können alle Menschlichkeiten und vermeintlichen Unmenschlichkeiten berücksichtigt werden. **Therapie bietet die Möglichkeit, um das Eingangsbeispiel zu nutzen, für unterschiedliche Tätigkeiten die jeweils besser geeignete Hand zu nutzen, statt starr immer die eine Hand zu verwenden, „weil man das so macht“.**

Sprache kann das Leben erleichtern oder erschweren

Für derartige Flexibilität spielt Sprache eine wichtige Rolle. Sprachlich erwartet die Gesellschaft weiterhin überwiegend, dass Menschen sich als „Herr“ oder „Frau“ anreden lassen. Um das wieder klar zu sagen, es ist menschlich völlig okay, irritiert zu sein, wenn etwas überrascht und neu ist. Die Tatsache, dass in dieser Gesellschaft immer noch so oft überrascht, dass es Menschen gibt, die nicht männlich oder weiblich sind, ist nicht okay. Diese Ausgrenzung

und Unsichtbarmachung der Vielfalt schadet sogar, weil Menschen, die schon ausgegrenzt wurden, verwundbarer sind für weitere Ausgrenzung – gerade da, wo sich andere Menschen denken, „ist doch nur eine Kleinigkeit“.

Was tun? Sprachlich bietet hier z.B. das Gendersternchen eine Form des Respektes – z.B. „Liebe Kolleg*innen“. Menschen verwenden es, um zu zeigen, dass es Platz für alle gibt und alle sichtbar sein dürfen⁶. „Meine Damen und Herren“ schließt Menschen aus. Für Menschen mit Ausgrenzungserfahrungen ist dies eine Wiederholung der Ausgrenzung oder mindestens wieder eine unnötige Unsichtbarkeit. Und diese Unsichtbarkeiten haben Folgen:

Aus zahlreichen Studien wissen wir⁷, dass z. B. von „Ingenieuren“ zu sprechen, auch zu weniger weiblichen Studierenden führt. Gesprochen wird das Sternchen üblicherweise als „Ingenieur_Minipause_innen“.

Zum Nachdenken: Die meisten von uns kennen Sätze, die uns in der Kindheit andere gesagt haben, die wir bis heute im Kopf behalten haben – manchmal, weil sie dauernd gesagt wurden, manchmal, weil sie von einer wichtigen Person einmal gesagt wurden; manchmal, weil sie nie gesagt wurden.

Sprache wirkt also. Entsprechend ist dieser Text als Hinweis gedacht, sprachlich Menschen und deren Leben wundervoll sichtbar zu machen, sie und ihre Lebenswirklichkeit einzuladen, statt sie auszuschließen. Dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen Sätze erhalten und verinnerlichen, die helfen, ihr buntes und vielfältiges Potenzial nach ihrem Wunsch zu entfalten.

Die Welt besteht eben nicht nur aus Links- und Rechtshänder*innen. Und wir dürfen voller Staunen darüber miteinander reden. Ich hoffe, ich konnte hierfür eine kleine Anregung geben.



Erläuterungen:

1. Gender/Geschlecht: Als Geschlecht wird in der Literatur in der Regel das biologische Geschlecht bezeichnet – also zumeist weiblich, männlich oder intersexuell. Gender hingegen bezeichnet häufig die sozialen Zuschreibungen von Eigenschaften wie „Männer sind stark“, „Frauen sind emotional“. Gender kann sich auch auf die selbst gewählte geschlechtliche Kategorie beziehen – z. B. transident.
2. Ich kenne Geschichten von Strafen und Umerziehung von Linkshänder*innen noch von familiären Erzählungen.
3. In manchen Ländern gibt es weitere Geschlechtskategorien, z. B. die Hijra, Katoys oder Chanith Omans.
4. „Wir“, weil ich selbst schwul bin und mich als „divers“ identifiziere, weil ich auf männliche Stereotype keine Lust habe. Wenn ich jetzt noch Linkshänder wäre ;-)
5. „Konversionstherapie“ bezeichnet pseudotherapeutische Versuche, Menschen zu heterosexuellem Verhalten zu bringen.
6. Eine Übersicht über sprachliche Möglichkeiten bietet die Stadt Hannover, die seit Anfang 2019 auf das Gendersternchen setzt: „Empfehlungen für eine geschlechtergerechte Verwaltungssprache“ (2019).
7. Als Beispiel der Hinweis auf die Studie „Yes, we can!“ von Vervecken, D., & Hannover, B. (2015).

VIVE LA DIFFERENCE

MÄNNER IN PFLEGEBERUFEN – (FAST) ALLEIN UNTER FRAUEN

Gesundheits-, Kranken-, Kinderkranken-, Altenpfleger und Pflegehelfer sind vergleichsweise junge Berufe, die sich erst im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelt haben und seither immer weiter professionalisiert wurden. Ein Blick auf die Pflege im ambulanten und stationären Bereich zeigt, dass überwiegend Frauen in den Pflegeberufen beschäftigt sind.

Ohne Frauen läuft nichts

Über 70 Prozent der Hauptpflegepersonen in der Pflege sind Frauen. Seit jeher waren es vor allem Frauen, die im pflegerischen Bereich tätig waren. Und auch heute noch wird die Pflege als klassischer Frauenberuf betrachtet. Das liegt daran, dass sich manche Klischees in der Gesellschaft beharrlich halten: Frauen seien von Natur aus fürsorglich und mütterlich, quasi biologisch auf Pflege gepolt.

So sehr auch die Genderdebatte in die einzelnen Gesellschaftsfelder Einzug gehalten hat, in der alltäglichen Pflegepraxis wurde das Thema weitestgehend ignoriert. Aspekte wie Fachkräftemangel, starker Rationalisierungsdruck und vermehrt auftretende seelische Krankheiten durch hohen Arbeitsdruck prägen die Berufspraxis im Gesundheitswesen, insbesondere im Pflegebereich.



Im Angesicht dieser Probleme erschienen Geschlechterverhältnisse im Berufsbild eher als ein auf der Tagesordnung weit nach hinten gerücktes „Luxusthema“.

Unsere Welt ist aber eine Männerwelt. Männer werden als nicht so männlich angesehen, wenn sie in die Pflege gehen. Und Männer sind dazu

erzogen worden, keine Mädchen zu sein oder irgendetwas zu tun, was mit weiblichen Tätigkeiten zusammenhängt.

Laut Statistischem Bundesamt entschied sich 2006 nur jeder 45. männliche Jugendliche für einen Pflegeberuf.

Das Wissen um genderspezifische Verhaltensweisen in Krankheitssituationen ist ein wichtiger Aspekt für die Gestaltung individueller, patientenorientierter Pflege. So kann eine optimale Versorgung der Patienten und Patientinnen ohne Geschlechterklüfte in der Prävention und Therapie möglich werden. Ziel ist es demzufolge, die Genderproblematik vermehrt zu gewichten und zu erforschen.

Geschlechtersensible Pflege beruht auf der Kenntnis der sozialen Prozesse, die Gesundheit und Krankheit beeinflussen, und solcher Prozesse, die sich auf die Pflegepraxis auswirken. Beispielsweise „alte Männer“ benötigen in manchen Situationen „pflegende Männer“, die sie als Männer wahrnehmen und männlichen Interessen und Ausdrucksformen Raum verschaffen. Ein Wunsch der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege ist ohne männliches Personal nicht zu realisieren. Aber auch für die zu pflegenden wie

„Nach Einschätzung der deutschen Wohlfahrtsverbände besteht die Gefahr, dass die Zahl der in der Pflege beschäftigten Männer in Deutschland weiter sinken wird.“

auch die pflegenden Frauen in den Einrichtungen könnten Männer eine Bereicherung darstellen. Insbesondere die Heimunterbringung braucht einen behutsamen Umgang, erfolgt sie in der Regel in einem Alter, in dem die Anpassungsfähigkeit an sich schon gering ist, kommen gesundheitliche Schwierigkeiten (häufig ein Krankenhausaufenthalt unmittelbar davor) hinzu. Den Auswirkungen der fehlenden gewohnten Lebensbezüge auf das psychische Befinden muss neben der gesundheitsbezogenen Fürsorge stärker Rechnung getragen werden. Hier wäre in Altersheimen ein gendersensibler Ansatz zu begrüßen: 80 Prozent der Untergebrachten sind Frauen, 80 bis 90 Prozent der Pflegenden sind ebenfalls Frauen, die Angebote zur Beschäftigung, Bewegung, Begegnung sind weiblich ausgerichtet. Ein Ausgleich in Richtung des männlichen Identitätsgefühls und den damit einhergehenden Interessen wäre zu begrüßen.

Im professionellen Pflegebereich bildet sich ebenfalls die tradierte Vorstellung ab, dass der Bereich der körperlichen Pflege ein weibliches Betätigungsfeld ist, Männer hingegen eine „natürliche Begabung“ für leitende Positionen innehaben. „Männer in der Pflege erhalten eine patriarchale Dividende, da sie häufiger in Führungspositionen im Pflegebereich arbeiten.“ 75% der Pflege-

kräfte in Deutschland sind Frauen, der Anteil der weiblichen Führungskräfte hingegen liegt Schätzungen zufolge unter 25%. Frauen sind mit 70% nach wie vor Hauptverantwortliche, wenn es zu einem Pflegefall in der Familie kommt. Sie leisten durchschnittlich 21 Stunden pro Woche unbezahlte Sorgearbeit und kombinieren diese in 65% der Fälle mit Berufstätigkeit.

Hierbei kommt es zu den bekannten Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, was zum Teil die hohe Teilzeitquote von Frauen belegt. Frauen, die Sorgearbeit leisten und dadurch ihre Erwerbsarbeit unterbrechen oder im Stundenumfang reduzieren, werden dauerhaft finanziell benachteiligt. Sie zahlen geringere Beiträge in das Sozialversicherungssystem.

Nach Einschätzung der deutschen Wohlfahrtsverbände besteht die Gefahr, dass die Zahl der in der Pflege beschäftigten Männer in Deutschland weiter sinken wird. Als Begründung hierfür wird die Abschaffung des Zivildienstes genannt. 12% aller Zivildienstleistenden blieben entgegen ihrer vorher geäußerten Berufswünsche im sozialen Bereich.

Der Pflegeberuf muss dringend stärker professionalisiert werden. Im Rahmen dieses Professionalisie-

rungsprozesses gehört die Genderproblematik in den Fokus, da strukturelle Änderungen allein nicht zum Auflösen der Geschlechterstereotype führen: Fürsorglichkeit und ähnliche Zuschreibungen sollten vom Geschlecht getrennt als berufliche Kompetenzmerkmale gehandhabt werden, welche ein geschlechtsneutrales Berufsbild entwerfen würden.

Durch die Auffassung der Fürsorge als weibliches Qualitätsmerkmal wurde die Emotionsarbeit im Pflegeberuf bisher zu wenig anerkannt und nicht entsprechend entlohnt. Emotionsarbeit wird in beispielsweise therapeutischen Berufen sowohl vergütet, als auch nicht (nur) als Anlage mitgebracht, sondern in der Ausbildung erlernt. Gleiches sollte für das angehende Pflegepersonal gelten. Die Vermittlung eines solchen Berufsbildes nach außen sowie als Leitbild innerhalb der beruflichen Qualifizierung könnte mit den größten Beitrag zur Aufwertung der Pflegearbeit für beide Geschlechter leisten.

Das Berufsbild muss attraktiver gestaltet werden. Eine Kultur der Pflege hängt maßgeblich von einer Kultur der Wertschätzung für diejenigen ab, die in der Pflege tätig sind.

WELCHE ROLLE SPIELT DAS GESCHLECHT?

DIE BERUFLICHE GLEICHSTELLUNG VON FRAUEN UND MÄNNERN



Die berufliche Gleichstellung der in den Bezirkskliniken Mittelfranken tätigen Frauen und Männer wird durch die Vorgaben des bayerischen Gleichstellungsgesetzes gestützt. Das Bayerische Gesetz zur Gleichstellung von Frauen und Männern, wie der offizielle Gesetzestext heißt, besteht bereits seit dem Jahr 1996 und findet zusammengefasst in den öffentlichen Stellen, Behörden, Einrichtungen und Unternehmen des Freistaates Bayern Anwendung.

Das Ziel des Gesetzes liegt dabei auf der Hand, nämlich die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern. Dabei richtet sich das Augenmerk beispielsweise auf die Erhöhung des Anteils von Frauen in Bereichen, in denen sie in erheblich geringerer Zahl beschäftigt sind als Männer, auf die Sicherung der Chancengleichheit von Frauen und Männern sowie eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Gleichzeitig bildet es die gesetzliche Grundlage für die Tätigkeit der Gleichstellungsbeauftragten.

Gleichstellungsarbeit greift in alle Arbeitsbereiche ein. Damit ist es auch bei den Bezirkskliniken Mittelfranken eine zentrale Unternehmensaufgabe, die mit verschiedenen Maßnahmen initiativ gefördert und unterstützt wird.

Eine besondere Verantwortung tragen hierbei die Beschäftigten in Vorgesetzten- und Leitungsfunktionen, in ihren Bereichen auf die berufliche Gleichstellung von Frauen und Männern zu achten und mit geeigneten Maßnahmen zu fördern. Auf die Beseitigung bestehender Nachteile ist durch die Führungskräfte aktiv hinzuwirken.

Ein wesentliches Instrument, wie die Gleichstellung von Frauen und Männern im Berufsleben gemessen, überwacht und gefördert werden

kann, stellt das Gleichstellungskonzept dar. Das Gleichstellungskonzept wird im Rhythmus von fünf Jahren erstellt und gibt einen Überblick zur Situation der weiblichen Beschäftigten zu den männlichen Beschäftigten. Anhand der Iststand-Erhebungen ist ein Vergleich zum vorangegangenen Gleichstellungskonzept zu vollziehen. Daraus ableitend, wird die Entwicklung der beruflichen Gleichstellung von Frauen und Männern und die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen ausgewertet.

AUSSERDEM SOLL DAS GLEICHSTELLUNGSKONZEPT ABER AUCH ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN DARSTELLEN UND LÖSUNGEN FÜR ANSTEHENDE PROBLEME, WIE NEUE INNOVATIVE ARBEITSPLÄTZE, MAßNAHMEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG, AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG USW. ABBILDEN. ZUSAMMEN MIT DER GLEICHSTELLUNGSBEAUFTRAGTEN IST ES DAS HAUPTINSTRUMENTARIUM ZUR UMSETZUNG DES GESETZES.

Bei den Bezirkskliniken Mittelfranken ist derzeit das Gleichstellungskonzept für den Zeitraum 2016 bis 2021 in Anwendung. In den Bezirkskliniken Mittelfranken überwiegt, wie

in den meisten Gesundheitseinrichtungen, der Anteil der beschäftigten Frauen und beträgt derzeit ca. zwei Drittel.

Insgesamt betrachtet, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit, zur beruflichen Weiterentwicklung und zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie getroffen. Beispielhaft sei an dieser Stelle das Betriebliche Gesundheitsmanagement oder der Ausbau der Angebote zur Betreuung der Kinder bzw. Enkelkinder von Beschäftigten genannt.

In diesem Zusammenhang findet auch der Begriff des „Gender Mainstreamings“ Anwendung. Etwas vereinfacht übersetzt bedeutet das, die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen von Beginn an zu berücksichtigen. Was ist damit gemeint? Betrachtet man die in den nächsten Jahren zu erwartende verändernde Altersstruktur der beschäftigten Frauen und Männer, so ist festzustellen, dass der Anteil der älteren Beschäftigten zunehmend überwiegt. Bei zwei Dritteln an weiblichen Beschäftigten werden größtenteils diese davon betroffen sein. Daraus entstehen Bedürfnisse, die beispielsweise mit den betrieblichen Angeboten zur Gesundheitsfürsorge reflektiert werden.

Die Altersstruktur der Beschäftigten wird immer wieder Veränderungen unterliegen. Die Herausforderung wird für uns alle darin bestehen, die berufliche Gleichstellung von Frauen und Männern zu fördern sowie mit innovativen Maßnahmen zeitgemäß und angemessen zu unterstützen. Dabei ist der Versorgungsauftrag der Bezirkskliniken Mittelfranken für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

GESTALTUNG VON MANN UND FRAU

DIE ROLLE DES GESCHLECHTS IN DER BILDSPRACHE

Kunstwerke geben den Betrachter*innen einen Einblick in das Innenleben der Künstler*innen, ihrer Umwelt und ihren Blick auf die Welt. Müsste es dann nicht auch möglich sein, aus ihren Bildern Rückschlüsse auf das Geschlecht der Kunschtchaffenden zu ziehen?

In der Kunsttherapie haben Menschen die Möglichkeit, kreativ tätig zu werden. Sie können Bilder malen und Skulpturen gestalten. Vorerfahrungen, Können und Talent sind dazu nicht vonnöten und auch nicht relevant. Faszinierend ist zu beobachten, dass jeder einzelne Mensch einen eigenen, individuellen Ausdruck in seinen Bildern und Skulpturen hat. Schon nach einer kleinen Werkserie lassen sich wiederkehrende Formen, Farben, Strichführungen, Atmosphären oder ein ähnlicher Bildaufbau erkennen. Diese gemeinsamen Elemente bilden die „Handschrift“ des Kunschtchaffenden. Diese ganz eigene Bildsprache steht unabhängig vom Motiv oder Thema der Werke.

In den Bildern von Aylin Yilmazel ist zum Beispiel die wiederkehrende Form eines Netzmusters zu erkennen. Ebenfalls auffallend sind die Hell-Dunkel-Kontraste und die Ambivalenz zwischen klar

definierten und sich auflösenden Formen. Der Fokus ihrer Bilder liegt auf der Verdichtung der Linien und Formen, welche sich durch die Intensivierung der Farben hervorhebt und dezentral im Bild positioniert ist.

Das kreative Handeln wird vorrangig von unbewussten Prozessen geleitet, weshalb die Bildsprache automatisch wie ein Fingerabdruck immer wieder sichtbar wird und Rückschlüsse auf das Wesen des Menschen gezogen werden können.

Hinsichtlich der Gestaltung von Männern und Frauen wäre es nun nahe-

liegend anzunehmen, dass sich die traditionell angenommenen Unterschiede der Geschlechter in der Bildsprache zeigen. Es könnte davon ausgegangen werden, dass sich diese bei einer Frau durch eine vermeintlich weibliche Bildsprache archetypisch nach dem Venus-Prinzip zeigen könnte, wie beispielsweise eine runde Form, freundliche, helle Farben, filigrane Zartheit. Als männlich könnte demnach eine Bildsprache nach dem Mars-Prinzip mit harten, geraden Formen, aktiven, direktem Ausdruck mit harten Kontrasten sein.

Versucht man diese theoretische Überlegung in der Praxis umzusetzen, stellt man schnell fest, dass diese Hypothese nicht belegt werden kann. So sind in Kunstwerken in der Regel Elemente beider Pole zu finden. Es lässt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Kunschtchaffenden und der Bildsprache erkennen. Vielmehr zeigt sich, dass die individuelle Bildsprache und so auch das Wesen, die Seele oder der Geist eines jeden Menschen, Anteile beider Geschlechter hat. Dieses Bewusstsein sollte aktiv in den Alltag integriert werden, um sich und andere ganzheitlich wahr- und annehmen zu können.



Veranstaltungshinweise

➤ Kunstaussstellung „Erlebtes und Gefühltes – Mein innerer Blick“

20. Juni bis 29. Oktober 2020

Bilder und Skulpturen von Anita Magdalena Franz

Bitte informieren Sie sich auf unserer Website über eventuelle kurzfristige Änderungen bezüglich der Ausstellung.

Weitere Veranstaltungen finden Sie auf unserer Website:

www.bezirkskliniken-mfr.de

Herzlichen Dank an die Künstler*innen und Gastautor*innen für die Unterstützung der Rundschau.
Die Bilder und Skulpturen sind käuflich zu erwerben:

Sönke Lucht
www.soenke-lucht.de

Kontakt bei Interesse
an Bildern:
info@soenke-lucht.de

Aylin Yilmazel
www.aylin-yilmazel.de

Kontakt bei Interesse
an Bildern:
aylin.yilmazel@outlook.de

Anita Magdalena Franz
www.keramikmalanders.de

Kontakt bei Interesse
an Bildern:
anita.m.franz@web.de

IMPRESSUM

Verantwortlich:
Frankenalb-Klinik Engelthal
Prof. Dr. Thomas Kraus
Reschenbergstraße 20
91238 Engelthal
Telefon 09158 926-0
Telefax 09158 926-3101
frankenalbklunik@bezirkskliniken-mfr.de

www.bezirkskliniken-mfr.de

Herausgeber:
Bezirkskliniken Mittelfranken
Feuchtwanger Straße 38
91522 Ansbach
Ansprechpartnerin: Dr. Arianne Peine
Stabsstelle Marketing
und Kommunikation
Telefon 0981 4653-3005
pressestelle@bezirkskliniken-mfr.de

Koordination:
Susanne Jeschke

Redaktion:
Ursula Bierschenk, Susanne Jeschke,
Prof. Dr. Thomas Kraus, Christina
Lommer, Stefanie Weimer

Die Bezirkskliniken Mittelfranken
sind das Kommunalunternehmen
des Bezirks Mittelfranken
Vorsitzender des Verwaltungsrates:
Bezirkstagspräsident Armin Kroder
Vorstand Dr. Matthias Keilen

Gestaltung und Produktion:
Winkler Werbung
Werbeagentur GmbH
Albrecht-Dürer-Platz 4
90403 Nürnberg
Telefon 0911 204251
info@winkler-werbung.de
www.winkler-werbung.de

Druck:
Druckerei Carl Hessel GmbH