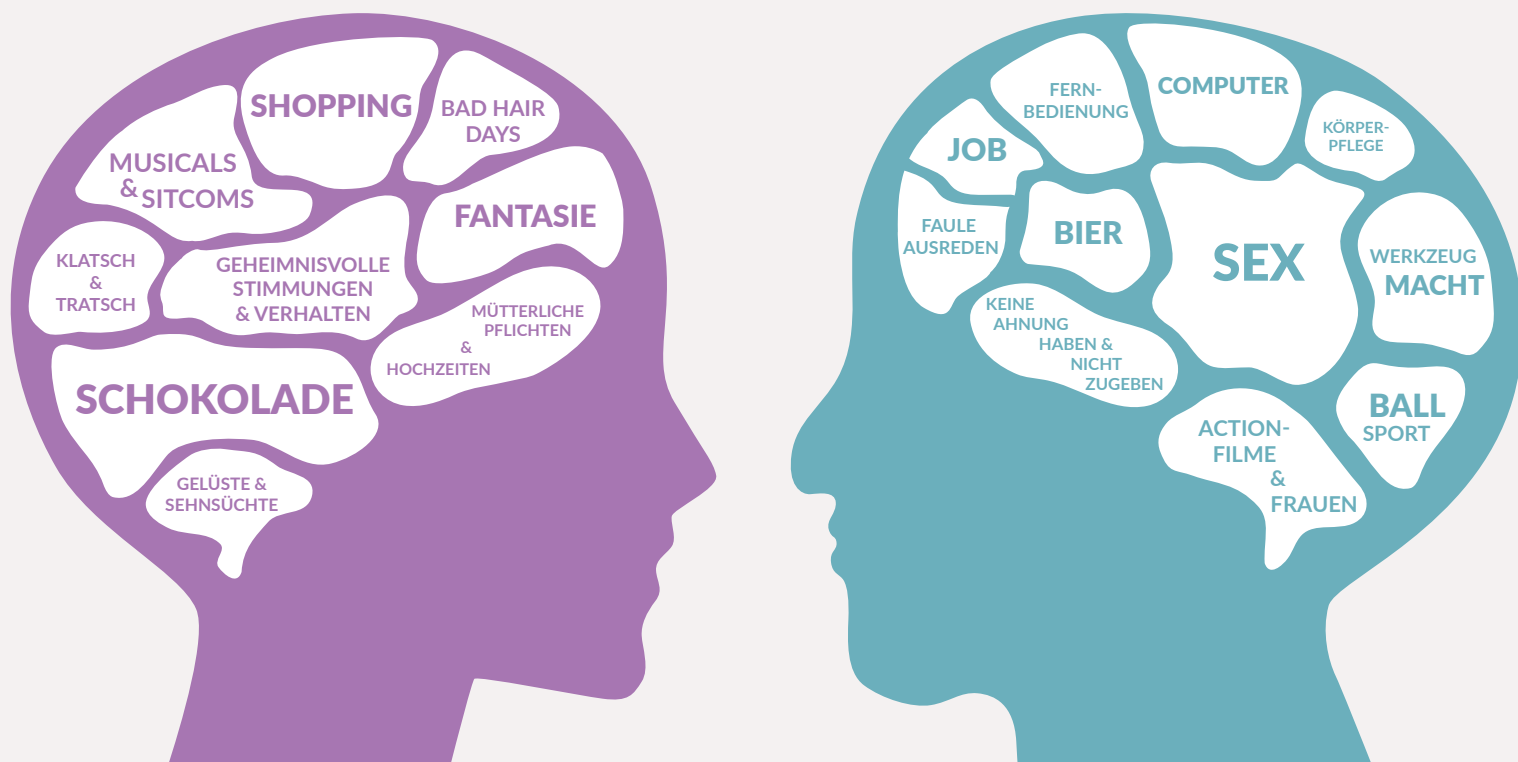




Plakativ und provokativ bildet diese Grafik männliche und weibliche Stereotype ab.

Auf die Unterschiede achten

Geschlechteraspekte bei psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen müssen schneller diagnostiziert und besser therapiert werden, findet Prof. Dr. Birgit Derntl. Voraussetzung für die Professorin an der Tübinger Universitätsklinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie und Leiterin der AG Innovative hirnfunktionelle Verfahren: ein genaueres Hinsehen, gerade auch in puncto Geschlechteraspekte. Solange Männer und Frauen „über einen Kamm geschoren“ würden, würde Wesentliches oft übersehen.

Werden Geschlechteraspekte bei psychischen Erkrankungen bislang eher wenig beachtet?

Ja, leider. „Aha, es gibt da also Unterschiede ...“ – so und ähnlich reagieren Kolleginnen und Kollegen anderer Disziplinen manchmal. Wobei das „Aha“ gar nicht unbedingt wertend gemeint ist. Ich erlebe ein Schwanken zwischen Unglauben, Überraschung und – das ist das Erfreuliche – einer zunehmenden Neugierde.

Wo sehen Sie Defizite im Forschungsgeschehen?

Es ist selbstverständlich, dass in wissenschaftlichen Studien Faktoren wie das Alter, die Bildung oder der kulturelle Hintergrund berücksichtigt werden. Auch Diversitätsaspekte werden immer wichtiger. Die Offenheit für den Geschlechteraspekt lässt hingegen bislang zu wünschen übrig. Aber es tut sich et-

was: In den USA wurden 2016 entsprechende Richtlinien für die Studienplanung eingeführt, die EU hat diese Richtlinien auch. Alles, was dabei hilft, von klassischen Vorurteilen wegzukommen, die einer differenzierten wissenschaftlichen Betrachtung natürlich im Wege stehen, ist gut.

Was für Vorurteile meinen Sie?

Viele glauben: Frauen sind empathischer, emotionaler. In Befragungen sehen wir das tatsächlich auch. Wenn wir das mithilfe von Emotions-Tests messen, stellt es sich allerdings differenzierter dar. Auch Männer sind sehr empathisch und emotional – befragt danach, geben sie es aber weniger an, während Frauen sich hier durchwegs als emotional und empathisch darstellen. Ein Geschlechterunterschied, der viel stärker in der subjektiven Einschätzung ist, als wir es mit unseren Verfahren aufzeigen können.

Reden wir jetzt über Frauen generell oder über Frauen mit psychischen Erkrankungen?

Gute Frage. Tatsächlich müssen wir zunächst wissen, was wir salopp gesagt von einer gesunden Frau erwarten können, bevor wir deren Leistungen mit jenen von Frauen mit Erkrankungen wie beispielsweise einer Schizophrenie, einer Depression oder einer Essstörung vergleichen. Was wissen wir beispielsweise über ihren Zyklus? Nimmt die Frau die Pille, ist sie schwanger oder in der Menopause? Das macht einen großen Unterschied. Wir dürfen nicht alle Frauen über einen Kamm scheren. Und auch die Männer nicht. Bei Männern gibt es ebenfalls große Variationen, sogar im Hormonspiegel.

Warum ist es so wichtig, weibliche und männliche Kranke nicht über einen Kamm zu scheren? Was sind die Vorteile von mehr Differenzierung?

Im Moment ist es so, dass 80 Prozent der neurowissenschaftlichen Studien zur Psychopharmaka-Wirkung keine Geschlechterunterschiede untersuchen. Innerhalb der zwanzig Prozent, die dies aber tun, finden wir über 70 Prozent Geschlechterunterschiede! Wir gehen davon aus, dass sich durch eine individualisierte Medizin die Diagnostik verbessern und die Therapiedauer verkürzen lässt. Aktuell hängen die Erfolge sehr stark von der Erfahrung der behandelnden Person ab. Das darf nicht sein. Es braucht Tools, die bei einer guten Navigation durch den Diagnose- und Behandlungsdschungel helfen.

Reden wir hier über die ferne Zukunft oder gibt es bereits konkrete Ideen?

Ich spreche zwar gern von einer Vision, aber lassen Sie mich so sagen: Am Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit – Tübingen ist hier einer von sechs Standorten bundesweit – gehen wir davon aus, dass wir bereits bis 2030 wesentlich weiter in Sachen individualisierte Therapie sind.

Was für Entwicklungen sind vorstellbar?

Denkbar ist die Entwicklung von Plattformen, über die wir die Ergebnisse bestimmter Messmethoden zusammenführen können. Faktoren wie Hirnscans, Blutwerte, diagnostische Tests etwa. Unsere Hoffnung ist, dass man dann rasch sagen kann: Diese depressive Patientin braucht eine Therapie mittels Neuromodulation. Jene sollte eine Psychotherapie machen. Einer dritten empfiehlt man vielleicht eine Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie.

Das klingt, als ließen sich unnötige Schleifen und Umwege in der Therapie vermeiden?

Das wäre ein Ziel, ja. Der Begriff der „Drehtür-Psychiatrie“ ist verbreitet und meint nichts anderes als die hohe Rückfallquote. Immer wieder kommt es vor, dass viele Medikamente gegeben und immer wieder neu eingestellt werden müssen, bis eine Therapie greift. Auch bei der Psychotherapie gibt es oft zahlreiche Anläufe. Die derzeitige Situation ist alles andere als zufriedenstellend. Die Idee, hier etwas bewegen zu können, lässt Kolleginnen und Kollegen vielfach zumindest hellhörig werden.

Wie sieht es bei den Studierenden aus? Lassen die sich für Genderthemen gewinnen?

Absolut. Nicht nur bei den Frauen erlebe ich eine große Offenheit, auch die jungen Männer wollen wissen, was die Pille mit ihrer Partnerin macht. Wir alle profitieren von einer individualisierten Medizin – der 60-jährige Mann wie der Jugendliche in der Pubertät. Im Moment wissen wir vor allem über Frauen vergleichsweise wenig. De facto geht es aber darum, für alle das Bestmögliche zu erreichen. —

Interview: Elisabeth Hussendörfer

Foto: Verena Müller

Grafik: Pietro Conte



Prof. Birgit Derntl leitet die AG Innovative hirnfunktionelle Verfahren an der Universitätsklinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie.