

Gender Mainstreaming – Diskussionsvorlage Handreichung für das Treffen vom 8.-9.10. 2007 (Gera)

Gender Mainstreaming ist in EU-geförderten Projekten gerichtet auf die strukturelle Umsetzung von Gendergerechtigkeit. Diese impliziert Sensibilisierungsmaßnahmen in „Sachen Gender“. Genauer ist die Vergabe von EU-gebundenen Mitteln verbunden mit der Verpflichtung, den jeweiligen Beitrag auch unter dem Aspekt von Geschlechtergerechtigkeit zu reflektieren und Genderreflexivität in Bezug auf die Fachlichkeit zu entfalten.

Für die Qualifikation ist insofern relevant, auf zwei Ebenen vorzugehen. Zum einen gilt es zu prüfen, ob mit dem Projekt ein Betrag **zu vermehrter Gendergerechtigkeit** umgesetzt wird. Zum anderen ist das Projekt aufgefordert, das **für das entsprechende Fach relevante Genderwissen in die Arbeit zu integrieren** und so fachliche Arbeit entsprechend zu qualifizieren. Dies bedeutet genauer:

I. Ebene: Es ist zu prüfen ob Männer und Frauen gleichermaßen von dem Projekt erreicht wurden, ob ggf. unterschiedlichen Anliegen berücksichtigt wurden und welche Auswirkungen die jeweiligen Maßnahmen des Projektes für das Leben von Männern und Frauen haben¹.

II. Ebene: Es ist weiter die fachliche Zielgenauigkeit der intendierten Intervention zu hinterfragen. Dies meint eine Klärung, wie sich Maßnahmen, Projekte und Hilfeleistungen für die Betroffenen jeweils auf Männer und Frauen auswirken, ob diese angemessen unterstützt bzw. ob den Betroffenen in Bezug auf deren subjektive Wünsche und Zielsetzungen unter geschlechterdifferenzierenden Aspekten angemessen Raum gewährt wird.

Diesen fachqualifizierenden doppelten Blick kann man bildlich fassen mit der Vorstellung, dass das Projekt eine Art **Genderbrille** aufsetzt. Dies meint, die fachliche Intervention mit einem spezifischen Fachwissen aus der Genderforschung bzw. den genderreflektierenden Wissensbeständen des Faches und die für das Projekt relevanten Daten entsprechend zu prüfen.



¹ Stiegler, Barbara (2000): Wie Gender in den Mainstream kommt, Konzepte, Argumente, Praxisbeispiele zur EU – Strategie des Gender Mainstreaming, Friedrich-Ebert-Stiftung (HG), Bonn-Bad Godesberg, August 2000 (download: <http://library.fes.de/fulltext/asfo/00802toc.htm>)



Was heißt das nun - die Genderbrille aufsetzen?

Erst einmal heißt dies ganz einfach, **Besonderheiten in den jeweiligen Lebensphasen von Männern und Frauen** zu berücksichtigen.

Die Genderforschung hat belegt, dass Geschlecht nicht einfach „jeder hat“, sondern dass Geschlecht „gemacht“ ist. Dieser Prozess heißt in der Fachdiskussion **doing gender und meint** die Auseinandersetzung der Subjekte mit der „Konstruktion Geschlecht“.

In der Sozialpädagogischen Diskussion werden von diesem Prozess sog. Bewältigungsanforderungen (Böhnisch, 2003²) abgeleitet, die sich auf die Gestaltung des Alltages, auf den Umgang mit Konflikten - und entsprechend auch psychische Erkrankungen und deren Genese beziehen können (vgl. Rohde/Marneros³, 2007, S. 55ff).

Die Geschlechter sind gleichwertig, aber nicht gleich. (..) Sowohl körperliche als auch behaviorale, interaktionale und andere psychische Unterschiede sind evident. Die Unterschiede in der somatologischen Nosologie und Therapie sind nicht nur durch unterschiedliche Anatomie, sondern auch durch unterschiedliche Psychologie und Funktionalität des Körpers gegeben. (...)

Auch die Psyche des Menschen ist durch das Geschlecht unterschiedlich geprägt. Unterschiede in Verhalten und Erleben, interaktionalen Systemen, Interaktionsstrategien, Expressions- und Rezeptionsmodi sind jedoch nicht nur im Alltag evident. Geschlechtsspezifische Prägungen und Ausdrucksformen des Psychischen haben auch unterschiedliche Erscheinungsformen von Entgleisungen, Störungen oder Defiziten zur Konsequenz (ebd.)....

I. Die Genderbrille in der Psychiatrie und Psychotherapie aufsetzen kann bedeuten, Fachwissen über psychische Erkrankungen von Männern und Frauen unter geschlechtsspezifischen Aspekten zu differenzieren (vgl. Rode/Marneros, 2007⁴).

II. Die Genderbrille aufsetzen kann weiter bedeuten, Fragen zur Alltags- und Lebensbewältigung unter dem Eindruck der Erkrankung bzw. Beeinträchtigung zu stellen und darin zu klären, welche subjektiven Wünsche und Bedürfnisse von den jeweiligen Männern und Frauen geäußert werden in Bezug auf ihre Alltagsgestaltung und ob diese berücksichtigt wurden.

III. Die Genderbrille aufsetzen kann auch bedeuten, die Auswirkungen der Konstruktion Geschlecht auf die Fremd- bzw. Selbststigmatisierung zu analysieren. Dies bedeutet in die Analyse einzubeziehen, in welcher Weise Entscheidungen durch Kostenträger, Integrationseinrichtungen, Werkstätten etc. und deren Konsequenzen, durch die entsprechend beschlossenen Interventionen, Flankierungsprozesse und Bewilligungsverfahren für Hilfeleistungen und Kostenerstattungen etc. alltagstheoretischen Begründungen unterliegen, die sich auf vermeintlich normales Verhalten von Männern und Frauen beziehen. Insbesondere Annahmen in Bezug auf die Genese und den

² Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung (Lothar Böhnisch, 2003³) Inhaltsverzeichnis s.: <http://www.gbv.de/du/services/agi/C5DC4ECE055C2110C1256FF10050220C/420000133683>

³ „Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie“. Ein Handbuch (Anke Rohde, Andreas Marneros, Hg.), Kohlhammer Verlag 2007

⁴ „Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie“. Ein Handbuch (Anke Rohde, Andreas Marneros, Hg.), Kohlhammer Verlag 2007, Rezension s.u.: http://www.querelles-net.de/2007-22/text22heuser_schommer_rohde.shtml?print



Krankheitsverlauf sind unter diesem Aspekt der Deutung von vermeintlich natürlichen Geschlechterdifferenzen zu hinterfragen.

Fallbeispiele:

Diese verschiedenen Ebenen sollen im Folgenden exemplarisch an zwei Fällen diskutiert werden. Die Beispiele, die hier vorgestellt und diskutiert wurden, lagen in anderen Zusammenhängen einem Gremium vor, das als Netzwerk zusammen kommt um gemeinsam an der Klärung möglicher Unterstützungs-, Integrations- oder Flankierungsmaßnahmen zu wirken und entsprechend fachliche Überschneidungen und bürokratische Hindernisse zu überwinden. .

Die geschilderten Fälle werden selbstverständlich anonymisiert. Sie werden im Diskussionskontext des Projektes für das Zusammentreffen in Gera genutzt, um auch hier für die zu qualifizierenden Diskussionszusammenhänge Fälle zu illustrieren, die belegen, dass Gendersensibilität in verschiedener Art und Weise zur Anwendung kommen kann.

An diesen exemplarischen Fällen soll insbesondere der dritte weiter oben aufgeführte Punkt erläutert werden – die alltagstheoretische Relevanz von Haltungen in der Entwicklung von Vorschlägen und in der Eröffnung von Maßnahmeförderungen und Interventionsvorschlägen.

Mit dieser Diskussion wird angestrebt, über ungestellte Fragen (z.B. bei Entscheidungen von Kosten- und Leistungsträgern) zu sprechen und zu sensibilisieren für die Auswirkungen von alltagstheoretischen Haltungen gegenüber Männern und Frauen, die in psychologischen, psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Zusammenhängen Beratung benötigen.

Fall 1 (weibliche Patientin):

In einem Netzwerk⁵, das zusammentritt, um weitere Flankierungs- und Kostenübernahmen zu diskutieren, wird folgender Fall vorgestellt:

Eine Frau mittleren Lebensalters ist vorübergehend in einer Tagesklinik untergebracht. Sie wird durch ihre Hausärztin eingewiesen. Diese hat eine (vorübergehende?) Depression diagnostiziert. Die Patientin selbst trägt vor, sie habe *das Gefühl, ihr Leben nicht mehr richtig regeln zu können*.

Als Auslöser für die Depression wird für die Netzwerkrunde aus der Akte wie folgt zitiert: „Die Betroffene (49 Jahre) erlitt eine reaktive Depression, weil sie aus wirtschaftlichen Gründen entlassen wurde. Sie war bis dahin eine zuverlässige Arbeitskraft, mehr als 13 Jahre als Verkäuferin beschäftigt. Da sie aber als Teilzeitkraft nur noch bedingt einsetzbar ist, wird ihr gekündigt“.

Die Frau hat also ihren Arbeitsplatz verloren. Sie ist 13 Jahre lang in einem kleinen Laden beschäftigt gewesen. Dort galt sie als zuverlässige Kraft (so ihre Selbstdarstellung). Der kleine Laden gerät unter finanziellen Druck. Als Teilzeitbeschäftigte wird ihr gekündigt. Die Betroffene kann und möchte nicht mehr arbeiten. Sie hat in ihrem Haushalt für ihren Mann und ihre Mutter zu sorgen. Ihr Mann ist Frührentner, die Mutter ist pflegebedürftig.

⁵ Es beraten sich hier MitarbeiterInnen, die für Reha-Maßnahmen, Förder- und Integrationsmaßnahmen (Arge und Krankenkasse) etc. zuständig sind etc.



Mit Eintritt in die Arbeitslosigkeit wird die Mutter der Betroffenen in eine neue Pflegebedürftigkeitsstufe eingestuft, d.h. es tritt eine weitere Belastung in dem Leben der Betroffenen durch die Verschlechterung der Situation der Mutter ein

Die Kostenträger beraten nun über die weitere „Verwendbarkeit“ bzw. die „Vermittelbarkeit“ der Klientin auf dem Arbeitsmarkt. Die Kostenträger stellen dabei fest, dass die Frau *offensichtlich psychisch labil und wenig belastbar sei*.

Bezogen auf ihre Wiedereingliederung sei ihre Verfügbarkeit für den ersten Arbeitsmarkt zwar gegeben, doch durch die Beschränkung, nur eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen zu wollen, sei sie nur bedingt einsetzbar.

Das Problem, das zur Entlassung geführt hat, sei ja auch ihre Teilzeitbeschäftigung gewesen. Es sei jedoch zu erwarten, dass sie, wenn sie ihre Depression überwunden haben würde, wieder voll einsatzfähig wäre. Insofern sei dann zu klären, ob sie eine andere Teilzeitbeschäftigung finden könnte bzw. ob auch eine Vollzeitbeschäftigung denkbar wäre.

In der Beratungsrunde wird nun wie folgt über den Verlauf der Genesung gesprochen:

Vorgetragen wird insbesondere das in der Klinik deutlich gewordene Abhängigkeitsverhältnis der Patientin zur Mutter. Diese telefoniere täglich und die Patientin habe regelrecht Angst vor den Anrufen der Mutter gezeigt. Wenn das handy geklingelt hätte, wäre sie erst einmal damit beschäftigt gewesen zu gucken, ob es schon wieder die Mutter sei...

Diskutiert wird nun die offensichtlich nicht gelöste Mutterbindung und die Frage, ob die Hausärztin, bei der die Patientin ab und an Beratungsgespräche geführt habe, für diesen Befunde eine angemessene Therapeutin sei. Als Lösung wird vorgeschlagen, entweder die Frequenz der therapeutischen Gespräche mit der Hausärztin zu erhöhen bzw. die Klientin zu beraten, eine höherfrequente, ambulante Therapie anzustreben.

Die Kostenträger (ohne Genderbrille!) beziehen die Relevanz der häuslichen Bedingungen nicht weiter ein. Die Belastbarkeit der Frau wird ausschließlich auf ihre innerpsychische Problematik reduziert. Die Gruppe scheint sich einig, diese Frau hat eine depressive Disposition und eine Mutter-Tochter-Problematik. Die Empfehlungen des Netzwerkes enden mit diesen Überlegungen.

Die Alltagsanforderungen, die an diese Frau gestellt werden, werden nicht weiter bedacht. Die familiäre Situation wirkt aber bei genauerem Hinsehen komplex. Es offenbart sich nicht nur eine nicht bewältigte Ablösung zwischen Tochter und Mutter, es wird nicht gefragt, in welchem Verhältnis der Frührentner zur Mutter steht, ob er sich an den Pflegeleistungen für die Mutter beteiligt, ob diese ausschließlich auf der Klientin lasten etc. Die Pflegeleistungen für die Mutter werden als Normalität im Leben einer Frau antizipiert, die mögliche Belastung durch den in Frührente getretenen Ehemann ebenfalls. Das Gremium diskutiert lediglich die innerpsychische Belastbarkeit der Klientin, diagnostiziert übereinstimmend eine depressive Disposition (möglicherweise auch eine posttraumatische Belastungsstörung – s .Anhang) .

Nicht gestellte Fragen:

Nachfragen bezogen auf die Beziehung zum Ehemann wurden nicht gestellt. Es wird nicht gefragt, wie die Alltagssituation der Patientin nach der Entlassung aus der Tagesklinik aussieht, welche Beziehung zum Ehemann besteht, ob dieser in die Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen einbezogenen ist, die für die alte Mutter zu erbringen ist etc.

Die Diagnose wird vorrangig auf den „Innenraum“ der Frau gerichtet.



In der Beratung der Kostenträger scheint die möglicherweise durch die Pflegeanforderung erhöhte Belastung im Alltag der Frau unerheblich. Alltagstheoretisch lässt sich daraus schließen, dass die Vereinbarkeit von familiären Pflegeleistungen (care) und beruflichen Anforderungen als normale Belastung für eine Frau im mittleren Lebensalter bewertet wird. Diese Normalität (=alltagstheoretische Geschlechterdeutung) führt dazu, dass das Gremium ausschließlich die psychische Erkrankung der Frau bedenkt und darin wiederum rasch einig ist, dass hier ein ungelöste Mutter-Beziehung zu bearbeiten sei.

In der Beratung der Kostenträger entstand im weiteren Beratungsverlauf – geprägt durch diese alltagstheoretischen Annahmen - eine Diskussion über die intendierten psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Interventionen und die von den jeweiligen Kostenträgern zu übernehmenden Kosten. Veränderungsvorschläge in Bezug auf mögliche Entlastungen für die Alltagsbewältigung der Klientin, die sich für den Verlauf der Genesung als begünstigende Faktoren abbilden könnten, wurden nicht erörtert.

Fall 2 (männlicher Patient):

In dem gleichen Netzwerk, das sich zusammen gefunden hat, um über gemeinsame Möglichkeiten der Flankierungsmaßnahmen bzw. Kostenübernahmen zu diskutieren, wird ein zweiter Fall vorgestellt:

Ein 23jähriger junger Mann, ebenfalls Klient in einer psychiatrischen Klinik (Tagesklinik), wird vorgestellt. Die Mitarbeiter/innen der Klinik würden den Klienten gerne angemessen flankieren und ihm Möglichkeiten für die Zukunft eröffnen, die sich im zur Zeit nicht erschließen. Sie hoffen, dass dem Klienten, der latent suizidal sei, deutlicher die weitergehende Perspektive eröffnet werden könnte. Dies würde sich, so wird vorgetragen, auf den Krankheitsverlauf ggf. positiv auswirken.... Vorgetragen wird, aktuell mangle es dem Klienten an Perspektive. Er sei bereits seit einem Jahr in der Klinik und sehe quasi „kein Land“. Die Mitarbeiter/innen bitten um Mithilfe bei den Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Kostenträger zur Entwicklung von Perspektiven für den weiteren Lebensweg dieses Patienten.

Die Diagnose lautet: akute Psychose aufgrund von lang andauerndem Cannabis-Konsum (etwa seit sieben Jahren konsumiert der Patient regelmäßig Cannabis – andere Abhängigkeiten werden nicht bezeichnet). Die Diskussion der Kostenträger über die Perspektive diesen jungen Mannes und seine Möglichkeiten einer späteren Integration in den Arbeitsmarkt verläuft wie folgt:

Die Symptomatik wird als schwerwiegend eingeschätzt. Aufgrund der Akte wird als diagnostizierte Problematik eine vermutlich durch Cannabis initiierte Psychose angenommen. Die Kostenträger diskutieren, wie diesem jungen Mann geholfen werden könne, für den eigentlich weder Reha-Maßnahmen noch anderen Beschäftigungsangebote greifen dürften. Alle diese Maßnahmen würden an seinem Krankheitsbild und der daraus resultierenden geringen Belastbarkeit scheitern. Auch andere, zeitlich begrenzte Beschäftigungsvorschläge würden vermutlich kaum greifen (Werkstatt etc.). Insofern sei über eine Zwischenlösung nachzudenken.

Vorgeschlagen wird die Rückführung des Patienten in den Betrieb des Vaters, der Vater ist Tischler. Er besitzt einen eigenen Betrieb und hat den Klienten nach Abschluss seiner Ausbildung in diesem Betrieb beschäftigt. Ob dies nur ein formalrechtlich relevantes oder ein tatsächliches Beschäftigungsverhältnis dargestellt hat, ist unklar. Die Idee, den Klienten hier bis zur endgültigen „Genesung“ zu beschäftigen, wird einvernehmlich als „Lösung“ unterstützt.



Dies erscheint den Kostenträgern naheliegend. Begründet wird dieser Vorschlag damit, dass in dem väterlichen Betrieb die Struktur möglich werde, die diesem jungen Mann fehlt. Es sei, so wird wörtlich vorgetragen, doch auch „eine gute Lösung“, besser jedenfalls als dass ihn die Arge als 1 Euro Jobber führe... (Die Beratung der Kostenträger endet an diesem Punkt).

Nicht gestellte Fragen:

Nicht weiter nachgefragt wird nach der familiären Disposition. Bekannt ist jedoch, dass „die Familie“ dem jungen Mann vorhält, er reiße sich nicht zusammen. Der Vater, der ihm offensichtlich quasi „im Nacken“ sitzen würde, sei bemüht, die Erkrankung des Sohnes durch Kommentare zu banalisieren, die lauten: „Der muss sich nur ein wenig am Riemen reißen, dann wird das schon ...“. Der Vater äußert damit deutlich die Hoffnung, dass der junge Mann die Krankheit auf diese Weise bald in den Griff bekommen sollte, damit die Sorge von der Familien genommen sei.

Nicht geklärt wird die Beziehungsebene, die möglicherweise von Bedeutung ist.

Der Klient hat für seine eigene Erkrankung als Auslöser zwei Faktoren benannt: Zum einen habe er Schwierigkeiten mit einer Beziehung zu einer jungen Frau gehabt, dies habe ihn sehr unter Stress gesetzt.

Zum anderen habe der Klient erzählt, seine ersten psychotischen Erkrankungsmomente seien aufgetreten, als er im Ausbildungsbetrieb „Stress mit seinen Kollegen gehabt habe“.

Es braucht sicherlich keine explizite familiensystemische Sichtweise bemüht zu werden, um die von den Kostenträgern präferierte Perspektive als keine Überzeugende zu klassifizieren.

Die Diagnose, der junge Mann benötige vor allem einen geregelten Alltag und insofern sei eine Rückkehr in ein Beschäftigungsverhältnis intendiert, ist erstaunlich. Angesichts der gemeinsamen Erkenntnis, der Klient sei faktisch kaum vermittelbar, da weder als kurz- noch als mittelfristiges Ziel die Vermittelbarkeit in eine Beschäftigung mit einer Belastung von mehr als drei Stunden zu erwarten sei – erscheint der Vorschlag einer Beschäftigung im Betrieb des Vaters mehr als erstaunlich.

Alltagstheoretische Deutungen in Rechnung stellend könnte man nun diskutieren, ob hier der Beschäftigungskontext höher bewertet wird als der Beziehungszusammenhang. Das Erstaunliche an dieser vermeintlichen „Lösung“ ist das Einvernehmen, mit dem das Netzwerk die Beratung abschließt.

Wird hier eine alltagstheoretische Interpretationen über *Männlichkeit* relevant gemacht, die vor allem die mangelnde Struktur und die Nichteingebundenheit in einen Beschäftigungszusammenhang erkennt – und dafür das Problem der offensichtlich problematischen Beziehung zum Elternhaus gänzlich außer Acht lässt?

Es fällt jedenfalls auf, dass dem Gremium ganz aus dem Blick gerät, dass möglicherweise gerade die Beziehungsproblematik (zum Elternhaus/Vater) ein Auslösefaktor für die Erkrankung gewesen sein könnte. Insofern ist diese „Lösung“, die eher kontraindiziert sein dürfte, erstaunlich.

Im Gegensatz zur weiblichen Patientin im ersten Beispiel wird hier der Blick auf die Außenwelt für wichtiger geachtet als der Innenblick, auf die psychischen Auslösefaktoren und ungelösten Beziehungen zum Elternhaus. Eine Sicht auf die psychische Dynamik (die „Innenwelt der Klientin“) erscheint zweitrangig gegenüber einer „Regelung des Beschäftigungsverhältnisses“ („die Außenwelt des Klienten“)



Anhang:

Im Anhang werden einige geschlechterdifferenzierende Daten zu den jeweiligen „Krankheitsbildern“ referiert. Diese sind Auszüge aus einem neuen Handbuch (Rohde u.a. 2007⁶)– Diese Auszüge mögen illustrieren, wie in der Fachdiskussion über geschlechterdifferenzierende Aspekte diskutiert wird. Es zeigt sich an diesen Ausschnitten, dass Geschlecht nicht so einfach zu differenzieren ist und dass viele Faktoren relevant sein können, durchaus bezogen auf Geschlecht, doch sind verschiedene Dispositionen relevant, die sich auch hier für die erwähnten Krankheitsbilder abbilden:

Zum Fall 1:

In dem Handbuch heißt es:

Die Situation der Klientin wurde klassifiziert als depressive Disposition. Erörtert wurde auch, dass diese möglicherweise schon vor der Entlassung relevant war. In der Literatur heißt es:

„Allgemein wird festgestellt, dass Frauen, häufiger an **Depression** erkranken als Männer“. Weiter wird vorgetragen, dass zur depressiven Disposition bekannt ist, dass Frauen mit Depressionen (insbesondere bei Angststörungen) nicht selten in der Vorgeschichte eine größere Vulnerabilität für umweltbedingten Stress haben.

Weiter wird festgestellt, dass die Depression oft eine Reaktion auf belastende Lebensereignisse oder körperliche Erkrankungen sei. Frauen und Männer, die geringe Bewältigungsstrategien und geringere soziale Unterstützung hätten, wären weiter für Depressionen anfälliger als Menschen, die über stabile soziale Netzwerke bzw. über vielfältige Bewältigungsstrategien verfügen würden. Differenzierte Studien zeigen auch, dass bei Frauen eine höhere Sensibilität zu Depression fördernden Affekten von schwachen sozialen supportiven Strukturen festgestellt würden. Doch sind diese Ergebnisse durchaus umstritten (Kendler u.a. 2005; vgl. Rohde u.a. 2007, S. 84-85)

Da weiter für den Fall eine posttraumatische Belastungsstörung in Erwägung gezogen wurde, ist zu dieser Diagnose wie folgt auszuführen:

Zu **posttraumatischen Belastungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen** wird in diesem Handbuch ausgeführt, dass „akute Belastungsreaktionen und posttraumatische Belastungsstörungen hohe Übergangswahrscheinlichkeiten aufweisen, so dass sich der differentialdiagnostische Prozess problematisch gestalten kann (...)

Epidemiologisch fundierte Störungsmodelle (vgl. u.a. Freyberger et. Al 2005) würden heute von einem Zusammenspiel zwischen Risikofaktoren, Ereignisfaktoren und Schutzfaktoren ausgehen. Zu den Risikofaktoren zählen verschiedene Faktoren, u.a. auch die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht (s.u.).

Risikofaktoren werden wie beschrieben:

- das prämorbid Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen,
- bereits früher erlebte Traumata,
- weibliches Geschlecht (!),
- ein niedriger Bildungsstand,
- eine unzureichende soziale Vernetzung mit andere Personen, zu denen enge emotionale Bindungen bestehen und
- ein prinzipiell eher passives Bewältigungsverhalten auch gegenüber anderen Belastungen. (...) (ebd).

⁶**Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie.** Ein Handbuch (Anke Rohde, Andreas Marnaros, Hg.), Kohlhammer Verlag 2007, Rezension s.u.: http://www.querelles-net.de/2007-22/text22heuser_schommer_rohde.shtml?print



Bezogen auf sog. **Schutzfaktoren**, also Faktoren, die eine Erkrankung verhindern können bzw. die Gesamtprognose positiv beeinflussen wird angeführt, dass

- zum einen die Frage der Bewältigungsmechanismen entscheidend sei, zum anderen
- die Gesamtprognose von der Quantität und Qualität der Beziehungspersonen im sozialen Netzwerk abhängen.
- Ein weiterer Schutzfaktor sei der sogenannte Kohärenzsinn (hierunter sei zu verstehen, wie gut es einer/m Betroffenen gelinge, im Rahmen des Bewältigungsprozesses das Trauma als kohärenten Vorgang zu erleben und ob er/sie selbst diesen „in einen angemessenen Sinnzusammenhang einbetten könnte.“ (vgl ebd. S. 134ff)

Zum Fall 2:

In der hier zu Rate gezogenen Fachliteratur wurde das Thema dissoziative Störungen aufgrund von **Cannabiskonsum** kaum unter geschlechterdifferenzierenden Aspekten diskutiert. Insgesamt wird das Thema eher verharmlost. Dort heißt es lediglich, der Informationsbedarf über Cannabinoide könne nur bedingt befriedigt werden.

So finden sich zwar Hinweise auf die Verbreitung („Cannabis ist in Deutschland die am weitesten verbreitete illegale Droge“, vgl. Rohde, 2007, 41ff). Für den Verlauf bzw. die Gefährdung durch den Konsum aber wird vermerkt, dass die überwiegende Mehrzahl aller Konsumenten (weniger als 98%) vorübergehend Cannabis konsumieren würden, da dieser ein „an Jugend und jüngeres Erwachsenenalter gebundenes Phänomen“ (ebd.) darstelle.

Erscheinungen wie eine Cannabis initiierte Psychosis werden in dieser Abhandlung nicht erfasst. Erwähnt wird jedoch, dass

- für Störungen durch Cannabinoide relevant sei, dass die Lebenszeitprävalenz von Cannabis in Deutschland zwischen 1993 und 2001 unter den 12-25 Jährigen beachtlich gestiegen sei (von 16 auf 26%).

Es wird zwar einschränkend erwähnt, dass dies im Vergleich zu Alkohol (92%) bzw. Tabak (69%) relativ sei, ist für die Entstehung von Abhängigkeit meist multifaktorial Abhängigkeiten zu betrachten seien. insofern wird vermerkt, dass männliche Probanden häufiger als weibliche Patienten zusätzlich andere Substanzen, z.B. Alkohol konsumieren würden (vgl. Mann/Ackermann, 2000, zit. nach Rohde u.a. 2007, 45)

Geschlechtsspezifische Studien zum Verlauf von psychisch dissoziativen Reaktionen aufgrund von länger anhaltendem Cannabiskonsum liegen (noch) nicht vor.

Deshalb sollen die Ausführungen zum Verhalten von Männern und Frauen bei Alkoholabhängigkeit als noch erwähnenswert gewertet werden:

Die Forschung hat festgestellt, dass z.B. Männer unter Einfluss von Alkohol stärker enthemmende Wirkungen empfinden würden (und folglich zu aggressivem Verhalten neigen), während Alkohol sich auf Frauen eher sedierend auswirke (so dass sie passivere bzw. resignationsfördernde Verhaltensweisen zeigen würden). (vgl. Fillmore und Waefner, 2004, zit. n. Rohde u.a. 2007, S. 37)



Auch wird in der Forschung vermerkt, dass rückfallgefährdende Faktoren nach Hurrelmann, 2002 bei Frauen signifikant höher seien bei nicht bewältigten Konflikten, die sie als „zwischenmenschliche“ Probleme“ kennzeichnen würden (Annis und Graham 1999), während Männer eher „positive Gefühlszustände“ als rückfallgefährdend und „als positiv deklarierte zwischenmenschliche Situationen“ auslösende Faktoren kennzeichneten (Skutle, 1999). (Rohde u.a. 2007, S 36ff). Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass Männern die Integration von enttäuschten wie von euphorisierten Gefühlen schwer fällt, während Frauen die enttäuschenden Gefühle stärker zusetzen als die gefühlsbetont erfreulichen. Dieser Verallgemeinerung aber mag mit Vorbehalt begegnet werden). (- ☺ -)