

Bernd Rüdiger Brüggemann

**Frauen und Männer in der  
Psychiatrischen Tagesklinik**

Psychiatrie  
Verlag 

DOI: 10.1486/9783884145159



**Bernd Rüdiger Brüggemann**

**Frauen und Männer in der  
Psychiatrischen Tagesklinik**

Eine prospektive Untersuchung zu  
geschlechtsabhängigen Unterschieden in  
personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884145159

**Bernd Rüdiger Brüggemann. Frauen und Männer in der Psychiatrischen Tagesklinik.** Eine prospektive Untersuchung zu geschlechtsabhängigen Unterschieden in personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen

Die vorliegende Arbeit wurde im Jahr 2008 an der Medizinischen Hochschule Hannover als Habilitationsschrift angenommen.

ISBN 978-3-88414-515-9

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2010

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

Zum Schutz von Umwelt und Ressourcen wurde für dieses Buch FSC-zertifiziertes Papier verwendet:



<b>Vorwort</b>	<b>7</b>
<i>Wielant Machleidt</i>	
<b>Danksagung</b>	<b>9</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Die Geschlechtlichkeit des Menschen</b>	<b>11</b>
1.1.1 Biologische und neurokognitive Modelle der Geschlechtlichkeit	11
1.1.2 Soziologische und psychologische Modelle	14
<b>1.2 Die Bedeutung des Geschlechts in der Psychiatrie</b>	<b>22</b>
1.2.1 Epidemiologie	23
1.2.2 Hilfesuchverhalten, Diagnostik und Krankheitsverarbeitung	24
1.2.3 Soziale Unterstützung	27
1.2.4 Lebensqualität	31
1.2.5 Therapie	32
<b>1.3 Die Psychiatrische Tagesklinik</b>	<b>35</b>
1.3.1 Psychiatrische Tageskliniken	35
1.3.2 Evaluation tagesklinischer Behandlung	37
1.3.3 Die Psychiatrische Tagesklinik an der Medizinischen Hochschule Hannover	42
<b>2 Fragestellung und Methodik</b>	<b>45</b>
<b>2.1 Fragestellung</b>	<b>45</b>
<b>2.2 Untersuchungsdesign</b>	<b>45</b>
<b>2.3 Erhebungsinstrumente</b>	<b>46</b>
2.3.1 International Classification of Diseases der WHO (ICD-10)	46
2.3.2 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	47
2.3.3 Skala zur Erfassung des Sozialen und Beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS)	48
2.3.4 WHO Short Disability Assessment Schedule (WHO-DAS-5)	48
2.3.5 AMDP-Items 97, 98, 99	48
2.3.6 Basisdokumentation der Medizinischen Hochschule Hannover	49
2.3.7 Psychotherapie-Basisdokumentation (Psy-BaDo-Skalen)	49
2.3.8 Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)	49
2.3.9 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS-SE)	50
2.3.10 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)	50
2.3.11 Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC)	51
2.3.12 Fragebogen zur beruflichen und privaten Lebenssituation	51
<b>2.4 Stichprobenauswahl und Fallzahlkalkulation</b>	<b>52</b>
<b>2.5 Statistische Methoden</b>	<b>52</b>
<b>2.6 Charakterisierung der Stichprobe</b>	<b>53</b>

<b>3 Ergebnisse</b>	<b>55</b>
<b>3.1 Personen- und krankheitsbezogene Merkmale von Frauen und Männern in der tagesklinischen Behandlung</b>	<b>55</b>
3.1.1 Personen und krankheitsbezogene Merkmale in verschiedenen Diagnosekategorien	61
3.1.2 Zusammenfassung	63
<b>3.2 Berufliche und private Lebenssituation von Frauen und Männern in der tagesklinischen Behandlung</b>	<b>63</b>
3.2.1 Zusammenfassung	72
<b>3.3 Psychopathologische und psychosoziale Merkmale von Frauen und Männern in der tagesklinischen Behandlung</b>	<b>73</b>
3.3.1 Zusammenfassung	89
<b>4 Diskussion</b>	<b>91</b>
4.1 Kritische Betrachtung der Methodik	91
4.2 Die private und berufliche Lebenssituation von Frauen und Männern in der Tagesklinik	95
4.3 Krankheitsbezogene Merkmale von Frauen und Männern in der Tagesklinik	98
4.4 Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den psychopathologischen und psychosozialen Merkmalen	100
4.5 Die Bedeutung der Geschlechtlichkeit des Menschen für ein Verständnis psychischer Störungen und deren Behandlung	104
4.6 Implikationen für die Praxis	107
<b>5 Zusammenfassung</b>	<b>111</b>
<b>6 Literatur</b>	<b>114</b>

# Vorwort

Die Studie von Bernd Brüggemann ist viel mehr als nur eine Genderstudie über eine psychiatrische Tageskliniklientel. Sie eröffnet einen weiten Horizont über die empirischen Fragen hinaus zu den Grundsatzfragen und den modernen Konzepten integrativer Behandlungssysteme, die dem Paradigma von »Diversität« genügen wollen – und können. Man erkennt die Neigungen und das wache theoretische Interesse des Autors bei der Eröffnung des Blickfeldes auf das Genderverständnis, die persönlichen und sozialen Dispositionen von Frauen und Männern, ihre psychischen Vulnerabilitäten und Ressourcen und natürlich das empirische Anliegen einer feinsinnigen und kompetenten Analyse der Geschlechtlichkeit des Menschen in ihrer Bedeutung für tagesklinische Behandlungen. Es erweist sich als reizvoll und lohnend gerade aus diesem psychiatrisch-therapeutischen »Weltwinkel« das komplexe »Ganze« zu betrachten und dabei den Blick auf die Einzelphänomene zu fokussieren, das Einzelne »ganz« zu sehen, wie durch ein Vergrößerungsglas, aber auch so, dass sich im Einzelnen das Ganze erschließt. Haben wir (Sozialpsychiater) nicht jahre-, ja jahrzehntelang das bio-psycho-soziale Universum des Mensch- und Patientseins beschworen? Wissenschaftlich haben wir es – also dann, wenn es hätte ernst genommen werden müssen – meistens nur bei vagen Hinweisen darauf belassen. Der Bezug des »Teils zum Ganzen« blieb häufig der Fantasie des Lesers überlassen. Es zeichnet den reifen Wissenschaftler aus, dass der Leser von Beginn an eingebunden wird, die Kontexte mitzudenken und nicht mit einem Puzzle von Einzelteilen allein bleibt. So etwa ließe sich der Ansatz des Mannes und Autors BB verstehen, wenn er sich seinem ausgesuchten Thema nähert.

Die psychische »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« als zwei Pole einer Dimension darzustellen, ist eine interessante theoretische Denkfigur. Wo liegt auf einem solchen gedachten Kontinuum die psychiatrische Tagesklinik als Institution? Nach der Lektüre dieser spannenden Studie, die so minimalistisch daherkommt – eine Eigenschaft, die dem Autor selbst eigen ist, als eine Art persönliches Gütesiegel – kommt der Leser, überzeugt durch eine Vielzahl fundierter empirischer Ergebnisse, zu der Einsicht, dass die Tagesklinik zwar historisch offenbar eine Erfindung von Männern ist, aber eine Metamorphose zu einer »weiblichen« Institution durchlaufen hat. Es sind eben überwiegend die Frauen, die in seelischen Krisen die schützenden und stärkenden therapeutischen Räume der Tagesklinik bevorzugt aufsuchen und mit einem größeren Gewinn als Männer wieder in ihre Alltagswelten zurückkehren. Es sind die Frauen und Mütter in ängstlichen, depressiven und somatisierenden Verfassungen mit Verfestigungen bis zur Persönlichkeitsprägung, die sie in Besitz genommen haben. Die »Beziehungsspezialistinnen«, wie BB sie treffend nennt, finden dort ein Behandlungsangebot, das ihren persönlichen und sozialen Selbstbezügen, ihren Ressourcen und ihrer Sinnsuche am meisten entgegenkommt. Die Frauen haben die Tagesklinik zu dem gemacht, was sie heute ist. Wie kann das sein?

Wenn ich an die Zeit der Gründerjahre und des großen Aufbruchs zurückdenke, so waren unsere Tageskliniken von Patienten mit Psychosen – überwiegend Patienten, die trotz aller engagierter Bemühungen einen chronischen Verlauf entwickelten – bevölkert und überwiegend männlichen dazu. Sind der Genderwandel und der Wechsel zu einer anderen Inanspruchnahmeklientel ein Problem? Wie ließe sich dem Dilemma einer »weiblichen« Tagesklinik entgehen oder ist diese gar kein Dilemma? BB warnt vor einer Vernachlässigung der alten Stammklientel und vertraut auf probate Strategien wie die Personenzentrierung und objektivierende wissenschaftliche Methoden wie die Evidenzbasierung. Lässt sich so den verschiedenen Patientengruppen der Platz im System zu ordnen, der ihnen zukommen sollte? Man mag das bezweifeln oder vom Ansatz her für richtig halten. Die Therapiekonzepte und Vorlieben unterliegen jenseits von rationalen Überlegungen fraglos auch einem therapeutischen Zeitgeist. Der Euphorie der frühen Reformjahre, schizophrene Psychosen heilen zu können, ist die Ernüchterung gewichen verknüpft mit einer neuen Behandlungsrationalität und andere Krankheitsbilder wie die affektiven Störungen, die Zeitkrankheit Depression, stehen heute im internationalen öffentlichen Interesse mit Aktionen wie Bündnisse gegen Depression, Suizidalität etc. Dies sind »weibliche« Krankheiten, wenn man diese Verkürzung einmal gelten lassen will und eine Eroberung geeigneter therapeutischer Räume durch die Betroffenen ist nur folgerichtig. Aber BB will etwas ganz Entscheidendes, nämlich eine neue Wahrnehmung mit seiner Studie anstoßen. Es geht ihm um die geschlechtsspezifische Diversität und die Zukunftsoption genderspezifischer Therapieansätze in gemischtgeschlechtlichen Settings. Er fordert, diese Option bewusst zu gestalten. Ein »personenzentrierter« Ansatz müsste das leisten können. Da kann man ihm zustimmen. Denn Diversität generell nicht nur bei Männern und Frauen ist ein soziales Paradigma, das uns nicht nur die Zukunft moderner Behandlungssettings leichter erschließen lässt, sondern gesellschaftliche Phänomene generell. Es ist nicht zuletzt deshalb besonders lohnend dieses anhand einer psychiatrisch-therapeutischen Fragestellung zu durchdenken und Folgerungen abzuleiten.

Einzelinstitutionen im gemeindepsychiatrischen Setting zu einem schlüssigen integrativen Ganzen zusammenzufügen, war schon immer ein Gütezeichen Hannoverscher Sozialpsychiatrie. Und hier hat BB besonders im ambulanten und tagesklinischen Bereich selbst einiges bewegt. Ein solches kooperatives Modell ist BB's Zukunftsvision. Ein Modell, in dem der Einzelne ob Frau oder Mann in seelischen Krisen das findet, was ihr/ihm am ehesten entspricht, ist auf der institutionellen Ebene als Verflechtung von Behandlungsmodulen bereits weit fortgeschritten und praktikabel – als reale Utopie. Die geschlechtsspezifischen Erfordernisse und Erwartungen eröffnen beispielhaft die Perspektive auf eine Verschiedenheit, die zeigt, dass es keine »unisex« Tagesklinik oder auch andere psychiatrisch-therapeutische Institution geben kann, sondern vielmehr die Herausforderung bleibt, die genderspezifischen Besonderheiten inhaltlich, konzeptuell und strukturell zu reflektieren und zu bewältigen. Es ist dem Mann und Autor BB zu danken, dass er uns dafür mit seiner Studie die Augen geöffnet hat.

*Hannover, im Juli 2010, Wielant Machleidt*

# Danksagung

Die vorliegende Arbeit wurde 2007 als Habilitationsschrift an der Medizinischen Hochschule Hannover eingereicht und wird in dieser Buchveröffentlichung – abgesehen von kleinen formalen Modifikationen – unverändert wiedergegeben. Die Psychiatrische Tagesklinik ist Schnittstelle zu stationären, ambulanten und komplementären Behandlungsangeboten. Durch den Verbleib der Patientinnen und Patienten im gewohnten sozialen Umfeld können neben medizinischen auch psychosoziale Probleme besondere Berücksichtigung finden und wieder oder neu erworbene Fähigkeiten parallel zur Therapie erprobt werden. Der Einfluss des Geschlechts einer Person auf das Auftreten, den Verlauf, die Diagnostik und Therapie einer psychischen Störung fand in den letzten Jahren wissenschaftlich zunehmende Berücksichtigung. Die Bedeutung des Geschlechts im tagesklinischen Setting wurde bislang jedoch kaum untersucht. Ich hoffe, diese Lücke durch die vorliegende Studie ein Stück weit schließen zu können.

Ausgehend von einer Reflexion über die Geschlechtlichkeit des Menschen und einer Zusammenschau der aktuellen tagesklinischen Forschungsergebnisse werden folgende Fragestellungen untersucht: Unterscheiden sich Männer und Frauen in der Psychiatrischen Tagesklinik in personen- und krankheitsbezogenen Aspekten sowie hinsichtlich psychopathologischer und psychosozialer Merkmale? Steht das Outcome der tagesklinischen Behandlung in Zusammenhang mit dem Geschlecht der Patienten? Welche Rolle spielt die berufliche und private Lebenssituation für die tagesklinische Behandlung und unterscheidet sich diese zwischen den Geschlechtern? Welches Modell der Geschlechtlichkeit des Menschen ist für das Verständnis von Geschlechtsunterschieden in der tagesklinischen Behandlung am fruchtbarsten?

Es ist mir ein großes Bedürfnis, mich an dieser Stelle bei all den Personen zu bedanken, von denen ich in der vorliegenden Arbeit gefördert und unterstützt wurde. Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Wielant Machleidt, Herrn Professor Horst Haltenhof, Frau Professorin Petra Garlipp und Herrn Professor Klaus-Peter Seidler.

Herr Professor Machleidt hat mich als Leiter der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie in meiner Arbeit immer unterstützt und eine große Aufmerksamkeit für meine wissenschaftlichen Interessen gezeigt. Für viele Anregungen, seine stete Motivation und die hilfreiche Begleitung meines Habilitationsvorhabens bin ich ihm sehr dankbar. Hinsichtlich der von ihm gewährten

Forschungszeiten möchte ich besonders auch den Kollegen ganz herzlich danken, die in diesen Zeiten klinische Aufgaben von mir übernommen haben und mir so eine intensive Beschäftigung mit meinen Forschungsfragen ermöglichten.

Herr Professor Haltenhof leitete bis Ende 2005 die Forschungsgruppe »Psychiatrische Tagesklinik«. Während meiner psychiatrischen Lehrjahre hat er mich als Oberarzt nicht nur für die klinisch-psychiatrische Arbeit begeistert, sondern auch zu einer Auseinandersetzung mit einer Reihe wissenschaftlicher Fragestellungen angeregt. Ihm möchte ich ganz herzlich für seine konstruktive, stets freundliche und kollegiale Art der Motivation und Unterstützung, seine zahlreichen Anregungen und schließlich für die kritische Durchsicht meiner Habilitationsschrift danken.

Seit 2006 wird die Forschungsgruppe »Psychiatrische Tagesklinik« von Frau Professorin Garlipp und Herrn Professor Seidler geleitet. Ihnen möchte ich für die fruchtbare Zusammenarbeit in den letzten Jahren danken. Herr Professor Seidler als psychologischer Leiter der Tagesklinik und versierter Statistiker hat bei der Erstellung und Pflege der Tagesklinikdatenbank, auf die in der vorliegenden Arbeit zurückgegriffen wurde, die maßgebliche Last getragen. Für die diesbezügliche Mühe und Sorgfalt sowie für viele Anregungen bin ich ihm ebenso wie Frau Professorin Garlipp zu Dank verpflichtet.

Die Erhebung der psychopathologischen und psychosozialen Daten erfolgte in Zusammenarbeit der zuständigen Assistenzärzte, Oberärzte und dem psychologischen Leiter der Tagesklinik. Diesbezüglich möchte ich mich für ihr Engagement besonders bei Frau Professorin Garlipp, Frau Dipl.-Psych. Stritt, Herrn Amini, Herrn Professor Haltenhof, Herrn Rosenthal und Herrn Professor Seidler bedanken. Über zwei Jahre hatte ich das Glück, selbst im Team der Tagesklinik zu arbeiten, dem mein ganz besonderer Dank für die gute Zusammenarbeit gilt.

Die Dateneingabe wurde unterstützt durch die Doktoranden Frau Rostamian, Herrn Rohde und Herrn Voßschulte sowie als wissenschaftliche Hilfskraft Frau Lang. Herr Dr. Hoy aus der Abteilung Biometrie der Medizinischen Hochschule Hannover beriet mich kompetent und sehr freundlich hinsichtlich der statistischen Auswertung. Ihnen allen hierfür meinen besten Dank.

Ausdrücklich bedanke ich mich bei allen Patientinnen und Patienten der Sozialpsychiatrischen Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, ohne deren Mitwirkung die Evaluation nicht hätte verwirklicht werden können.

Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden für ihre Geduld, ihr Verständnis und ihre Motivation bedanken.

*Bernd Brüggemann  
Hannover, Mai 2010*

# 1 Einleitung

Im Folgenden werden die für das Verständnis der eigenen Untersuchung erforderlichen Überlegungen und Befunde aus der Literatur zusammengefasst. Nach einem einleitenden Abschnitt zu biologischen, neurokognitiven, psychologischen und soziologischen Modellen der Geschlechtlichkeit des Menschen (1.1), wird die Bedeutung des Geschlechts im Bereich der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung epidemiologischer, diagnostischer und therapeutischer Aspekte vorgestellt (1.2). Im Anschluss werden Konzepte tagesklinischer Behandlung sowie tagesklinische Forschungsergebnisse referiert und abschließend die all-gemeinpsychiatrische Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover vorgestellt (1.3).

## 1.1 Die Geschlechtlichkeit des Menschen

Dem Begriff der Geschlechtlichkeit des Menschen bzw. den Begriffen »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« liegen in der Biologie, Psychologie und Soziologie verschiedene Bedeutungen zugrunde. Für das Verständnis des Einflusses des Geschlechts auf Diagnostik, Verlauf und Therapie von verschiedenen psychischen Krankheiten ist die Reflexion über die entsprechende Bedeutungsebene unerlässlich. Im Folgenden werden deshalb gängige Konzepte der Geschlechtlichkeit vorgestellt.

### 1.1.1 Biologische und neurokognitive Modelle der Geschlechtlichkeit

In der Biologie wird das genetische, chromosomale, gonadale und somatische Geschlecht unterschieden. Auf molekularbiologischem Niveau ist die Zuordnung von »weiblich« bzw. »männlich« beim Menschen relativ unproblematisch, indem das Geschlechtschromosomenpaar XX das chromosomale Geschlecht »weiblich« und XY das männliche chromosomale Geschlecht bedeuten. Schwierigkeiten bei der Zuordnung auf chromosomalen Niveau ergeben sich allerdings bei Aberratio-

nen der Geschlechtschromosomen, wie beispielsweise beim Klinefelter-Syndrom, bei dem die betroffene Person eine XXY-Kombination hat (siehe [262; 304]). Des Weiteren gibt es genetische Varianten, bei denen sich auch bei Vorliegen des weiblichen chromosomalen Geschlechts XX ein männlicher Phänotyp ausbildet – zum Beispiel beim adrenogenitalen Syndrom. Das Pendant hierzu stellt das Androgen-Insensitivitätssyndrom dar, bei dem sich trotz eines männlichen chromosomalen Geschlechts XY ein weiblicher Phänotyp ausbildet.

In Abhängigkeit vom genetischen Geschlecht entwickelt sich das gonadale Geschlecht. Das Gen, das die Entwicklung zum männlichen Phänotyp einleitet, konnte auf dem Y-Chromosom identifiziert werden – der testisdeterminierende Faktor [184]. Das somatische Geschlecht – die Entwicklung zum weiblichen oder männlichen Phänotyp – wird maßgeblich durch hormonelle Wirkungen auf die verschiedenen Körpergewebe bestimmt.

Studien konnten neurokognitive Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bereits im Neugeborenenalter nachweisen – in einem Alter also, in dem soziale und Umweltfaktoren kaum die Gelegenheit hatten, Einfluss auf Gehirn und Verhalten zu nehmen [218]. Der Einfluss von Geschlechtshormonen auf das sich entwickelnde Gehirn konnte in Untersuchungen an Säugetieren nachgewiesen werden. In experimentellen Studien ließ sich der Einfluss der Geschlechtshormone auf die Gehirnvolumina, die Morphologie einzelner Neurone und die Art und Anzahl von Synapsen nachweisen [193; 225]. Das Einwirken von Androgenen in der kritischen Phase der Frühentwicklung kann auch beim Menschen zur Beeinflussung von Verhaltensweisen führen, die nicht unmittelbar mit dem Reproduktionszyklus in Zusammenhang stehen. Mädchen, die während ihrer embryonalen und fetalen Entwicklung, aufgrund einer Erkrankung der Mutter, erhöhten Androgenspiegeln ausgesetzt waren, wurden in ihrer Kindheit als besonders wild und aggressiv beschrieben [75; 244] und zeigten eine Spielzeugpräferenz, die der von Jungen entsprach [30; 31].

Im erwachsenen Säugetiergehirn konnten Östrogen- und Androgen-sensitive Zellsysteme im Bereich des Hypothalamus und im limbischen System nachgewiesen werden [40]. Das Auswachsen von Nervenfortsätzen dieser Zellen unter dem Einfluss der geschlechtstypischen Hormonkonzentrationen könnte zu strukturellen Unterschieden des weiblichen und männlichen Gehirns auch noch im Erwachsenenalter führen.

Das weibliche und das männliche Gehirn von Erwachsenen weist – neben einer ganz überwiegenden Ähnlichkeit – eine Reihe struktureller und funktioneller Unterschiede auf [52; 100; 122]. Am wenigsten umstritten ist dies im Bereich des mit der Fortpflanzung in Zusammenhang stehenden Neuroendokriniums der Fall. Durch neuere bildgebende Verfahren (MRI, fMRI, PET, SPECT) konnten morphologische und funktionelle Unterschiede zwischen dem weiblichen und männlichen Gehirn nachgewiesen werden [4; 52; 53; 217; 218]. In Autopsie-

studien und in bildgebenden Verfahren konnte gezeigt werden, dass das männliche Gehirn 10–15 % größer und schwerer als das weibliche ist [165] und dass der Unterschied auch bei Kontrolle von Körpergröße und -gewicht [53] oder des Alters [218] bestehen bleibt. Der Größen- und Gewichtsunterschied besteht jedoch nicht hinsichtlich des gesamten Gehirns. Während sich das Cerebellum zwischen den Geschlechtern in der Größe nicht signifikant unterscheidet, ist das Cerebrum beim Mann größer. Frauen haben im Durchschnitt proportional mehr graue Substanz im Bereich des rechten Parietallappens [217].

Die lange Jahre postulierten Geschlechtsunterschiede in der *strukturellen* Lateralisation des Gehirns konnten in neueren bildgebenden Verfahren nicht bestätigt werden [218]. Auch ergaben sich keine einheitlichen Befunde hinsichtlich von morphologischen Geschlechtsunterschieden im Bereich des Hippocampus, Hypothalamus und Corpus callosum [53; 129; 165; 218].

Neurokognitive Untersuchungen – z. B. bei Patienten nach einem Hirninfarkt – sprechen für eine mehr bilaterale Organisation und Funktion des weiblichen Gehirns. Obwohl auch widersprüchliche Befunde existieren, konnte in der Mehrzahl der experimentellen Untersuchungen eine stärkere *funktionelle* Lateralisation verschiedener verbaler [135; 287] und visuell-räumlicher Prozesse [71; 76; 129; 315] bei Männern demonstriert werden [134]. Gonadale Steroidhormone scheinen sowohl für die geschlechtstypischen Unterschiede in der Asymmetriestärke als auch für die stärkeren Variationen bei Frauen mitverantwortlich zu sein, wobei besonders das Progesteron aufgrund seiner neuropharmakologischen Eigenschaften von Bedeutung zu sein scheint [134]. Auch intrahemisphärische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Gehirnen sind beschrieben – mit einer stärkeren Fokussierung der Funktionen bei Frauen [129].

Biologische Konzepte hinsichtlich der Entstehungsgeschichte von Geschlechtsunterschieden in Morphologie, Kognition, Emotion und Verhalten favorisieren evolutionstheoretische Modelle [161] – zum Beispiel im Sinne der Jäger-und-Sammler-Hypothese [129].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass verschiedene Untersuchungen darauf hinweisen, dass das Gehirn von einer frühen Entwicklungsphase an unter dem Einfluss von Geschlechtshormonen steht und es hierunter zu einer geschlechtstypischen Veränderung der Feinstruktur und zu funktionellen Modifikationen des Gehirns kommt [52]. Des Weiteren ergeben sich Hinweise, dass auch das erwachsene Gehirn durch geschlechtstypische Hormonkonzentrationen in seiner Feinstruktur und Funktion beeinflussbar ist.

## 1.1.2 Soziologische und psychologische Modelle

In der Soziologie zentriert sich die Problematik der Geschlechtlichkeit des Menschen im Begriff der »Geschlechtsrolle«, der wie folgt definiert werden kann:

»Geschlechtsrolle« ist ein hypothetisches Konstrukt, das die Summe der Verhaltenserwartungen und Normen bezeichnet, die von der Mehrheit der Mitglieder einer Kultur an die Träger des biologischen weiblichen und männlichen Geschlechts gestellt werden.« [148]

Zur Beantwortung der Frage, wie die Geschlechtsrolle vom Individuum erworben wird und wie es eine Geschlechtsidentität ausbildet [16; 69], muss auf psychologische Modelle zurückgegriffen werden.

### 1.1.2.1 Psychoanalytische Konzepte der Geschlechtlichkeit des Menschen

Das psychoanalytische Verständnis der Entwicklung der Geschlechtlichkeit des Menschen hat sich seit FREUDS Entwurf maßgeblich verändert. FREUD ging von einer unterschiedlichen männlichen und weiblichen Sexualentwicklung aus. Die frühen Phasen der Libidoentwicklung – die orale, sadistisch-anale und phallische Phase – würden von beiden Geschlechtern noch in gleicher Weise durchlaufen [107]. In diesen Phasen sei die Mutter sowohl für den Jungen als auch für das Mädchen das primäre Objekt. Die unterschiedliche psychosexuelle Entwicklung des Jungen und des Mädchen werde durch die Entdeckung des »anatomischen Geschlechtsunterschieds« eingeleitet, die eine geschlechtstypische Lösung des Ödipuskomplexes zur Folge hätte. Der Junge behalte die Mutter als erstes Liebesobjekt bei und nehme sich den Vater zum Rivalen. Gelöst werde der Ödipuskomplex beim Jungen durch den Kastrationskomplex. Durch die erfolgreiche Lösung des Ödipuskomplexes werde die Bildung des Über-Ichs eingeleitet. Beim Mädchen führe dagegen das Gewahrwerden ihrer Penislosigkeit zu einem Minderwertigkeitsgefühl. Der Kastrationskomplex leite beim Mädchen den Ödipuskomplex ein. Hierdurch entfalle für das Mädchen ein wichtiges Motiv zur Lösung des Ödipuskomplexes und demnach könne es nur zu einer unvollständigen Ausbildung ihres Über-Ichs kommen. Die geschlechtstypische Persönlichkeitsentwicklung und ein vermeintlich höheres Maß an Narzissmus der Frau gründen nach Freud in einer unterschiedlichen Lösung des Ödipuskomplexes, der bei der Frau durch den Penisneid eingeleitet werde.

Freuds Konzept der Entwicklung der Geschlechtlichkeit wurde und wird sehr kontrovers diskutiert [256]. Wie die Psychoanalyse als Ganzes, haben sich auch die psychoanalytischen Konzepte der Geschlechtlichkeit des Menschen unter externen Einflüssen und Fortschritten innerhalb der Psychoanalyse weiterentwickelt

[16; 69]. Die Verarbeitung der Erfahrungen der beiden Weltkriege, verschiedene politische Bewegungen (u. a. Frauen-, Homosexuellen-, Bürgerrechtsbewegung) sowie neue Erkenntnisse in angrenzenden Forschungszweigen haben sich auf die psychoanalytischen Konzepte ausgewirkt. Unter Einbeziehung der Ich-Psychologie, der Objekt-Beziehungs-Theorie, der Selbstpsychologie und der neueren Säuglingsforschung ist es zu einer deutlichen Veränderung und Ausdifferenzierung der psychoanalytischen Konzepte der Entwicklung von Weiblichkeit und Männlichkeit gekommen. Wichtige Etappen auf diesem Weg sind mit den Namen STOLLER [298], MAHLER [194], GALENSON u. ROIPHES [111] und STERN [297] verbunden.

In Anlehnung an CALLAN [69] kann die aktuelle psychoanalytische Sicht der Entwicklung der Geschlechtsidentität wie folgt wiedergegeben werden:

Elterliche Fantasien bezüglich des Kindes vor und während der Schwangerschaft beeinflussen bereits, wie das Kind bei seiner Geburt von der Mutter und dem Vater wahrgenommen und behandelt wird, was sich wiederum auf das Erleben und Verhalten des Kindes auswirkt. Multiple biologische, psychische und soziokulturelle Einflüsse beeinflussen im Weiteren die Ausbildung der Geschlechtsidentität von Jungen und Mädchen, wobei der sozialen Umwelt und der Erlebniswelt der Kinder ein besonders hohes Gewicht zukommt. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die frühen Objektbeziehungen. Diese werden nicht nur dadurch beeinflusst, welchem Geschlecht die Eltern ihr Kind zuordnen, sondern vielmehr welche Bedeutung sie dem Geschlecht zumessen, was sich wiederum in der Eltern-Kind-Interaktion widerspiegelt.

Von Geburt an entwickeln Mädchen und Jungen im Umgang mit sich selbst, ihrer Umwelt und in ihrer Beziehung zu anderen Menschen ein Gefühl für ihren Körper – es konsolidiert sich der Kern des Körperbildes (core body image). Perzeptive, kognitive und motorische Funktionsmodi helfen dem Säugling, die verschiedenen Körperzonen, inklusive der Genitalien, voneinander zu unterscheiden und seine verschiedenen Körpererfahrungen und -empfindungen zu einem Körperselbst zu integrieren. Dieses Körperselbst ist ein bedeutsames Konstituens der sich entwickelnden Geschlechtsidentität [306]. Von der frühen Kindheit an hat autoerotisches Verhalten mit den einhergehenden Fantasien einen Einfluss darauf, sich als sexuelle Person, die körperliche Lust empfinden kann, zu erleben. Auch das Mädchen erkennt bereits früh ihr Genital, was ihr bei der Entwicklung ihrer Geschlechtsidentität hilft. Es wird angenommen, dass das weniger sichtbare und geschütztere Geschlecht des Mädchens mit weniger genitalbezogener Angst einhergeht.

Die Mutter (bzw. die primäre Betreuungsperson, die in westlichen Gesellschaften zumeist weiblich ist) ist für das Kind die erste Identifikationsperson. Sowohl Jungen als auch Mädchen identifizieren sich mit der Mutter und internalisieren eine Unzahl von ihren Eigenschaften und Aspekten (Emotionen, Verhalten, Rol-

len, Beziehungen). Ausreichende Geborgenheit, Pflege, Schutz und das richtige Maß an Stimulation sind für Jungen und Mädchen gleichermaßen wichtig für die Entwicklung ihres Selbst.

Im Alter von 18 bis 24 Monaten können Kinder sich einem Geschlecht zuordnen, ohne dass sie genauer benennen können, welche Aspekte sie zu Jungen oder Mädchen machen. Das bewusste Gewahrwerden des anatomischen Geschlechtsunterschieds fällt zumeist ins dritte Lebensjahr. Das vorbestehende Erleben, alles (u. a. sowohl Frau als auch Mann) sein zu können, muss nun aufgegeben werden. Hierbei scheint es weniger um den Penis- oder Gebärmutter zu gehen, als vielmehr, sich von den bisherigen Allmachtvorstellungen zu verabschieden. In dieser Zeit kommt es zu einer verstärkten Identifikation mit dem eigenen Geschlecht. Im Verhältnis zu den Eltern resultiert die ödipale Konstellation. Neben der primären Bezugsperson (zumeist Mutter) dienen in der Entwicklung weitere Menschen (Vater, weitere Familienmitglieder, Freunde, Menschen aus der Umgebung oder den Medien) als Identifikationsobjekte und beeinflussen das weibliche oder männliche Selbstbild. Sowohl Mädchen als auch Jungen treten in eine Phase ein, in der das Bedürfnis nach Autonomie und Unabhängigkeit in Konflikt mit dem Bedürfnis nach Nähe und Bindung zu den Eltern gerät.

Für Mädchen kann in der ödipalen Konstellation die Aufgabe der Individuation erschwert sein. Trotz der Ähnlichkeit und Abhängigkeit von der Mutter muss es seine Eigenständigkeit und Differenz ihr gegenüber wahrnehmen und festigen. In diesem Balanceakt und bei der Regulierung der damit einhergehenden Emotionen spielen die Väter eine gewichtige Rolle. Für den Jungen spielt der Vater besonders in der Phase der Entidentifizierung von der Mutter eine zentrale Rolle. Er verkörpert das Ideal der Selbstständigkeit und des Hinausgehens aus der mütterlichen Sphäre. Im Zwiespalt zwischen Nähewunsch zur Mutter und Symbioseangst, aufgrund des Verlustes der männlichen Geschlechtlichkeit bei einer Wiedervereinigung mit ihr, kann sich der Junge mit dem Vater identifizieren.

Nach erfolgreicher Lösung des Ödipuskomplexes treten Jungen und Mädchen in die sogenannte Latenzphase ein, in der sich die Geschlechtsidentität weiterentwickelt. Die Peer-Group, die zumeist aus gleichgeschlechtlichen Freunden besteht, festigt die Identifikation mit dem eigenen Geschlecht. Neben dem fortbestehenden Einfluss der Eltern treten nun auch andere Autoritätspersonen (z. B. Lehrer, Trainer) in den Vordergrund.

In der Pubertät führt die Auseinandersetzung mit den körperlichen Veränderungen zu einer weiteren Konsolidierung der Geschlechtsidentität. In der Adoleszenz kommt es dann zu einer Intensivierung sexueller Triebe, Gefühle und Fantasien. Hierdurch wird die Beschäftigung mit der eigenen Geschlechtsidentität, der Geschlechtspartnerorientierung und der Sexualität verstärkt. Auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Reproduktivität führt zur Festigung der Geschlechtsidentität. Schließlich kommt es auch im Erwachsenenalter noch

zur Reifung und Ausdifferenzierung der Persönlichkeit – einschließlich der Geschlechtsidentität.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei der Ausbildung der Geschlechtsidentität um einen dynamischen, letztlich ein Leben lang anhaltenden Prozess handelt, wobei die ersten Lebensjahre von besonderer Bedeutung sind. Die Geschlechtsidentität entwickelt sich in einem Wechselspiel von lustvollen Körperempfindungen, Interaktionen und Identifikationen mit Mutter und Vater, Zuschreibungen und Wünschen der Eltern und anderer Bezugspersonen, aber auch Selbstkategorisierungen und Lernprozessen. Hierbei ist das Kind von Beginn an aktiver Mitautor der Identitätsbildung.

### 1.1.2.2 Verhaltenspsychologische und kognitionspsychologische Konzepte der Geschlechtlichkeit

Die verhaltenstheoretisch ausgerichtete Psychologie geht von zwei grundlegenden Lernprozessen aus, die zur Erklärung der geschlechtstypischen Persönlichkeitsentwicklung herangezogen werden können: das Lernen durch direkte Verstärkung von Verhaltensweisen und das Lernen am Modell [191].

Wenn ein Junge in seinem aktiven, unabhängigen, selbstbehauptenden Verhalten häufig positiv verstärkt und für passives, anhängliches, emotionales Verhalten häufig bestraft wird, dann zeigt er zukünftig ersteres Verhalten häufiger. Durch die Verstärkung bzw. Bestrafung unterschiedlicher Verhaltensweisen beim Jungen und beim Mädchen wird das Kind zu der entsprechenden Geschlechtsrolle sozialisiert. Eine Metaanalyse zu geschlechtsdifferenzierenden Erziehungspraktiken konnte allerdings in den meisten einbezogenen Bereichen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Behandlung von Jungen und Mädchen aufdecken, sondern lediglich Tendenzen dahingehend, dass Eltern geschlechtsrollenkonformes Verhalten eher verstärken [192].

Der andere grundlegende Lernprozess, in dem geschlechtstypisches Verhalten erworben werden kann, ist das »Lernen am Modell«. Im Mittelpunkt der Theorie steht die »stellvertretende Verstärkung« von Verhaltensweisen [272].

Entscheidend für die hier behandelte Fragestellung ist, welches Modell bei der großen Auswahl potenzieller Modelle in der Umwelt von Kindern tatsächlich imitiert wird. Hypothesen hierzu sind unter anderen: Ein Modell wird nachgeahmt, weil die nachahmende Person sonst einen Liebesentzug befürchtet. Das Modell wird nachgeahmt, weil der Nachahmende sonst eine Bestrafung erwartet. Eine Person wird als Modell gewählt, weil der Nachahmende erlebt, wie diese Person Belohnungen von anderen erhält. Ein Modell wird gewählt, weil es von Nachahmenden in Eigenschaften oder sozialen Rollen als ähnlich erlebt wird [272].

Alle diese Hypothesen können erklären, warum das Mädchen sich eher Personen des eigenen Geschlechts und unter diesen die, die der Geschlechtsrolle gut entsprechen, zum Modell nimmt. Das Mädchen muss mit Liebesentzug oder andersartiger Bestrafung rechnen, wenn sie sich die Mutter nicht zum Modell nimmt; so sieht das kleine Mädchen, dass Frauen für geschlechtsrollenkonformes Verhalten belohnt und für nonkonformes Verhalten bestraft werden. Das Modelllernen ist hierbei nicht auf die Personen der direkten Umwelt des Kindes beschränkt. Auch die in den Medien und in der Literatur häufig in stereotyper Weise dargestellten Männer und Frauen können dem Kind als Modelle dienen. Die empirischen Befunde zur Nachahmung geschlechtstypischen Verhaltens sind aber inkonsistent und eher dürftig (siehe [41]).

Während es keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der allgemeinen Intelligenz gibt, fanden sich häufig Unterschiede in speziellen kognitiven Fähigkeiten [130; 161]. In Tabelle 1-1 sind einige geschlechtstypische Unterschiede hinsichtlich verschiedener kognitiver Leistungen wiedergegeben.

**Tab. 1-1: Beispiele für geschlechtstypische Unterschiede hinsichtlich verschiedener kognitiver Leistungen (nach [130; 164; 325])**

<u>Bereiche, bei denen Frauen durchschnittlich bessere Leistungen zeigen</u>	<u>Bereiche, bei denen Männer durchschnittlich bessere Leistungen zeigen</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Räumliches Sehen</li> <li>• Niedrigere Wahrnehmungsschwelle für Töne, Gerüche, Geschmäcker und Berührung</li> <li>• Tests der sogenannten Wahrnehmungsgeschwindigkeit</li> <li>• Tests der feinmotorischen Koordination</li> <li>• Aufgaben, wie die, sich zu erinnern, ob ein oder mehrere Gegenstände in einem Ensemble verschoben oder daraus entfernt wurden</li> <li>• Gesichtern Namen zuordnen</li> <li>• Tests der Ideen- und Wortflüssigkeit</li> <li>• Rechenaufgaben</li> <li>• Rascher Zugriff und Gebrauch auf phonologische, semantische und episodische Informationen des Langzeitgedächtnisses</li> <li>• Produktion und Verständnis komplexer Prosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scharfes Sehen von stationären und bewegten Objekten</li> <li>• Aufgaben zum räumlichen Vorstellungsvermögen</li> <li>• Tätigkeiten, die den Einsatz von zielgerichteten motorischen Fertigkeiten erfordern, z. B. zielgerichtetes Werfen</li> <li>• Auffinden einfacher Formen in einer Vielzahl überlagerter Strukturen</li> <li>• Generieren und Merken von räumlichen Bildern</li> <li>• Lernen von Routen auf zweidimensionalen Landkarten</li> <li>• Erinnerung von zurückgelegten Distanzen</li> <li>• Mathematisches Schlussfolgern</li> <li>• Beurteilung von bewegten Objekten</li> </ul>

Im Vordergrund kognitiver Theorien zur »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« steht der Begriff des kognitiven Schemas [197]. Eines der ersten und einflussreichsten Schemata, welches das Kind aufbaut, ist das Geschlechtsschema. Das Kind ordnet sich und andere in die Kategorien »Frau« und »Mann« ein und entwickelt in Abhängigkeit der vorherrschenden Geschlechterstereotypen immer differenziertere Konzepte über das Aussehen, die Fähigkeiten, die psychologischen Eigenschaften und die Tätigkeiten von Männern und Frauen. Durch die Zuord-

nung seiner selbst zu einem bestimmten Geschlecht partizipiert das Selbstschema des Kindes schließlich am allgemeinen Geschlechtsschema. Das Selbstschema, das somit eine geschlechtliche Färbung erhält, beeinflusst wiederum die Wahrnehmung und das Verhalten des Individuums. Die Geschlechtsrollenübernahme kann somit als eine kreative Eigenleistung des Kindes verstanden werden, das seine Erfahrungen mit dem Phänomen der Geschlechtlichkeit seinem jeweiligen kognitiven Entwicklungsstand entsprechend verarbeitet [172].

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die verschiedenen psychologischen Theorien darin übereinstimmen, dass es sich bei der psychischen Geschlechtlichkeit nicht um etwas primär Gegebenes handelt. Die psychologischen Konzepte betonen den Entwicklungsaspekt von Geschlechtlichkeit. Sie müssen aber nicht in Konkurrenz zu den biologischen Modellen treten, sondern können mit diesen auch integriert werden. Nach BISCHOF-KÖHLER könnte die Übernahme der Geschlechtsrolle durch prärationale Prozesse vorbereitet sein, wobei angeborenen Präferenzen für bestimmte Verhaltensmuster zunächst auf rein emotionaler Basis soziale Anziehungs- und Abstoßungskräfte speisen und so zu sozialen Gruppierungen führen, an denen sich – durch Konformitätsdruck unterstützt – auch kognitive Selbstinterpretationen festmachen, die sich ihrerseits dann auch an den sozial angebotenen Stereotypen orientieren [41].

Die Interaktion von biologischen und psychosozialen Faktoren bei der Ausbildung der Geschlechtsidentität wird derzeit anhand von drei Modellen diskutiert [68]. Nach dem *permissive effects model* stellt die Biologie das neurale Substrat zur Verfügung, auf dem die frühkindlichen Erfahrungen wie auf eine leere Tafel geschrieben werden und die Geschlechtsidentität prägen. Dabei wird eine kritische Phase angenommen, in der diese Prägung erfolgen muss. Das *direct effect model* geht demgegenüber davon aus, dass biologische Faktoren (Gene, Hormone) sich direkt auf neuronale Netzwerke auswirken und die Geschlechtsidentität bedingen, wobei eine Modifikation oder sogar Überschreibung dieser biologischen Disposition durch soziale Faktoren zugelassen wird. Dem *indirect effects model* zufolge bedingen biologische Faktoren direkt Persönlichkeitsmerkmale und das Temperament einer Person und können hierdurch indirekt auch die Geschlechtsidentität beeinflussen. Das Temperament und die Persönlichkeitseigenschaften beeinflussen, wie ein Individuum seine Umwelt wahrnimmt, wie es mit ihr interagiert und welche Beziehungen und Bindungen es wählt. Im Unterschied zum *permissive effects model* sind nach diesem Modell die prägenden Erfahrungen, die ein Mensch macht, durch genetische und hormonelle Faktoren beeinflusst [68].

Kritisch an den hier vorgestellten traditionellen Konzepten ist, dass sie die psychische »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« als zwei Pole einer Dimension darstellen. Hohe Femininität bedeutete demnach gleichzeitig niedrige Maskulinität und umgekehrt ausgeprägte Männlichkeit geringe Weiblichkeit. In Reaktion hierauf wurden alternative Konzepte entwickelt, in denen Männlichkeit und Weiblichkeit

als voneinander unabhängige Variablen betrachtet oder konstruktivistisch aufgefasst werden. Diese Konzepte stellen auch eine Kritik der bereits dargestellten biologischen und psychologischen Modelle der Geschlechtlichkeit dar.

### 1.1.2.3 Androgynie und konstruktivistische Konzepte der Geschlechtlichkeit

Im Begriff der Androgynie werden Weiblichkeit und Männlichkeit – die häufig als zwei entgegengesetzte Merkmale menschlichen Seins gelten – als in einer Person vereint vorgestellt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert dominierte ein eindimensionales Modell der psychischen Geschlechtlichkeit mit den Polen Maskulinität und Femininität [301]. Diese Vorstellung beinhaltete, dass Individuen nicht gleichzeitig maskuline und feminine Eigenschaften in das Selbstbild integrieren können [299]. In den 70er-Jahren entwickelten Autoren wie BEM [26] und SPENCE u. HELMREICH [294] demgegenüber Modelle der psychischen Geschlechtlichkeit, in denen Maskulinität und Femininität als zwei unabhängige Dimensionen der Geschlechtsrollenidentität verstanden werden. Nach diesen Konzepten ist es möglich, dass ein Individuum gleichzeitig maskuline wie feminine Eigenschaften in sein Selbstbild integrieren kann. Personen, bei denen maskuline und feminine Eigenschaften in etwa ausgeglichen vorhanden sind, werden nach diesem Modell als androgyn bezeichnet. Mittlerweile werden die zwei Dimensionen weiblich-unweiblich und männlich-unmännlich nicht mehr als völlig unabhängig voneinander angesehen, sondern es wird eine gewisse Verwandtschaft zwischen männlich und unweiblich einerseits sowie zwischen weiblich und unmännlich andererseits angenommen [41], was grafisch eine oblique Darstellung der beiden Dimensionen sinnvoll macht (siehe Abbildung 1-1).

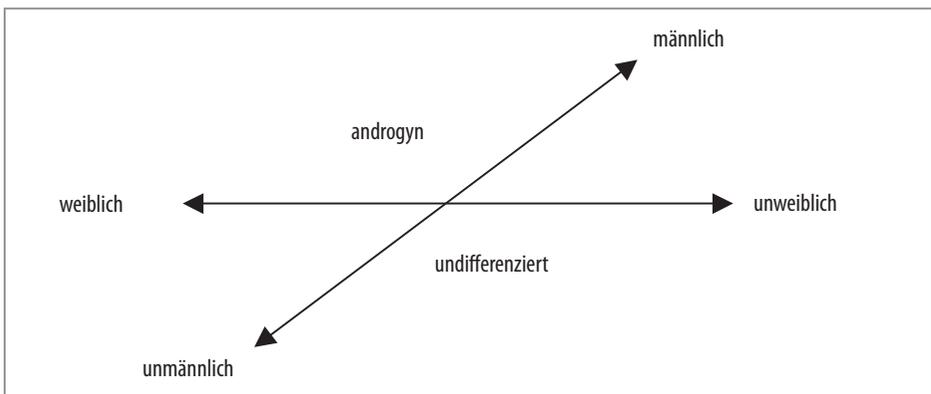


Abb. 1-1: Zweidimensionalität der Geschlechtlichkeit

Empirische Untersuchungen fanden die neueren zweidimensionalen Modelle gegenüber den älteren eindimensionalen bestätigt [299]. Zur Problematik der empirischen Messung von männlichen und weiblichen Eigenschaften siehe HALPERN [129].

Vorteile von androgynen Personen gegenüber solchen, die als maskulin, feminin oder undifferenziert erscheinen, bestehen in einem breiterem Spektrum an Handlungsmöglichkeiten und einem größeren Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an die jeweiligen Anforderungen einer Situation sowie einer größeren emotionalen Ausgeglichenheit [44]. Ein höheres Selbstwertgefühl und eine bessere psychische Gesundheit werden demgegenüber bei beiden Geschlechtern auf maskuline Identitätskomponenten zurückgeführt [3; 290].

Das Konzept der Androgynie blieb aber nicht unumstritten. In den letzten 30 Jahren wurde besonders in der feministischen Diskussion folgende Kritikpunkte benannt: Schon aufgrund des grammatikalischen Geschlechts »*der* Androgyne« besteht eine männliche Konnotation der androgynen Figuration. Das traditionelle Verständnis von »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« bleibt weitgehend bewahrt und die wertende Hierarchie zwischen den Geschlechtern aufrechterhalten. Des Weiteren besteht eine gewisse Paradoxie des Androgyniebegriffs, da er tendenziell auf eine Auflösung der stereotypen Muster von Weiblichkeit und Männlichkeit zielt, womit gleichzeitig die Elemente infrage gestellt sind, aus denen er zusammengesetzt ist. Androgynie wird als Zwischenschritt auf dem Weg zu einer individuellen und gesellschaftlichen Entwicklung angesehen, der die Aufhebung der begrenzten Geschlechtsrollenidentität zum Ziel hat [45].

Nach der Alltagstheorie der Geschlechtlichkeit gibt es zwei und nur zwei Geschlechter. Jeder Mensch habe entweder das eine oder das andere Geschlecht. Die Geschlechtszugehörigkeit stehe von Geburt an fest und verändere sich nicht mehr. Anhand der Genitalien könne die Geschlechtszugehörigkeit zweifelsfrei erkannt werden und sei deshalb ein natürlicher, biologischer, eindeutig bestimmbarer Tatbestand, auf den wir keinen Einfluss hätten.

Demgegenüber verstehen konstruktivistische Konzepte die soziale Wirklichkeit zweier Geschlechter in Gesellschaften als Ergebnis historischer Entwicklungsprozesse und einer fortlaufenden sozialen Praxis, die immer neu auch zur Reproduktion der Alltagstheorie der Zweigeschlechtlichkeit beiträgt. Dies wird nicht nur für »gender« angenommen, sondern auch für »sex«. Auch das biologische Geschlecht – der Geschlechtskörper – wird als historisiert angesehen und nicht als Basis, sondern als Effekt sozialer Praxis begriffen [320]. Eine natürliche, von der Dimension des Sozialen freie Wahrnehmung und Betrachtung des Körpers wird bestritten [89].

Ethnologische Untersuchungen konnten aufzeigen, dass nicht in allen Gesellschaften zwischen genau zwei Geschlechtern unterschieden wird, dass nicht

in allen Kulturen die Geschlechtszugehörigkeit lebenslang zugeschrieben wird und dass es nicht immer die Genitalien sind, die die Geschlechtszugehörigkeit verbürgen [221; 228].

WEST u. ZIMMERMAN [319] entwickelten in Abgrenzung zur gängigen »Sex-Gender-Unterscheidung« das Konzept des »doing gender«. In der Sex-Gender-Unterscheidung wird implizit von einem natürlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern ausgegangen und die kulturellen Ausprägungen von »gender« werden lediglich als gesellschaftlicher Reflex auf Natur gefasst [118]. Demgegenüber zielt »doing gender« darauf ab, Geschlecht nicht als Eigenschaft von Individuen zu betrachten, sondern jene sozialen Prozesse in den Blick zu nehmen, in denen »Geschlecht« als sozial folgenreiche Unterscheidung hervorgebracht und reproduziert wird. Hierbei haben sich besonders die geschlechtstypischen Tätigkeiten und Berufe als bedeutsam herausgestellt – »doing gender while doing work« [186; 330].

Eine begriffsanalytische (De)Konstruktion von Geschlecht wurde von BUTLER [66; 67] geleistet. Der Modus der Konstruktion des Geschlechts wird von ihr im Bereich der Sprache – im Diskurs – verortet [313]. Der Geschlechter-Diskurs steckt hierbei den Bereich des Denk- und Lebbareren ab. Auch das Geschlecht in seiner Materialität (sex) wird als diskursiver Effekt einer sich ständig wiederholenden und zitierenden Praxis verstanden [66].

Hinsichtlich einer Darstellung philosophischer Geschlechtstheorien sei auf die Arbeit von DOYÉ et al. [90] verwiesen.

## 1.2 Die Bedeutung des Geschlechts in der Psychiatrie

Die Geschlechtlichkeit des Menschen in ihrer Bedeutung für das Auftreten, den Verlauf, die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen fand in den letzten Jahren im psychiatrischen Schrifttum zunehmende Berücksichtigung (Übersichtsarbeiten siehe u. a. [81; 94; 155; 185; 189; 232; 249; 255; 278; 335]). Im Folgenden können nur beispielhaft einige Befunde zum Einfluss des Geschlechts auf die Häufigkeit, den Verlauf sowie die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen vorgestellt werden.

## 1.2.1 Epidemiologie

In Tabelle 1-2 ist die Geschlechterverteilung einiger psychischer Störungen hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz wiedergegeben, wie sie in großen epidemiologischen Untersuchungen an Stichproben der Allgemeinbevölkerung evaluiert wurde. Frauen leiden demnach häufiger als Männer unter depressiven Störungen, Angststörungen, Ess-Störungen und Somatisierungsstörungen, während alkohol- und drogenbedingte Störungen sowie dissoziale Persönlichkeitsstörungen häufiger bei Männern auftreten. Hinsichtlich der Zwangsstörungen, den Manien und den Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, ließen sich keine eindeutigen Geschlechtsunterschiede in der Lebenszeitprävalenz nachweisen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass diese Erkrankungen bei Männern und Frauen gleich verlaufen. So weisen Frauen und Männer beispielsweise ein etwa gleiches Lebenszeitrisiko auf, an einer schizophrenen Störung zu erkranken, jedoch erkranken Frauen durchschnittlich vier bis fünf Jahre später und weisen tendenziell einen günstigeren Krankheitsverlauf auf [127; 238].

**Tab. 1-2: Geschlechterverteilung der Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen (Frauen/Männer)**

Studie	ECA <sup>1</sup>	MFU <sup>2</sup>	NCS <sup>3</sup>	NEMESIS <sup>4</sup>	TACOS <sup>5</sup>
Major Depression	2,7	3,4	1,7	1,8	2,5
Dysthymie	1,9	2,2	1,7	2,3	2,1
Angststörungen	–	2,0	1,6	1,8	2,2
Panikstörung	2,1	1,7	2,5	3	2,5
einfache Phobie	–	–	2,3	2,1	2,3
Sozialphobie	–	–	1,4	1,6	1,9
Agoraphobie	2,4	2,9	2,0	2,6	2,5
Zwangsstörung	1,5	1,3	–	0,9	9
Somatoforme Störungen	1,7	–	–	–	1,9
Ess-Störungen	–	–	–	6,5	3,3
Alkoholbedingte Störungen	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2
Drogenbedingte Störungen	–	–	0,6	0,6	0,6
Dissoziale Störung	0,2	–	0,2	–	–
Schizophrenien	1,4	–	–	0,8	–
Manien	1,2	–	–	–	–
Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis	–	–	1,3	–	–

<sup>1</sup> Epidemiological Catchment Area Study [252]: Erhebung 1980 – 1984, Alter > 18, Erhebung in 5 Regionen der USA, N = 19182, DSM-III, DIS.

<sup>2</sup> Münchner Follow-up Studie [332]: Erhebung 1981, Alter 25 – 65, BRD, N = 483, DSM-II, DIS.

<sup>3</sup> National Comorbidity Survey [160]: Erhebung 1990 – 1992, Alter 15 – 54, USA, N = 8098, DSM-III-R, CIDI.

<sup>4</sup> Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study [38]: Erhebung 1996, Alter 18 – 64, Niederlande, N = 7076, DSM-III-R, CIDI.

<sup>5</sup> Transitions in Alcohol Consumption and Smoking [201]: Erhebung 1996 – 1997, BRD, Alter 18 – 64, N = 4075, DSM-IV, CIDI.

## 1.2.2 Hilfesuchverhalten, Diagnostik und Krankheitsverarbeitung

Die heutige Coping-Forschung kann als Ausdruck einer teilweisen Verschiebung des Fokus der Betrachtung von der Seite objektivierbarer Belastungsbedingungen auf die Seite der darauf bezogenen individuellen Bewertung und Reaktion gesehen werden [206]. Als theoretischer Rahmen kann hierfür das Person-Situation-Transaktions-Modell [182; 183] dienen. Hierin wird nicht mehr von universellen physiologischen Veränderungen aufgrund von spezifischen Stressoren ausgegangen, sondern Belastungsverarbeitung wird als ein Prozess der subjektiven Bewertung eines Ereignisses verstanden. Ereignisse werden zum einen hinsichtlich ihrer Übereinstimmung mit persönlichen Zielen sowie individuellen und gesellschaftlichen Normen bewertet, zum anderen werden die internen und externen Bewältigungsressourcen beurteilt.

Eine übereinstimmende Definition von Bewältigung gibt es bislang nicht [318], es lassen sich jedoch vier wesentliche Merkmale herauskristallisieren: Nach WENDT u. PETERMANN [318] setzt Bewältigung immer eine Konfrontation mit Anforderungen voraus, findet als Prozess statt, beinhaltet bewusste und unbewusste Verhaltensweisen und muss unabhängig vom Resultat beurteilt werden. Krankheitsverarbeitung kann definiert werden als:

»[...] die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen in Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv und aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Krankheitsverarbeitung kann sich sowohl auf ein Individuum als auch in systematischer Betrachtung auf eine Sozialstruktur beziehen. Die Krankheitsverarbeitungs-Modi sind prinzipiell unabhängig von Kriterien des Verarbeitungserfolgs zu definieren.« [207]

Der Einfluss des Geschlechts auf das Hilfesuchverhalten, die Diagnostik sowie die Krankheitsverarbeitung wurde für verschiedene psychische Störungen aufgezeigt [21; 28; 63; 209; 240; 328]. Hierbei spielt nicht nur das somatische Geschlecht eine Rolle, sondern auch die Geschlechtsrollenidentifikation [12].

Neben dem Geschlecht erwiesen sich Alter, Ethnizität, Wohnsituation, Bildungsniveau, Art und Schweregrad der Störung, Komorbidität sowie die Erwartungshaltung hinsichtlich der professionellen Hilfe als wichtige Einflussfaktoren auf das Hilfesuch- und Krankheitsverhalten [43; 49; 132; 202; 235; 303]. Besonders bei Männern ist zusätzlich die Einkommens- und Arbeitssituation bedeutsam [312; 339].

Hinsichtlich des Hilfesuch- und Krankheitsverhalten wurden bei verschiedenen psychischen Störungen deutliche Unterschiede gefunden. Bei depressiven Störungen wird wesentlich häufiger professionelle Hilfe aufgesucht als bei Alkoholproblemen [43] – bei Erkrankungen also, die deutliche Unterschiede in der Prävalenz zwischen Frauen und Männern aufweisen. Dies kann bereits aufgrund der verschiedenen Verteilung von psychischen Störungen bei Frauen und Männern

(siehe 1.2.1) auch zu Unterschieden im Hilfesuchverhalten führen. Auch die Ausprägung einer psychischen Störung beeinflusst das Hilfesuchverhalten [65].

Im Folgenden soll am Beispiel depressiver Störungen der Einfluss des Geschlechts auf Hilfesuchverhalten, Diagnostik und Krankheitsverarbeitung etwas genauer betrachtet werden. In den Artefakthypothesen zur Geschlechterverteilung depressiver Störungen wird davon ausgegangen, dass Frauen und Männer gleich häufig an depressiven Störungen erkranken und dass die in Untersuchungen gefundene Geschlechterdifferenz durch Verzerrungen aufgrund von unterschiedlichem Hilfesuch- und Symptombereitschaftsverhalten, unterschiedlicher Symptomqualität, systematisch verzerrtem Erinnerungsvermögen bezüglich durchgemachter depressiver Episoden, unterschiedlichen Diagnosegewohnheiten, geschlechtsstereotypen Wahrnehmungsmustern der Diagnostiker, verzerrten Skalenkonstruktionen der Diagnoseinstrumente oder unterschiedlichen Falldefinitionen bedingt ist [202; 211; 264; 327]. Die Artefakthypothesen reichen aber nicht aus, die empirischen Befunde zur Geschlechterverteilung depressiver Störungen in Stichproben der Allgemeinbevölkerung zu erklären [60; 211].

BRISCOE [57] fand in einer Untersuchung, die sich mit Geschlechtsunterschieden im psychischen Wohlbefinden beschäftigte, dass Frauen sowohl angenehme als auch unangenehme Gefühle häufiger ausdrückten als Männer. Die geringere emotionale Expressivität von Männern konnte in Experimenten und anhand von Selbstbeurteilungen in zahlreichen Studien nachgewiesen werden [121]. Während in Studien an Neugeborenen diesbezüglich noch keine Geschlechtsunterschiede zu beobachten sind, verstärken sich die Geschlechtsunterschiede im emotionalen Ausdrucksverhalten mit zunehmendem Alter [199].

Depressive Symptome werden in unserer westlichen Kultur als feminin und unmännlich wahrgenommen [136]. Hieraus wurde die These abgeleitet, dass Männer weniger als Frauen bereit seien, depressive Beschwerden zuzugeben. KING u. BUCHWALD [166] untersuchten an College-Studenten das Antwortverhalten in einem privaten Setting (Fragebögen, bei denen die Anonymität gewahrt wurde) und in einem öffentlichen Rahmen (Interview mit einem Untersucher). Wenn man davon ausgeht, dass Männer sich ihrer depressiven Stimmungen wegen schämten und sie deshalb nicht davon berichteten, würde man einen deutlicheren Geschlechtsunterschied unter den öffentlichen Erhebungsbedingungen erwarten.

KING u. BUCHWALD konnten aber zeigen, dass Männer nicht weniger als Frauen gewillt waren, unter öffentlichen Bedingungen von ihren Symptomen zu berichten und weder Männer noch Frauen im privaten Setting von mehr Symptomen als im öffentlichen Setting berichteten. Bei dieser Untersuchung ist allerdings zu berücksichtigen, dass nur College-Studenten untersucht wurden. Die Ergebnisse können deshalb nicht ohne Weiteres auf die Allgemeinbevölkerung übertragen werden. Auch ist es möglich, dass die Gründe für ein Verschweigen depressiver

Symptome weniger bewusstseinsnah sind und deshalb das Schamgefühl in der Öffentlichkeit davon zu berichten nicht die zentrale Rolle spielt.

Ein anderes Phänomen, das sich auf die Diagnostik depressiver Störungen auswirken kann, ist eine höhere »Vergesslichkeit« der Männer für die Häufigkeit ihrer depressiven Störungen, die Krankheitsdauer und die Anzahl der Symptome. ANGST u. DOBLER-MIKOLA [9] und ANGST [8] machten darauf aufmerksam, dass Männer und Frauen nur über einen Zeitraum von drei Monaten vergleichbare Angaben bezüglich selbst erlittener depressiver Störungen lieferten. Weiter zurückliegende depressive Störungen wurden von Männern signifikant weniger angegeben. Die Gründe für die männliche »Vergesslichkeit« für depressive Symptome konnten noch nicht sicher aufgedeckt werden. JOKSIMOVIC [148] machte darauf aufmerksam, dass es sich bei dieser »Vergesslichkeit« eher um eine Verleugnung handelt, die wiederum negativ mit Depressionsscores korreliert sei. Verleugnung weist eine stark positive Korrelation mit sozialer Erwünschtheit auf.

Neuere Daten zum Hilfesuchverhalten von Frauen und Männern zeigen recht konsistent niedrigere Inanspruchnahmeraten und geringere Hilfesuche bei Männern, insbesondere bei depressiven Symptomen und emotionalen Problemen [148; 202; 203; 211; 286; 300; 321], wenn es auch vereinzelt Befunde gibt, in denen dies nicht bestätigt werden konnte. AMENSON u. LEWINSOHN [5] fanden in ihrer Untersuchung beispielsweise, dass Männer und Frauen bei gleichen Werten in Depressionsfragebögen gleich häufig psychiatrische oder allgemeinmedizinische Hilfe aufsuchten.

KESSLER et al. [159] konnten aufzeigen, dass Frauen unspezifisches Unwohlsein häufiger bewusst als Ausdruck von psychischen Problemen einschätzen und entsprechende Hilfen aufsuchen als Männer. Die Reaktions- und Verhaltensweisen auf initiale depressive Symptome können sich auf den Verlauf der Störung und damit auch auf die Diagnostik auswirken. NOLEN-HOEKSEMA [214] argumentierte, dass unabhängig von der Herkunft der depressiven Symptome die individuelle Reaktion auf die eigenen depressiven Zustände zu der Schwere, Chronizität und dem Wiederauftreten von depressiven Störungen beitragen könne. Männer und Frauen unterscheiden sich nach Nolen-Hoeksema in ihren Reaktionen auf depressive Symptome. In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Männer auf depressive Symptome mehr mit Aktivitäten, Ablenkung und Ignorieren reagierten, während Frauen sich eher in ihre Symptome hineinsteigerten, Aktivitäten reduzierten und über die Ursachen ihrer Stimmungen grübelten [136; 214]. Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit [91] und das Konzept der Lage- versus Handlungsorientierung [176] können für das beschriebene geschlechtstypische Verhalten als theoretische Grundlage dienen. Im Zustand der objektiven Selbstaufmerksamkeit ist die Aufmerksamkeit der Person auf das eigene Selbst gerichtet, wodurch es zu einer Intensivierung der vorherrschenden Affekte kommt. Der Lageorientierung, in der ein Kreisen der eigenen Gedanken

um die gegenwärtige missliche Lage sowie das Auftreten handlungshemmender Emotionen dominieren, kann eine Handlungsorientierung gegenübergestellt werden, in der die Person selektiv auf handlungsrelevante Inhalte gerichtet ist. Nach NOLEN-HOEKSEMA [211–216] führt der frauentypische, grübelnde Reaktionsstil gleich in mehrere Teufelskreise, die eine depressive Störung verlängern oder vertiefen können. Er verhindert instrumentelles Handeln, aktiviert und verstärkt negative Erinnerungen und bevorzugt depressive Erklärungsmodelle für die eigene Depression.

Aktiv zu sein und die eigenen Gefühle zu ignorieren gehört auch heute noch zu den Stereotypen von Männlichkeit, während emotional und passiv zu sein den Stereotypen von Weiblichkeit zugehört. Diese Stereotype interagieren mit der Sozialisations- und Lerngeschichte des Individuums und können letztlich unter anderem zu einer geschlechtstypischen Reaktionsweise auf depressive Symptome führen.

Die soziale Interaktion zwischen Befragten und Diagnostikern weist geschlechtstypische Differenzen auf. Die These, dass mehr Frauen an depressiven Störungen leiden als Männer, ist sowohl in Laien- als auch in Therapeutenkreisen weitläufig bekannt und größtenteils auch anerkannt. Dieses Vorwissen kann die soziale Interaktion zwischen Befragten und Diagnostikern eine Rolle spielen. Von Diagnostikerseite aus kann es durch eine bestimmte Erwartungshaltung, wie der, dass Frauen häufiger depressiv sind als Männer, zu systematischen Beobachtungs- und Interpretationsfehlern kommen. Ein anderer möglicher Fehler kann durch die Projektion eigener depressiver Verstimmungen auf die Befragten entstehen. Von der Seite der Befragten kann es durch das Wissen um die vermeintliche Tatsache, dass Frauen häufiger depressiv sind als Männer, zu hypothesengerechtem Verhalten und letztlich zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung im Sinne WATZLAWICKS [316] kommen. JOKSIMOVIC machte darauf aufmerksam, dass das Geschlecht der Diagnostiker und der Befragten einen Einfluss auf den diagnostischen Prozess nehmen kann: Beispielsweise könnte ein Mann Schwierigkeiten haben, einem männlichen Diagnostiker gegenüber depressive Symptome zuzugeben, da er vor ihm sein Gesicht nicht verlieren darf [148].

### 1.2.3 Soziale Unterstützung

Bei der sozialen Unterstützung handelt es sich um kein einheitliches und abgeschlossenes Konzept [170; 178 ;257 ;276]. Heute herrscht jedoch weitgehend Konsens, dass es sinnvoll ist, drei Konzepte der sozialen Unterstützung zu unterscheiden: Die soziale Integration, die wahrgenommene Unterstützung und die erhaltene Unterstützung.

Unter der *sozialen Integration* wird die Einbettung in ein soziales Netzwerk verstanden, wofür verschiedenen Indikatoren herangezogen werden können, wie beispielsweise der Familienstand, Zahl der Verwandten und Freunde sowie die Häufigkeit und Form der Kontakte zu ihnen. Das soziale Netzwerk ist durch morphologische (Größe, Dichte, Erreichbarkeit, Zentralität, Cluster, Sektoren) und relationale (Stärke der Bindung, Kontakthäufigkeit, latente vs. aktualisierte Beziehungen, Dauer, Reziprozität, Homogenität, multiplexe vs. uniplexe Beziehungen, Egozentriertheit vs. Altruismus, Zugänglichkeit) Merkmale gekennzeichnet [257].

Bei der sozialen Unterstützung geht es demgegenüber mehr um den qualitativen und funktionalen Aspekt von Beziehungen. Sie umfasst die Interaktion zwischen zwei oder mehr Menschen, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei einem Betroffenen Leid erzeugt, zu verändern, oder zumindest das Ertragen dieses Zustands zu erleichtern [276]. Bei der *wahrgenommenen Unterstützung* handelt es sich um die Überzeugung einer Person von der potenziellen Verfügbarkeit der Unterstützung. *Erhaltene Unterstützung* wird danach bemessen, wie oft und wie wirksam hilfreiche Handlungen ausgeführt wurden, wobei sowohl das beobachtbare Geschehen, als auch die subjektiven Bewertungen berücksichtigt werden [276]. Sowohl für die wahrgenommene als auch für die erhaltene Unterstützung können emotionale, informationelle und instrumentelle Hilfen unterschieden werden.

Seit den 70er-Jahren ist es zu einem immensen Anstieg der empirischen Forschung hinsichtlich der Zusammenhänge von sozialer Integration bzw. sozialer Unterstützung und Gesundheit bzw. Krankheit gekommen [257]. Hierbei wurden vor allem zwei theoretische Perspektiven berücksichtigt – die Stressbewältigungs- und die Gesundheitsverhaltensperspektive [170]. Es zeigte sich u. a., dass soziale Integration und soziale Unterstützung sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben können, dass die Auswirkungen abhängig von der Beziehung zum Helfenden sein können, dass die Art des Stressors von Bedeutung ist und schließlich, dass alters- und geschlechtsabhängige Faktoren eine Rolle spielen [77; 170; 178; 257; 276].

Überwiegend konnte ein positiver Einfluss sozialer Unterstützung auf die seelische Gesundheit [19], das Wohlbefinden [277], den Verlauf psychischer Erkrankungen [143; 245; 266] und die Krankheitsverarbeitung [140; 314] aufgezeigt werden. Besonders die wahrgenommene soziale Unterstützung steht mit Gesundheitsvariablen in Zusammenhang [110]. Negative Auswirkungen können sich beispielsweise bei unverlangter Hilfe auf das Selbstwertgefühl ergeben [171].

Merkmale sozialer Netzwerke wurden einerseits als Faktor in der Ätiologie psychischer Störungen diskutiert, andererseits wiesen einige Befunde darauf hin, dass sich soziale Netzwerke in Folge psychischer Erkrankungen verändern. Im

Vergleich zu Gesunden sind die sozialen Netzwerke von psychisch kranken Personen (u. a. bei Personen mit schizophrenen, depressiven, Angst- und Abhängigkeitsstörungen) in der Regel kleiner und dichter. Sie haben einen höheren Anteil von familiären Bezugspersonen und Mitpatienten. Die sozialen Beziehungen werden häufig als weniger unterstützend erlebt, sind häufiger asymmetrisch und aversiv. Die Vielgestaltigkeit der Rollenbezüge ist meist reduziert (siehe [257]).

Auch hinsichtlich der Wechselwirkungen von sozialer Unterstützung und psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung liegen eine Reihe empirischer Befunde vor. So können sozialer Rückhalt und soziale Unterstützung sich negativ auf die Bereitschaft auswirken, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen oder auch mit einem Behandlungsabbruch einer Psychotherapie in Zusammenhang stehen [167]. Überwiegend lässt sich aber feststellen, dass sich soziale Unterstützung positiv auf Prozess- und Ergebnismerkmale von Psychotherapie und psychiatrischer Behandlung auswirkt – wenn denn eine solche aufgenommen und aufrechterhalten wird [14; 39; 167].

Hinsichtlich des prädiktiven Werts der zu Behandlungsbeginn bestehenden sozialen Unterstützung für das Outcome tagesklinischer Behandlung liegen unterschiedliche Ergebnisse vor. Während PLOTKIN und WELLS einen positiver Einfluss der initial bestehenden sozialen Unterstützung bei einer tagesklinischen Behandlung von psychiatrisch erkrankten älteren Menschen fanden [227], ergab sich in der Evaluation einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik von POTVIN et al. kein prädiktiver Wert der zu Behandlungsbeginn bestehenden sozialen Unterstützung [230]. GUTKNECHT konnte in einer (deutschen) allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik einen Zusammenhang zwischen der Suche nach sozialer Unterstützung und dem Behandlungsergebnis aufzeigen [124].

Hinsichtlich geschlechtstypischer Differenzen der sozialen Unterstützung konnte gezeigt werden, dass Männer in Krisensituationen weniger Unterstützung mobilisieren und erhalten sowie mit eigenen Unterstützungsbemühungen weniger effektiv sind als Frauen [120; 169; 208; 259]. Vieles deutet darauf hin, dass Frauen zu Beziehungsspezialistinnen sozialisiert werden [145; 162]. Von früher Jugend an pflegen Mädchen engere Freundschaften als Jungen, die sich hingegen häufiger in größeren, loserem Gruppen zusammenschließen [170]. Viele Untersuchungen sprechen dafür, dass Frauen sozial geschickter sind, dass sie sich anderen schneller mitteilen und mehr an Beziehungsthemen interessiert sind, dass sie auf intimere Weise reagieren und dass sie sich weniger an Gerechtigkeitsregeln, sondern mehr an Prinzipien der Gleichheit halten [15; 257; 259; 331; 336].

Die sozialen Netzwerke von Frauen im Erwachsenenalter sind größer, dichter und multiplexer als die der Männer [27; 34; 78; 177; 224; 311]. Hierin mag ein Grund liegen, dass Männer für ihre sozialen Unterstützung mehr auf ihre Ehefrauen angewiesen sind und Frauen mehr Unterstützung durch Freunde oder die Verwandtschaft erhalten [259]. Dies steht im Einklang mit den empirischen

Befunden, wonach die Ehe Männer besser vor einer depressiven Störung schützt als Frauen [60]. Auch spielt das Geschlecht des Helfenden für die Effektivität der Unterstützung eine Rolle. Frauen und Männer scheinen vor allem von weiblicher Unterstützung zu profitieren [120; 259].

Problematisch an den Studien ist, dass meist der Einfluss des beruflichen Status nicht kontrolliert wurde, der sich auch auf die sozialen Netzwerke und die soziale Unterstützung auswirken kann. In einer umfangreichen Studie verschwanden fast alle Unterschiede in den Merkmalen sozialer Netzwerke, wenn der Beschäftigungs- und familiäre Status sowie das Alter kontrolliert wurden [204].

Der größere Umfang sozialer Netze bei Frauen führt zwar zu mehr sozialer Unterstützung im Bedarfsfalle, ist jedoch auch mit einer größeren Belastung für sie verbunden [257]. Die größeren und dichteren sozialen Netze von Frauen können bei hoher Empathie zur Belastungsquelle werden und wurden beispielsweise mit den höheren Raten depressiver Störungen bei Frauen in Zusammenhang gebracht [259]. Des Weiteren scheinen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der sozialen Netzwerke und Unterstützung weniger vom biologischen Geschlecht als vielmehr von der Geschlechterrollenorientierung und -identität abzuhängen [22; 64; 210; 242; 243; 260].

Die Bedeutung der sozialen Unterstützung bei verschiedenen psychischen Störungen sowie diesbezügliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern wurden besonders für depressive und schizophrene Störungen untersucht. Soziale Unterstützung ist bei depressiven Störungen für beide Geschlechter von Bedeutung [341]. Emotionale Unterstützung erwies sich besonders für Frauen als Schutz davor, an einer Major Depression zu erkranken [158]. Hiermit übereinstimmend konnte gezeigt werden, dass Einsamkeit bei Frauen einen bedeutenderen Faktor für die Entwicklung einer depressiven Störung ausmacht als für Männer [163].

Unterschiede im sozialen Netzwerk und hinsichtlich der sozialen Unterstützung wurden auch mit geschlechtstypischen Unterschieden bei schizophrenen Störungen in Zusammenhang gebracht [6; 7; 265]. Es konnte beispielsweise aufgezeigt werden, dass der Krankheitsverlauf junger Männer, die noch bei ihren Eltern leben, günstiger ist als für junge Frauen in dieser Situation. Andererseits erwies sich das Alleinwohnen besonders für Männer als ungünstig. Der insgesamt günstigere Verlauf schizophrener Störungen bei Frauen wurde vielfach mit dem späteren Erkrankungsbeginn bei Frauen in Zusammenhang gebracht, die bei Erkrankungsbeginn schon effizientere soziale Netzwerke etablieren konnten [127].

Überlegungen über die Ursachen der Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der sozialen Unterstützung reichen von genetischen und evolutionsbiologischen Konzepten bis hin zu geschlechtsabhängigen Sozialisationstheorien (siehe [2; 170; 257; 259]).

### 1.2.4 Lebensqualität

Bei der Lebensqualität handelt es sich um kein einheitliches Konstrukt. PUKROP spricht in diesem Zusammenhang von einer babylonischen Konstruktvielfalt [233] und macht auf verschiedene Problembereiche aufmerksam, wie beispielsweise die unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen und medizinischen Forschungstraditionen, die definitorische Unbestimmtheit und Heterogenität der Operationalisierungen des Konstrukts sowie Konfundierungen – z. B. mit dem Konstrukt der Depressivität. Dennoch sprechen die vorliegenden Forschungsergebnisse für die heuristische Fruchtbarkeit des Konzepts im Bereich der psychiatrischen Forschung [181].

Lebensqualität umfasst sowohl objektive (Lebensstandard) als auch subjektive (Lebenszufriedenheit) Merkmale. Mit dem Begriff der Lebensqualität ist in den Gesundheitswissenschaften ein gesundheitsbezogener Aspekt des persönlichen Wohlbefindens bzw. eine um die psychosozialen Aspekte erweiterte subjektive Wahrnehmung der Gesundheit gemeint [46]. Lebensqualität wird in der psychiatrischen Forschung als diskriminativer, prädiktiver und evaluativer Indikator eingesetzt [233].

Die Lebensqualität psychisch Kranker ist allgemein geringer als die der Normalbevölkerung und die von chronisch körperlich Kranken [180; 181]. Anhand der Lebensqualität lässt sich aber auch zwischen einzelnen psychischen Störungen oder Symptomkomplexen diskriminieren [18; 55; 105; 146; 248; 258; 261]. Eine stark negative Korrelation besteht zwischen Depressivität und Lebensqualität [55; 105; 137; 142; 248; 261]. Dies gilt nicht nur für die affektiven, sondern auch für die schizophrenen Störungen [18]. Verbesserungen der Lebensqualität durch psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen und der Einfluss des Behandlungssettings konnten aufgezeigt werden [157; 180; 181; 187; 188] – dies gilt auch für die tagesklinische Therapie [51; 150; 226; 291; 337]. Ein prädiktiver Wert der Lebensqualität für den psychopathologischen Entlassungsbefund konnte nicht aufgezeigt werden [275].

Geschlechtsabhängige Unterschiede in der Lebensqualität wurden sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei Patienten mit organischen oder psychischen Störungen vielfach beschrieben. BÖHMER und RAVENS-SIEBERER [46] fanden in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung, dass Frauen ihre Lebensqualität im Vergleich zu Männern geringer einschätzen – dies galt besonders für die Frauen aus den neuen Bundesländern. BISEGGER et al. [42] fanden ab dem Alter von zwölf Jahren eine Abnahme der Lebensqualität bei Jungen und Mädchen. In der physischen und psychosozialen Dimension war die Verschlechterung bei den Mädchen ausgeprägter als bei den Jungen.

Für eine ganze Reihe organischer Erkrankungen konnte gezeigt werden, dass sie besonders die Lebensqualität von Frauen negativ beeinflussen: u. a. Asthma

[25; 326], zystische Fibrose [11; 117], Schultergelenkerkrankungen [241], chronische Sinusitis [17], Cholezystolithiasis [234], HIV/AIDS [205], entzündliche Darmerkrankungen [263], Carcinome [302], Adipositas [322], kardiale Erkrankungen [97], Herzfehler [250; 251], chronischer Husten [106], Sarkoidose [82]. Auch Unfälle wirken sich negativer auf die Lebensqualität von Frauen als von Männern aus [144].

LINZER et al. [190] fanden in einer allgemeinmedizinischen Stichprobe, dass die Lebensqualität der Frauen geringer als die der Männer war. Dieser Unterschied ließ sich überwiegend darauf zurückführen, dass Frauen signifikant häufiger als Männer unter affektiven, somatoformen und Angststörungen litten, die sich wiederum negativ auf die Lebensqualität auswirkten. LAUER [180] weist auf eine gegenüber Männern höhere Lebensqualität von Frauen hin, die unter einer schizophrener Störung leiden. In einer multizentrischen Untersuchung in Kanada, Kuba und den USA konnte dies jedoch nicht bestätigt werden [310]. Ebenso fanden MERCIER et al. keine Unterschiede in der Lebensqualität von Männern und Frauen, die unter einer schweren psychischen Störung litten [200].

### 1.2.5 Therapie

Frauen suchen aufgrund von psychischen Problemen häufiger professionelle Hilfe auf als Männer und ihnen werden häufiger Psychopharmaka verschrieben [254]. Untersuchungen konnten aufzeigen, dass Frauen anfälliger für unerwünschte Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Medikation sind [88; 154].

Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Körperzusammensetzung, des Körpergewichts und physiologische Besonderheiten beeinflussen die Absorption, Verteilung, Biotransformation und Ausscheidung von Medikamenten [37; 72; 112; 236; 237]. Des Weiteren sind pharmakodynamische Unterschiede zwischen Frauen und Männern aufgrund von hormonellen Besonderheiten während des Menstruationszyklus, der Schwangerschaft, des Wochenbetts, der Stillperiode sowie der Menopause zu berücksichtigen.

In Tabelle 1-3 sind einige geschlechtsabhängige Unterschiede der Pharmakokinetik und -dynamik zusammengefasst.

Biologische Unterschiede zwischen Frauen und Männern können zu Unterschieden in der Pharmakokinetik und -dynamik von Psychopharmaka führen. Beispielsweise kann sich die Metabolisierung einiger Antidepressiva in der Leber aufgrund von Unterschieden in der Verteilung der CYP-Isoenzyme des Cytochrom P450-Systems bei Männern und Frauen unterscheiden [338]. Durch den Einfluss der Geschlechtshormone auf Neurotransmitter, kann es zu geschlechtsspezifischen pharmakodynamischen Wechselwirkungen mit Psychopharmaka kommen.

**Tab. 1-3: Geschlechtsabhängige Unterschiede der Pharmakokinetik und -dynamik (nach [72])**

---

**Absorbtion und Clearance:**

Langsamere Magenentleerung bei prämenopausalen Frauen führt zu einer langsameren Absorbtion. Eine niedrigere basale Sekretion von Magensäure bei Frauen führt zu einer erhöhten gastralen Absorbtion von schwachen Basen (z. B. tricyclische Antidepressiva) und zur verringerten Absorbtion von Säuren (z. B. Barbiturate). Eine erhöhte Aktivität der gastralen Alkoholdehydrogenase bei Männern und genetische Unterschiede in der hepatischen Alkoholdehydrogenase spielen eine Rolle bei geschlechtstypischen Unterschieden in der Metabolisation von Alkohol. Die aufgrund des durchschnittlich höheren Körpergewichts bei Männern höhere renale glomeruläre Filtrationsrate führt zu einer höheren renalen Clearance von einigen Medikamenten.

---

**Körperzusammensetzung, Verteilungsvolumen:**

Das Verhältnis Muskulatur/Fettgewebe ist bei Männern durchschnittlich höher als bei Frauen und beeinflusst das Verteilungsvolumen der Medikamente und damit auch ihre Halbwertszeit.

---

**Hepatische Metabolisierung und Proteinbindung:**

Das Cytochrom P450-System steht unter hormonellem Einfluss. Während bei Männern die Oxidation von Seitenketten, die Glucuronisierung und Konjugation im hepatischen Metabolismus ausgeprägter als bei Frauen ist, ergaben sich bei der Ringoxidation keine Unterschiede.

Medikamente, die über CYP2C19 oder CYP1A2 metabolisiert werden, werden bei Männern schneller eliminiert, solche, die über CYP3A4 abgebaut werden, von Frauen.

Frauen haben eine geringere Proteinbindung als Männer, was zu Unterschieden der Plasmaspiegel von einigen Medikamenten mit hoher Eiweißbindung (z. B. Benzodiazepine) führt.

---

**Menstruationszyklus:**

Der Menstruationszyklus beeinflusst die Absorbtion und Metabolisation von Medikamenten über die Variation der Hormonspiegel. Es kommt u. a. zu Veränderungen hinsichtlich der Magenentleerung, der Magensäureproduktion, der Flüssigkeitsretention, der renalen Clearance, der oxidativen Metabolisierung sowie der Aktivität der Alkoholdehydrogenase.

---

**Schwangerschaft:**

Ein erhöhtes Verteilungsvolumen, eine verringerte Absorbtion und erhöhte Ausscheidung machen in der Schwangerschaft häufig höhere Medikamentendosen erforderlich.

Es kommt u. a. zu einer Erhöhung der Körperflüssigkeit, verringerter Magensäuresekretion, verlangsamerer gastrointestinalen Passage, einer erhöhten glomerulären Filtration sowie zu einer Induktion verschiedener CYP-Enzyme.

---

**Menopause:**

Es überschneiden sich hier Effekte des Alterungsprozesses mit den Auswirkungen eines gesunkenen Östrogenspiegels. Es kommt u. a. zu einer verringerten Aktivität des CYP3A4 und die Magenentleerung gleicht sich der von Männern an.

---

**Effekte der Hormonsubstitution:**

Östrogene haben Einfluss auf die Antidepressiva induzierte Down-Regulation der Serotoninrezeptoren.

Orale Antikonzeptiva beeinflussen die Proteinbindung, die hepatische Metabolisierung (Konjugation und CYP-450-System) von Medikamenten.

---

**Ansprechen auf die Psychopharmaka:**

Geschlechtstypisches Ansprechen auf Psychopharmaka kann mit der unterschiedlichen Pharmakokinetik, Krankheitscharakteristika, Neurophysiologie sowie Unterschieden zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Compliance, dem Nikotin- und Drogenabusus und der Hormonsubstitution zusammenhängen.

---

**Nebenwirkungen durch Psychopharmaka:**

Das Profil der Nebenwirkungen unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern.

In Untersuchungen konnten Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Prolaktinämie, der Gewichtszunahme, dem Auftreten eines Diabetes mellitus, von extrapyramidalmotorischen Bewegungsstörungen, von QT-Zeit-Verlängerungen im EKG sowie hämatologischen Komplikationen aufgezeigt werden.

Hieraus werden beobachtete Unterschiede in der Wirksamkeit verschiedener Psychopharmaka bei Frauen und Männern verständlich. Des Weiteren können hiermit Befunde in Zusammenhang stehen, bei denen aufgezeigt werden konnte, dass einige Psychopharmaka bei Frauen ein alterstypisches Ansprechmuster zeigen, da sich die hormonellen Konstellationen besonders beim Vergleich prä- und postmenopausal unterscheiden [338].

Östrogen hat neben seinen Einflüssen auf das reproduktive System auch Auswirkungen auf das dopaminerge, serotonerge und cholinerge System [33]. Diese psychotropen Effekte kann man in der Hormonsubstitutionstherapie bei affektiven, psychotischen und demenziellen Erkrankungen nutzen. Die psychotropen Wirkungen des Östrogens können auch damit in Zusammenhang stehen, warum Antidepressiva zum Teil andere Wirk- und Nebenwirkungsprofile bei Frauen und Männern – und bei Frauen in verschiedenen Phasen ihres Lebens – zeigen. Es ergeben sich Hinweise, dass Frauen prämenstrual besser auf Serotoninwiederaufnahmehemmer ansprechen, während postmenopausal die Ansprechrate auf trizyklischen Antidepressiva vergleichbar gut ist. Trizyklische Antidepressiva haben als häufige Nebenwirkungen hypotensive Störungen und Gewichtszunahme, die gerade von jungen Frauen schlecht toleriert werden.

Da einige Psychopharmaka ihrerseits auf das endokrine System bei Frauen und Männern wirken, kann es hier zu geschlechtsspezifischen oder -typischen Nebenwirkungen kommen.

Viele Psychopharmaka können Auswirkungen auf sexuelle Funktionen haben. So kann ein erhöhter Prolaktinspiegel, wie er beispielsweise häufig bei einer Medikation mit Neuroleptika auftritt, zu einem Libidoverlust, Störungen der sexuellen Erregung und des Orgasmus führen. Weitere Symptome einer Hyperprolaktinämie – die bei gleicher Neuroleptika-Dosis bei Frauen häufiger als bei Männern auftritt – sind: Gynäkomastie, Galaktorrhöe, Infertilität, Menstruationsstörungen sowie Akne und Hirsutismus [126]. Hinsichtlich der sexuellen Erregung spielen die Neurotransmitter Acetylcholin und Stickoxid eine wichtige Rolle. Insbesondere anticholinerge Wirkungen vieler Psychopharmaka können sich auf die Erregungsphase negativ auswirken. Der Orgasmus steht in Zusammenhang mit serotonergen und noradrenergen Prozessen, die insbesondere durch Antidepressiva beeinflusst werden können [295]. Sexuelle Funktionsstörungen unter Serotoninwiederaufnahmehemmern werden besonders häufig bei Männern berichtet [94].

Auch hinsichtlich der Psychotherapie sind Geschlechtsaspekte zu berücksichtigen. Wie bereits beschrieben durchlaufen Mädchen und Jungen in unserer Gesellschaft einen Entwicklungsprozess, bei dem unter psychoanalytischen Gesichtspunkten geschlechtstypische Konflikte und Konstellationen auftreten oder unter lerntheoretischer Perspektive geschlechtstypische Rollen und kognitive Schemata erworben werden. Dies könnte Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess

haben – z. B. auf die Übertragungs- Gegenübertragungskonstellation – und sollte reflektiert und berücksichtigt werden.

Empirische Untersuchungen konnten allerdings keinen generellen Einfluss des Geschlechts des Patienten auf das Ergebnis psychotherapeutischer Behandlungen aufzeigen [74]. Es ergeben sich aber Hinweise, dass Frauen von einer Gruppentherapie besser als Männer profitieren. Bei der Einzeltherapie sollen Männer bessere Ergebnisse bei deutenden Angeboten und Frauen bei einem stützenden Vorgehen erzielen [13].

Hinsichtlich des Geschlechts des Therapeuten fanden BOWMAN et al. [50] in ihrer Meta-Analyse zwar signifikant bessere Ergebnisse bei den Therapeutinnen, wobei die Effektstärke so gering war ( $d = 0,04$ ), dass dem Therapeutengeschlecht letztlich kaum Bedeutung zugemessen werden konnte. In einem Review neuerer Studien konnte eine Abhängigkeit des Behandlungsergebnisses vom Therapeutengeschlechts ebenfalls nicht aufgezeigt werden [35]. Untersuchungen zum Einfluss des Geschlechts in Patient-Therapeut-Paarungen kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen [74; 103; 108; 229; 329].

## 1.3 Die Psychiatrische Tagesklinik

### 1.3.1 Psychiatrische Tageskliniken

Die psychiatrische Tagesklinik stellt eine teilstationäre Behandlungsform dar, die in den letzten Jahrzehnten in der psychiatrischen Versorgungslandschaft zunehmende Bedeutung erlangt hat. Psychiatrische Tageskliniken sind von Tagesstätten abzugrenzen. Während Tageskliniken der Diagnostik und Behandlung von Patienten durch ein multiprofessionelles Team (Ärzte, Psychologen, Krankenpflegekräfte, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter u. a.) mit psycho-, sozio- und pharmakotherapeutischen Methoden dienen, handelt es sich bei Tagesstätten um komplementäre Dienste, die der Alltagsgestaltung, der Tagesstrukturierung, dem Aufbau und Erhalt zwischenmenschlicher Beziehungen dienen und besonders arbeits- und beschäftigungstherapeutische Angebote anbieten.

Der Begriff »Psychiatrische Tagesklinik« ist nicht eindeutig definiert, sodass BENNETT et al. [29] mit einem gewissen Recht äußerten, dass die einzige Gemeinsamkeit von Tageskliniken darin bestehe, dass sie sich unterscheiden. Dies hat Auswirkungen auf die Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit tagesklinischer Forschungsbefunde [56]. Im angloamerikanischen Raum wird zwischen »acute psychiatric day hospital«, »day care« bzw. »transitional day hospital«, »day treatment programm« und »day care centres« unterschieden [195]. Unter »acute psychiatric day hospital« wird eine teilstationäre Diagnostik und Behandlung

von akut psychisch Erkrankten verstanden, die ansonsten vollstationär hätten behandelt werden müssen. »Day care« bzw. »transitional day hospital« stellt eine Behandlungsform für den Übergang von der vollstationären zur ambulanten Behandlung dar. Unter »day treatment programs« wird die intensive – häufig psychotherapeutisch geprägte – Form der ambulanten Behandlung gefasst. Der Begriff »day care centres« entspricht im Deutschen am ehesten den Tagesstätten.

Im deutschsprachigen Raum findet sich die Unterscheidung zwischen allgemeinspsychiatrischen und spezialisierten Tageskliniken. Zu den spezialisierten Tageskliniken zählen solche, die sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, von gerontopsychiatrischen Patienten sowie von Menschen, die einer bestimmten Diagnosegruppe zuzuordnen sind (z. B. Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen) beschränken. Auch die allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken lassen sich nach ihren Aufgabenstellungen, ihrer therapeutischen Ausrichtung, ihrer Organisationsform sowie ihrer Stellung in der psychiatrischen Versorgungslandschaft unterscheiden. Die allgemeinspsychiatrische Tagesklinik kann als ein Instrument der Krisenintervention oder der Rehabilitation genutzt werden, wobei Mischformen häufig sind. Sie kann eine Alternative zur stationären Behandlung darstellen oder den Übergang von der vollstationären zur ambulanten Behandlung gestalten und damit die stationäre Behandlungsdauer reduzieren. Sie kann die intensivste Form der ambulanten Behandlung darstellen. Psychiatrische Tageskliniken greifen alle auf psycho-, sozio- und pharmakotherapeutische Behandlungen zurück – jedoch mit unterschiedlicher Akzentsetzung. Von der psychotherapeutischen Ausrichtung lassen sich besonders tiefenpsychologisch und lerntheoretisch ausgerichtete Einrichtungen unterscheiden, wobei häufig eine Integration verschiedener Psychotherapieformen vorhanden ist [153; 283]. Die Psychiatrische Tagesklinik kann als Teil eines gemeindepsychiatrischen Vollversorgungssystems, im Verbund mit einer Klinik oder mit komplementären Diensten oder als eigenständige Institution fungieren.

Psychiatrische Tageskliniken haben eine relativ kurze Geschichte [96; 102]. DZAGAROV [92] beschrieb als Erster eine von ihm 1933 in Moskau eröffnete psychiatrische Tagesklinik. Grund für die Eröffnung waren weniger theoretische Überlegungen, als vielmehr die praktischen Bedürfnisse, die durch einen akuten Bettenmangel des Krankenhauses entstanden waren. Die ersten Tageskliniken im angloamerikanischen Raum wurden von CAMERON 1946 [70] in Montreal und von BIERER 1948 [36] in London gegründet und stehen in Zusammenhang mit der im Rahmen der Psychiatriereform stattgehabten Deinstitutionalisierung.

Im Weiteren wurde die Entwicklung psychiatrischer Tageskliniken durch die Anfänge der Psychopharmakotherapie und dem zunehmenden Interesse an der Psychotherapie von Psychosekranken begünstigt [102]. In Deutschland wurde die erste allgemeinspsychiatrische Tagesklinik 1962 von Kuhlenkampff an der Frank-

furter Universitätsklinik gegründet. Die Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover wurde 1968 eröffnet und ist damit eine der ältesten deutschen Tageskliniken. In den nächsten Jahrzehnten kam es zu einer raschen Etablierung von Tageskliniken in Deutschland. Während BOSCH u. STEINHART 1983 [48] 60 Tageskliniken in der Bundesrepublik erfassten, zählten SEIDLER et al. [280; 283] für das Jahr 1999 273 psychiatrische Tageskliniken. In der Umfrage von DIEBELS et al. im Jahr 2002 konnten bereits 340 deutsche Tageskliniken erfasst werden [86]. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland bestanden im Juli 2003 358 Tageskliniken mit insgesamt 8978 Plätzen [333].

Neben der nach wie vor bestehenden zentralen Aufgabe der Tagesklinik als Alternative zur vollstationären Behandlung hat in den letzten Jahrzehnten die Bedeutung von tagesklinischer Psychotherapie an Bedeutung gewonnen [131]. Hiermit in Zusammenhang steht, dass sich auch die Klientel deutscher Tageskliniken geändert hat und dass der Anteil von Patienten mit schizophrenen und wahnhaften Störungen geringer geworden ist, während der Anteil von Patienten mit neurotischen bzw. psychoreaktiven Störungen, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen stetig zugenommen hat [23; 131]. Diese Öffnung der Tageskliniken für Patienten mit leichteren psychischen Störungen wird zunehmend kritisch gesehen, da die Tageskliniken hierdurch einerseits in Konkurrenz zu ambulanten Behandlungsformen treten und andererseits die tagesklinische Therapieoption für Patienten mit psychotischen Störungen sinkt [23; 24; 98; 99]. Im angloamerikanischen Raum hat dies bereits dazu geführt, dass die Zahl der Tageskliniken wieder rückläufig ist [99].

### 1.3.2 Evaluation tagesklinischer Behandlung

Bei der Untersuchung der Effektivität und Effizienz tagesklinischer Behandlung erfolgt zumeist ein Vergleich mit der vollstationären oder der ambulanten Therapie. Während bei dem Vergleich mit der vollstationären Behandlung Akuttageskliniken (»acute psychiatric day hospitals«) berücksichtigt wurden, erfolgte die Gegenüberstellung der ambulanten Behandlung zu Tageskliniken im Sinne von »day care« bzw. »transitional day hospital«, »day treatment programm« und »day care centres«. Eine Übertragung der Ergebnisse auf die allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken, wie sie in Deutschland üblich sind und die zumeist Mischformen darstellen, ist nicht ohne Weiteres möglich.

Im Folgenden werden in Anlehnung an die Cochrane Reviews von MARSHALL et al. [195; 196] Ergebnisse von methodisch hochwertigen, randomisierten und kontrollierten Studien vorgestellt.

### 1.3.2.1 Tagesklinische versus vollstationäre Behandlung

Die Durchführbarkeit einer Behandlung in der Tagesklinik kann definiert werden als die prozentuale Reduktion von vollstationären Behandlungen, die durch diese Maßnahme möglich ist. Nach pessimistischen Schätzungen liegt die Durchführbarkeit der tagesklinischen als Alternative zur vollstationären Behandlung bei 18 %, nach optimistischen Schätzungen bei 39 % [79; 85; 139; 269; 270; 292; 323; 324; 342].

Hinsichtlich der Psychopathologie («mental state») konnten MARSHALL et al. [195] in einer Metaanalyse, die drei Studien einschloss [79; 80; 292] aufzeigen, dass es bei der tagesklinischen Behandlung zu einer rascheren Besserung der Psychopathologie im Vergleich zur vollstationären Behandlung kommt. In der Studie von DICK et al. [85], die die Psychopathologie nach drei Wochen, vier und zwölf Monaten untersuchte konnte nach drei Wochen eine signifikante Besserung der Psychopathologie bei den Tagesklinikpatienten im Vergleich mit den stationär Behandelten aufgezeigt werden, während es nach vier und zwölf Monaten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsformen gab. In der Untersuchung von WIERSMA et al. [323; 324] konnte zu Behandlungsbeginn sowie nach zwölf und 24 Monaten kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der psychopathologischen Besserung zwischen den teil- und vollstationär Behandelten aufgezeigt werden.

In der Meta-Analyse von MARSHALL et al. [195] unterschieden sich die Veränderungen im sozialen Funktionsniveau nicht signifikant zwischen dem tagesklinischen und vollstationären Behandlungssetting [79; 80; 292]. Auch in der Studie von WIERSMA et al. [323; 324] fanden sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

CREED et al. [79; 80] berücksichtigten in ihrer Vergleichsstudie zwischen vollstationärer und tagesklinischer Behandlung auch die Belastung der Angehörigen im Verlauf von zwölf Monaten und konnten diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapieformen aufzeigen. DICK et al. [85] fanden eine signifikant bessere Behandlungszufriedenheit der Patienten in der tagesklinischen verglichen mit der vollstationären Behandlung.

Hinsichtlich der Mortalität (insbesondere Tod durch Suizid) liegen zu wenige Daten vor, um etwaige Unterschiede zwischen der teil- und vollstationären Behandlung aufzeigen zu können.

CREED et al. [80] fanden in ihrer Untersuchung zwölf Monate nach Entlassung aus der teil- bzw. vollstationären Behandlung und KRIS et al. [173] nach 24 Monaten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich von Arbeitslosigkeit zwischen den Behandlungsformen.

Hinsichtlich der Behandlungskosten erwies sich die tagesklinische Therapie in den Studien von DICK et al. [85], CREED et al. [79; 80] und SLEDGE et al.

[291; 292] als günstiger als die vollstationäre Behandlung. Die Kostenreduktion durch die tagesklinische Behandlung lag hierbei für die Indexbehandlung bei 34–50 % – unter Berücksichtigung der gesamten psychiatrischen Behandlungskosten (inklusive stationäre Behandlungskosten) im Untersuchungszeitraum bei 21–37 %. In der Untersuchung von WIERSMA et al. [323; 324] konnten demgegenüber keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen den Behandlungsformen aufgezeigt werden – tendenziell stellte sich sogar die vollstationäre Behandlungsform als finanziell günstiger dar. In einer neueren RCT, in der die tagesklinische Behandlung mit der vollstationären verglichen wurde, ergaben sich bessere Ergebnisse hinsichtlich der Reduktion der Psychopathologie und der Patientenzufriedenheit für die tagesklinische Behandlung – die Kosten lagen hierbei aber für die tagesklinische Behandlung höher [231].

Eine Interpretation der unterschiedlichen Kosten der Behandlungsformen ist dadurch eingeschränkt, dass die Studien in verschiedenen Zeiten und in Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen durchgeführt wurden.

### 1.3.2.2 Vergleich zwischen tagesklinischer und ambulanter Behandlung

Für Patienten, die unter ambulanten Behandlungsbedingungen keine ausreichende Besserung erreichen, wurden sogenannte »day treatment programs« als teilstationäre Alternative entwickelt. Am häufigsten werden in diesen Behandlungsprogrammen Menschen mit depressiven Störungen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen behandelt. DICK et al. [84] und TYRER et al. [305] verglichen diese Behandlungsalternativen hinsichtlich verschiedenen Outcome-Maße. DICK et al. [84] fanden in ihrer Studie, dass sich die Psychopathologie bei den Patienten im »day treatment program« signifikant deutlicher besserte als bei den ambulant behandelten Patienten. In der Untersuchung von TYRER et al. [305] konnte demgegenüber nur ein Trend zugunsten der tagesklinischen Behandlungsform aufgezeigt werden. Hinsichtlich des sozialen Funktionsniveaus fanden TYRER et al. [305] keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapiesettings. In der Behandlungszufriedenheit der Patienten ergaben sich widersprüchliche Ergebnisse. Während DICK et al. [84] eine höhere Behandlungszufriedenheit bei den Patienten im »day treatment program« fand, äußerten sich in der Studie von TYRER et al. [305] die ambulant behandelten Patienten zufriedener. Hinsichtlich der Mortalität fanden TYRER et al. [305] keine signifikanten Unterschiede zwischen der ambulanten und teilstationären Behandlung.

GLICK et al. [119] verglichen über einen Zeitraum von zwölf Monaten Patienten, die nach einer vollstationären Behandlung zunächst weiter teilstationär behandelt wurden, mit solchen, die direkt in die ambulante Behandlung entlas-

sen wurden. Es fanden sich in dieser Untersuchung keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Zahl der Wiederaufnahme in stationäre Behandlung, der Psychopathologie und des sozialen Funktionsniveaus zwischen den zwei Behandlungsformen. Lediglich hinsichtlich des Verbleibs in psychiatrischer Behandlung ergaben sich bessere Ergebnisse für die zwischenzeitlich tagesklinisch behandelten Patienten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die tagesklinische Therapie eine gute Behandlungsalternative für einen Teil der ansonsten stationär behandlungsbedürftigen Patienten darstellt und gegenüber der vollstationären Behandlung auch einige Vorteile aufweist, wie zum Beispiel eine raschere Besserung der psychopathologischen Symptomatik und im ökonomischen Bereich eine Kostenersparnis. Auf der anderen Seite legen die vorliegenden empirischen Untersuchungen nahe, dass für einen Teil der tagesklinisch behandelten Patienten auch ähnlich effektive ambulante Behandlungsalternativen in Frage kommen.

### 1.3.2.3 Evaluation tagesklinischer Behandlung im deutschsprachigen Raum

Nach den ersten Gründungen psychiatrischer Tageskliniken in Deutschland in den 60er-Jahren dominierten in den wissenschaftlichen Veröffentlichungen bis in die 80er-Jahre Beschreibungen einzelner allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken und theoretische Reflexionen zu diesem Behandlungskonzept [47; 93; 101; 138; 198; 247; 253; 279; 296; 307]. Seit Ende der 80er-Jahre traten deskriptive Studien hinzu, in denen die Behandlungskonzepte von psychiatrischen Tageskliniken vorgestellt wurden, die sich auf bestimmte Diagnosegruppen – z. B. Suchterkrankungen – oder Behandlungsformen spezialisiert hatten [174; 175; 222; 246; 317; 334; 340].

Empirische Untersuchungen zur Effektivität tagesklinischer Behandlung wurden seit Ende der 70er-Jahre veröffentlicht. Hierbei handelte es sich um Studien, in denen Patienten zu Beginn und am Ende der Behandlung – teilweise auch noch katamnestisch – untersucht wurden [223; 239; 308]. Da aber weder Vergleichs- noch eine Kontrollgruppen einbezogen wurden, ist die Aussagekraft dieser Untersuchungen gering und die Interpretation der Ergebnisse schwierig. Die Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung wurde auch unter Einbeziehung von Vergleichsgruppen untersucht. In ihnen wurden entweder Tageskliniken miteinander verglichen oder Behandlungen im tagesklinischen oder vollstationären Setting einander gegenübergestellt – wobei es sich jedoch nicht um prospektive randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) handelte. Die Untersuchungen konnten somit nur Hinweise für die Effektivität tagesklinischer Behandlung erbringen.

In den letzten zehn Jahren ist eine Intensivierung der Tagesklinikforschung in Deutschland zu verzeichnen. Die Versorgungslage und -struktur tagesklinischer Behandlungen in Deutschland wurde in postalischen Umfragen evaluiert [86; 131; 153; 280; 283].

Aktuell wird durch KALLERT et al. (2003) im Rahmen der EDEN-Studie eine multizentrische RCT-Evaluationsuntersuchung zur Effektivität und Kosteneffizienz tagesklinischer Behandlung durchgeführt [149; 152]. KALLERT et al. konnten für den deutschen Sprachraum in einer RCT die Effektivität der tagesklinischen Akutbehandlung im Vergleich mit der vollstationären Regelbehandlung belegen. Die tagesklinische Behandlung dauerte hierbei mit durchschnittlichen 88 Tagen länger als die vollstationäre Therapie mit 68 Tagen. Hinsichtlich der evaluierten Outcomeebenen Psychopathologie, Behandlungszufriedenheit und subjektive Lebensqualität fanden sich zwischen den beiden Behandlungssettings keine signifikanten Unterschiede [150]. Auch die Wirtschaftlichkeit der akutpsychiatrischen tagesklinischen Behandlung konnte belegt werden [151].

Untersuchungen zur Qualitätskontrolle und differenziellen Behandlungspraxis tagesklinischer Therapie wurden durchgeführt [1; 133; 219; 220; 281; 282]. Spezielle Aspekte tagesklinischer Therapie wurden untersucht, wie beispielsweise Indikatoren und Prädiktoren für den Therapieerfolg [32; 62; 275], die Bedeutung des Beendigungsmodus der Behandlung [113–115], die Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität der Patienten [61; 124; 150; 271], die Bedeutung der sozialen Unterstützung [61; 271], Patientenzufriedenheit sowie die Bewertung einzelner Therapieelemente [95; 123; 125; 128; 150; 285], die Belastung für die Angehörigen [273; 274], Verschiebungen im Diagnose-spektrum, bei der Behandlungsdauer und zwischen den Funktionsbereichen im Verlauf der letzten Jahre [23; 98].

### 1.3.2.4 Frauen und Männer in der psychiatrischen Tagesklinik

Nach ausführlichen Literaturrecherchen in den Datenbanken MEDLINE und PSYCINFO wurde im internationalen Schrifttum nur eine Arbeit gefunden, die sich explizit mit Unterschieden zwischen Frauen und Männern in der teilstationären psychiatrischen Behandlung befasst. Es handelt sich um eine nicht veröffentlichte Dissertation von GEARHART aus dem Jahr 1995 [116]. In der Studie aus Boston wurde untersucht, ob Frauen und Männer unterschiedliche Fortschritte während einer teilstationären Behandlung machen. Hierbei wurden der Behandlungserfolg sowie das emotionale, soziale und handlungsorientierte Funktionsniveau berücksichtigt. Zur quantitativen Analyse wurde die Framingham Functional Assessment Scale verwandt. Darüber hinaus erfolgten qualitative Inhaltsanalysen der Krankenakten und der Angaben des therapeutischen Teams.

Bei den Patienten handelte es sich um an schizophrenen Störungen Erkrankte, die mindestens 16 Wochen an der Therapie teilnahmen. Es konnte gezeigt werden, dass die weiblichen Patienten größere Fortschritte in ihrer sozialen Funktion erreichen konnten als die Männer, während sich hinsichtlich der emotionalen und handlungsorientierten Funktionen keine signifikanten Unterschiede ergaben. Auch hinsichtlich des Therapieerfolgs ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

In der qualitativen Analyse wurden die größeren Fortschritte der Frauen hinsichtlich der sozialen Funktion mit der zentralen Stellung von Gesprächsrunden, der größeren Kontaktfähigkeit der Frauen zum therapeutischen Team und zu den Mitpatienten sowie deren größeren Fähigkeit, sich Hilfe zu suchen und schließlich einer stärkeren Zustimmung zum therapeutischen Programm in Zusammenhang gebracht. Diese Befunde sprächen dafür, dass das verbal orientierte teilstationäre Behandlungsangebot für die Entwicklung sozialer Fertigkeiten bei Frauen förderlicher als bei Männern ist.

Geschlechtsspezifische Untersuchungen an allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken unter Einbeziehung verschiedener Diagnosegruppen sind dem Autor weder in der Bundesrepublik Deutschland noch im internationalen Schrifttum bekannt.

### **1.3.3 Die Psychiatrische Tagesklinik an der Medizinischen Hochschule Hannover**

Die psychiatrische Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover gleicht in ihrer Struktur und ihrem Therapieangebot den meisten allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken für Erwachsene in Deutschland. Es arbeitet ein multiprofessionelles Team im Sinne des Bezugstherapeutensystems – d. h. jedem Patienten wird als direkter und kontinuierlicher Ansprechpartner ein Teammitglied zugeordnet. Diese Zuordnung soll nach Möglichkeit auch bei einer erneuten Behandlung bestehen bleiben, um der therapeutischen Beziehung Kontinuität zu verleihen. Das Therapeutenteam setzt sich zusammen aus Krankenpflegekräften, einer Sozialarbeiterin, einer Ergotherapeutin, einem Psychologen sowie Stations- und Oberarzt. Einige Therapeuten haben Zusatzausbildungen in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Konzentrativer Bewegungstherapie, Traumatherapie und systemischer Familientherapie. Der Großteil der Therapeuten verfügt über eine langjährige therapeutische Erfahrung in der Tagesklinik.

Die Behandlung findet primär als Gruppentherapie statt (u. a. themenzentrierte Gruppengespräche, sozio- und ergotherapeutische Gruppen, Konzentrativer Bewegungstherapie, soziales Kompetenz-Training, Psychoedukation), zudem

werden Einzel-, Paar- oder Familiengespräche durchgeführt. Ein Wochenplan der Tagesklinik findet sich in Tabelle 1-4.

**Tab. 1-4: Wochenplan der Psychiatrischen Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover**

<p><b>Montag:</b> 8:30 – 8:40 Spiel mit dem Ball; 9:00 – 9:45 Morgenrunde; 9:45 – 10:15 Zweites Frühstück; 10:15 – 11:15 Gesprächsgruppe; 11:30 – 12:00 Entspannung; 12:00 – 14:15 Mittagspause; 14:15 – 15:15 kreatives Gestalten o. Bezugstherapeutengespräche o. Arzt-Sprechstunde; 15:30 – 15:45 gemeinsames Kaffeetrinken; 15:45 – 16:00 Tagesausklang</p>
<p><b>Dienstag:</b> 8:30 – 8:40 Spiel mit dem Ball; 9:00 – 9:15 Morgenrunde; 9:30 – 10:15 Zweites Frühstück; 10:15 – 11:30 Malgruppe; 11:45 – 12:15 Bewegungsgruppe; 12:15 – 13:00 Bezugstherapeutengespräche; 12:00 – 14:15 Mittagspause; 14:15 – 15:15 Soziales-Kompetenztraining o. Oberarzt-Gespräche o. Bezugstherapeutengespräche; 15:15 – 16:00 Laufgruppe o. gemeinsames Kaffeetrinken und Tagesausklang</p>
<p><b>Mittwoch:</b> 8:30 – 8:40 Spiel mit dem Ball; 9:00 – 9:30 Morgenrunde; 9:30 – 10:00 Zweites Frühstück; 10:00 – 13:00 Außenaktivität o. Schwimmen; 12:00 – 14:15 Mittagspause; 14:15 – 15:15 kreatives Gestalten o. Bewegungsgruppe; 15:30 – 15:45 gemeinsames Kaffeetrinken; 15:45 – 16:00 Tagesausklang</p>
<p><b>Donnerstag:</b> 8:30 – 8:40 Spiel mit dem Ball; 9:00 – 9:15 Morgenrunde; 9:15 – 10:15 Zweites Frühstück o. Bezugstherapeutengespräche o. freie Gestaltung in Kleingruppen; 10:15 – 11:30 Kochen und Backen o. Interaktionsgruppe; 12:00 – 14:15 Mittagspause; 14:15 – 15:15 Körperwahrnehmungsgruppe o. Info-Gruppe »Gesundheit und Krankheit« o. Bezugstherapeutengespräche; 15:30 – 15:45 gemeinsames Kaffeetrinken; 15:45 – 16:00 Tagesausklang o. ab 15:15 Laufgruppe</p>
<p><b>Freitag:</b> 8:30 – 8:40 Spiel mit dem Ball; 9:00 – 9:30 Morgenrunde; 9:30 – 10:00 Zweites Frühstück; 10:15 – 11:15 Gesprächsgruppe; 11:30 – 12:00 Entspannung; 12:00 – 14:15 Mittagspause; 13:30 – 15:00 Schwimmen o. Volleyball und Spiele-Gruppe; 15:00 – 15:30 gemeinsamer Wochenausklang</p>

Bis auf Patienten mit primären Suchterkrankungen oder spezifischen gerontopsychiatrischen Störungen werden Patienten aus dem gesamten Spektrum psychischer Erkrankungen, schwerpunktmäßig mit affektiven Störungen, schizophrenen Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen behandelt. Die Tagesklinik verfügt über 20 Behandlungsplätze.

Die Tagesklinik ist Teil eines gut ausgebauten gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes und beteiligt sich an der Pflichtversorgung des zugehörigen urbanen Einzugsbereichs mit ca. 150 000 Einwohnern. Es besteht auch die Möglichkeit, Patienten aus anderen Einzugsbereichen zu behandeln, wobei darauf geachtet wird, dass die An- und Abfahrtswege zu bewältigen sind. Die Überweisung der Patienten erfolgt aus dem stationären oder ambulanten Bereich. Es besteht die Möglichkeit, eine Probezeit von ein bis zwei Wochen zu vereinbaren, an deren Ende die Frage der Therapiefortsetzung gemeinsam entschieden wird. Behandlungszeit und -ziel werden individuell vereinbart.

Therapieschwerpunkte der Tagesklinik sind die Krisenintervention, die Vermeidung einer stationären Behandlung, das Training sozialer Kompetenzen für die Alltagsbewältigung und die Vorbereitung sozialer und beruflicher Rehabilitation sowie die Gestaltung des Übergangs von der stationären Behandlung zur

selbstständigen Alltagsbewältigung oder die Vorbereitung einer ambulanten Weiterbehandlung. Der Tagesklinik angegliedert ist eine Arbeitstherapie, die sowohl von tagesklinischen als auch von vollstationär behandelten Patienten genutzt werden kann.

Das tagesklinische Behandlungskonzept ist so angelegt, dass ein auf die individuellen Behandlungsziele der Patienten abgestimmter Therapie-Plan umgesetzt werden kann (siehe Wochenplan Tabelle 1-4).

Im Vorfeld der tagesklinischen Behandlung findet ein Vorstellungsgespräch des Patienten mit zwei Therapeuten statt, in dem die Indikation zur Tagesklinikbehandlung überprüft wird und ggf. alternative Behandlungsformen besprochen werden. Es werden Therapieziele sowie die voraussichtliche Dauer der Behandlung festgelegt, wobei diese dem Therapieverlauf angepasst werden können.

Am Aufnahmetag erfolgt die Anamneseerhebung und Untersuchung durch den Assistenzarzt. Im Weiteren erfolgt ein Patientengespräch, an dem der Oberarzt, der psychologische Leiter und ein Assistenzarzt teilnehmen.

## 2 Fragestellung und Methodik

Aus den in der Einleitung vorgestellten Befunden zu geschlechtssensiblen Fragestellungen in der Psychiatrie geht hervor, dass es zwischen Frauen und Männern hinsichtlich personen-, krankheits- und therapiebezogener Aspekte Unterschiede gibt. Das Behandlungssetting fand in den Untersuchungen jedoch kaum Berücksichtigung. Insbesondere fand sich im internationalen Schrifttum lediglich eine Arbeit, die sich explizit mit geschlechtsabhängigen Unterschieden in der psychiatrisch-tagesklinischen Behandlung befasst.

### 2.1 Fragestellung

Der Untersuchung lagen folgende Fragestellungen zugrunde:

1. Unterscheiden sich Männer und Frauen in der psychiatrischen Tagesklinik in personen- und krankheitsbezogenen Aspekten?
2. Unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich psychopathologischer und psychosozialer Merkmale – unter Berücksichtigung der Selbst- und Fremdbeurteilung?
3. Steht das Outcome der tagesklinischen Behandlung in Zusammenhang mit dem Geschlecht der Patienten?
4. Welche Rolle spielt die berufliche und private Lebenssituation für die tagesklinische Behandlung und unterscheidet sich diese zwischen den Geschlechtern?

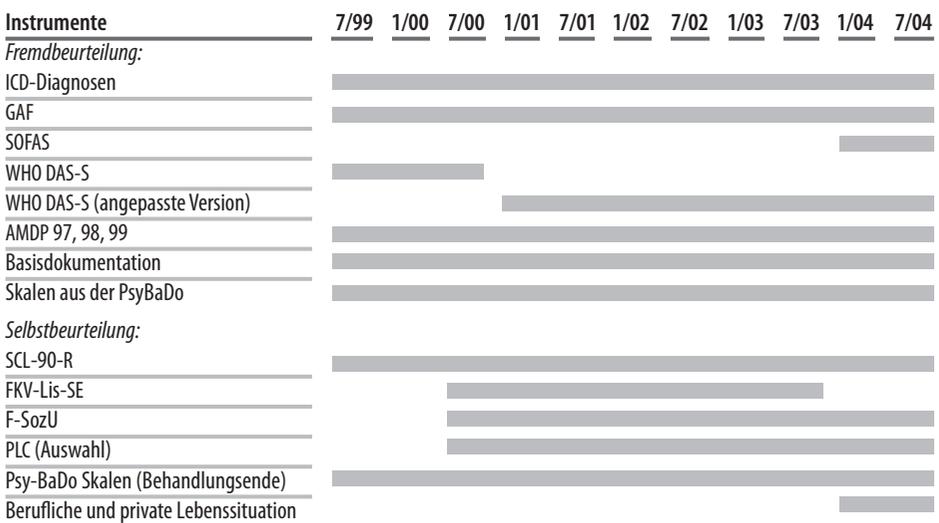
### 2.2 Untersuchungsdesign

In einer naturalistischen prospektiven Längsschnittuntersuchung wurde zur Erhebung von personen- und krankheitsbezogenen Daten eine Batterie von Erhebungsinstrumenten zusammengestellt, die routinemäßig im tagesklinischen Behandlungsalltag eingesetzt werden kann, wobei sowohl die Beurteilungsperspektive der Therapeuten als auch die der Patienten berücksichtigt wurde. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von Juli 1999 bis Dezember 2004, wobei einige Basisdaten für den gesamten Zeitraum erfasst wurden und speziellere

Fragestellungen über kürzere Intervalle untersucht wurden. Das Forschungsprojekt wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover bewilligt (Nr. 2760).

In Abbildung 2-1 ist dargestellt, welche Instrumente in welchem Zeitraum eingesetzt wurden. Personen- und krankheitsbezogene Daten aus der Sicht der Therapeuten wurden für den gesamten Untersuchungszeitraum erhoben (Juli 1999 bis Dezember 2004). Im Zeitraum Juli 2000 bis Dezember 2003 wurde auf verschiedene psychopathologische und psychosoziale Merkmale der Patienten fokussiert, wobei neben der Therapeutensicht auch die Selbsteinschätzung der Patienten Berücksichtigung fand. Für das Jahr 2004 erfolgte eine differenzierte Betrachtung der persönlichen und beruflichen Lebenssituation der Patienten. Die statistische Auswertung erfolgte für diese drei Untersuchungszeiträume gesondert.

**Abb. 2-1: Erhebungsinstrumente für die Fremd- und Selbstbeurteilung mit der Dauer ihres Einsatzes**



## 2.3 Erhebungsinstrumente

### 2.3.1 International Classification of Diseases der WHO (ICD-10)

Die diagnostische Zuordnung erfolgte unter Berücksichtigung der klinischen Beschreibungen und der diagnostischen Kriterien für Forschung und Praxis gemäß der Klassifikation des ICD-10 [87] zu Behandlungsbeginn und -ende.

Es wurden bis zu drei psychiatrische Diagnosen dokumentiert. Die Diagnose, die zur Aufnahme führte und im Behandlungsfokus stand, wurde als Hauptdiagnose gekennzeichnet. Somatische Nebendiagnosen wurden ebenfalls dokumentiert.

In den statistischen Auswertungen wurde statt der Aufnahme- die Entlassungsdiagnose herangezogen, da diese aufgrund von zusätzlichen Informationen und Behandlungserfahrungen als valider angesehen werden kann.

Die Zuordnung der Patienten zu Diagnosekategorien erfolgte nach den übergeordneten Kategorien des ICD-10:

F0 Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3 Affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7 Intelligenzminderung

F8 Entwicklungsstörungen

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

### 2.3.2 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die GAF-Skala [267] dient dazu, umfassende Aussagen über den klinischen Fortschritt eines Patienten anhand eines einzigen Maßes zu machen. Auf der GAF-Skala werden psychische, soziale und beruflichen Funktionsbereiche zusammengefasst.

Zu Beginn und zum Ende der Behandlung wurde durch die Therapeuten der GAF-Wert als Maß für die Schwere der Störung auf einer Skala von 0–100 eingeschätzt, wobei in der vorliegenden Studie der GAF-Wert nur auf das psychische Funktionsniveau bezogen wurde, da soziale und berufliche Funktionen bereits mittels anderer Erhebungsinstrumente erfasst wurden und die Beeinträchtigungen der Funktionsbereiche nicht immer in gleicher Weise ausgeprägt waren. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen Einschränkungen wurden nicht einbezogen.

### **2.3.3 Skala zur Erfassung des Sozialen und Beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS)**

Die SOFAS [267] dient der Einschätzung der sozialen und beruflichen Funktion auf einem Kontinuum von ausgezeichnet bis grob beeinträchtigt. Die Funktion wird auf einer 100-stufigen Skala eingeschätzt, die in elf Abstufungen unterteilt ist. Es werden sowohl Beeinträchtigungen einbezogen, die auf körperliche Einschränkungen zurückgehen, als auch solche, die psychisch bedingt sind. Hierbei müssen die Beeinträchtigungen direkte Folge von körperlichen oder psychischen Störungen sein und dürfen nicht nur Auswirkungen begrenzter Möglichkeiten oder Folgen von umgebungsbedingten Einschränkungen sein.

### **2.3.4 WHO Short Disability Assessment Schedule (WHO-DAS-S)**

Das WHO-DAS-S [147] ist ein Instrument zur Fremdbeurteilung des sozialen Funktionsniveaus des Patienten durch die Therapeuten. Die Beurteilung erfolgte zu Beginn und zum Ende der Behandlung. Bis Dezember 2000 wurden die Bereiche »Selbstfürsorge«, »Beruf«, »familiäre Beziehungen«, und »weiterer sozialer Kontext« bewertet. Ab Januar 2001 entschieden wir uns zu einer Anpassung des Instruments an die von uns untersuchte Klientel. Der Bereich »Beruf« wurde durch den Bereich »Alltagsgestaltung« ersetzt. Und es wurde der Bereich »Partnerschaft« neu aufgenommen. Die Beurteilung erfolgte auf einer Skala von »0 = keine Funktionseinschränkung« bis »5 = anhaltend schwere Funktionseinschränkung«.

### **2.3.5 AMDP-Items 97, 98, 99**

Das AMDP-System [10] ist ein Dokumentationssystem psychiatrischer Befunde. Es handelt sich um ein Fremdbeurteilungssystem zur Erfassung der Art und der Intensität psychopathologischer Symptome. In unserer Untersuchung wurden lediglich die Items 97 bis 99 berücksichtigt.

Die Therapeuten schätzten zu Beginn und zum Ende der Therapie den »Mangel an Krankheitsgefühl«, den »Mangel an Krankheitseinsicht« und die »Ablehnung der Behandlung« ein. Die Einschätzung erfolgte auf einer Skala von »n. v. = nicht vorhanden« bis »s = schwer«.

### 2.3.6 Basisdokumentation der Medizinischen Hochschule Hannover

In der klinikinternen psychiatrischen Basisdokumentation werden neben soziodemografischen Daten auch krankheitsbezogene Merkmale sowie besondere Vorkommnisse während der Behandlung – wie Suizidversuche oder bedrohliches Verhalten – aufgenommen.

In die Basisdokumentation integriert ist die Clinical Global Impression Scale (CGI) [309], in der auf einer Skala von 1 bis 7 der Schweregrad (1 entspricht »Patient ist überhaupt nicht krank«, 7 entspricht »Patient gehört zu den extrem schwer Kranken«) der Erkrankung zu Beginn und Ende der Behandlung eingeschätzt wird. Des Weiteren wird die Zustandsänderung zwischen Behandlungsbeginn und -ende dokumentiert (1 entspricht »Zustand ist sehr viel besser«, 7 entspricht »Zustand ist sehr viel schlechter«). Die Beurteilung erfolgte durch den Arzt oder Psychologen der Tagesklinik.

### 2.3.7 Psychotherapie-Basisdokumentation (Psy-BaDo-Skalen)

Aus der Psy-BaDo [141] wurden die Skalen »psychische Befindensstörung«, »psychisches Wohlbefinden« und »Therapiezufriedenheit« sowohl durch den Patienten als auch durch die Therapeuten zum Behandlungsende beantwortet. Hinsichtlich der Befindensstörung und des Wohlbefindens konnte zwischen sechs Antworten gewählt werden von »deutlich verschlechtert« bis »deutlich gebessert« sowie »nicht zu beurteilen«. Hinsichtlich der Therapiezufriedenheit bestanden die Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Skala von »überhaupt nicht zufriedenstellend« bis »sehr zufriedenstellend«. Die Selbstbeurteilung der Patienten wurde in einen Fragebogen zum Behandlungsende integriert, in dem weitere Aspekte der tagesklinischen Behandlung beurteilt werden sollten, die in dieser Untersuchung jedoch nicht berücksichtigt werden.

### 2.3.8 Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Die SCL-90-R [83; 104] umfasst 90 Items, in denen die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Beschwerden innerhalb eines Zeitraums von sieben Tagen erfragt wird. Die Beurteilung erfolgt mit fünf Auswahlmöglichkeiten von »überhaupt nicht = 0« bis »sehr stark = 4«. Die SCL-90-R bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung

zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Das Instrument umfasst die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Der globale Kennwert GSI misst die allgemeine psychische Belastung. Die SCL-90-R wurde von den Patienten zu Beginn und zum Ende der tagesklinischen Behandlung ausgefüllt.

### **2.3.9 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS-SE)**

Der FKV erfasst ein breites Spektrum der Krankheitsverarbeitung im kognitiven, emotionalen und behavioralen Bereich. Der FKV besteht aus einem ausführlichen Instrument (FKV 102) mit 102 Items und zwölf Skalen sowie zwei Kurzformen zur Selbst- und Fremdeinschätzung (FKV-LIS-FE und -SE) mit je 35 Items und fünf Skalen. Die Kurzformen eignen sich besonders für Verlaufsmessungen (der Verarbeitungsprozesse). In unserer Untersuchung wurde der FKV-LIS-SE eingesetzt, mit den Skalen: depressive Verarbeitung, aktives Coping, Ablenkung/Selbstaufbau, Religiosität/Sinnsuche, Bagatellisierung/Wunschdenken. Des Weiteren wurden die zwei übergeordneten Skalen »effektives Coping« und »ineffektives Coping« gebildet [314]. Die Skala »effektives Coping« besteht aus den Primärskalen »aktives Coping«, »Ablenkung/Selbstaufbau«, »Religiosität/Sinnsuche« sowie vier Einzelitems, die Skala »ineffektives Coping« aus der Primärskala »depressive Verarbeitung« und »Bagatellisierung/Wunschdenken« sowie drei Einzelitems.

Der Patient nahm die Selbsteinschätzung zu Beginn und zum Ende der Therapie vor. Fünf Antwortmöglichkeiten waren gegeben zwischen »1 = gar nicht« und »5 = sehr stark«.

### **2.3.10 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)**

Im F-SozU [293] wird soziale Unterstützung als wahrgenommene Unterstützung aus dem sozialen Umfeld operationalisiert. Er erfasst die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung von anderen zu erhalten sowie die Einschätzung, auf Ressourcen des sozialen Umfeldes zurückgreifen zu können. Der Fragebogen erfasst mit 54 Items die Skalen: Emotionale Unterstützung, Praktische Unterstützung, Soziale Integration, Belastung aus dem sozialen Netzwerk sowie die ergänzenden Skalen Reziprozität, Verfügbarkeit einer Vertrauensperson und Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung. Die Items liegen in Aussageform vor

(z. B. »Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte«). Die Probanden geben auf einer fünfstufigen Likertskala den Grad ihrer Zustimmung zu diesen Aussagen an. Zu Beginn und zum Ende der Behandlung wurde der F-SozU durch den Patienten ausgefüllt.

### **2.3.11 Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC)**

Das PLC [289] dient der Erfassung der Lebensqualität chronisch Kranker in Abhängigkeit vom Verlauf einer Erkrankung und/oder deren Behandlung. Das Kernmodul umfasst 40 fünfstufig Likert-skalierte Items, die auf sechs Skalen (Leistungsvermögen, Genuss- und Entspannungsfähigkeit, Positive Stimmung, Negative Stimmung, Kontaktvermögen, Zugehörigkeitsgefühl) das Konzept abbilden. Die Zielsetzung der Anwendung besteht in der quantitativen Erfassung von Veränderungen im Zeitverlauf. Das Messverfahren besitzt eine hohe Änderungssensitivität.

In unserer Untersuchung wurden durch die Patienten zu Beginn und zum Ende der Therapie nur die Skalen zum »Leistungsvermögen«, zur »Genuss- und Entspannungsfähigkeit« und zum »Kontaktvermögen« ausgefüllt. Auf die übrigen drei Skalen des PLC wurde verzichtet, da ihre Inhalte in anderen Fragebögen abgebildet wurden und der Umfang der vorgelegten Fragebögen für die Patienten gering gehalten werden sollte.

### **2.3.12 Fragebogen zur beruflichen und privaten Lebenssituation**

Der Fragebogen zur beruflichen und privaten Lebenssituation wurde vom Autor zur Ergänzung der Basisdokumentation zusammengestellt. Er umfasst Fragen zur Wohnsituation, zu Kindern innerhalb oder außerhalb des Haushalts, zu Partnerschaft, zur Pflege von Angehörigen sowie zur aktuellen beruflichen und finanziellen Situation.

Zur Erfassung von »Spillover-Effekten« wurde ein Fragebogen integriert, der von SIEGRIST et al. [288] konstruiert wurde. Er umfasst vier Items, wovon zwei die Einflussnahme arbeitsbezogener Faktoren auf das Privatleben und zwei Items den Einfluss der Familie auf die Arbeit widerspiegeln.

## 2.4 Stichprobenauswahl und Fallzahlkalkulation

Im Sinne einer naturalistischen Untersuchung wurden im Untersuchungszeitraum sämtliche Patienten, die in der Tagesklinik behandelt wurden, in die Studie eingeschlossen. Der hieraus resultierenden Heterogenität der Patientengruppe wurde dadurch begegnet, dass eine Vielzahl von personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen erfasst wurde und somit kontrolliert werden konnte.

Hinsichtlich der Fallzahlenkalkulation war aus Voruntersuchungen bekannt, dass das Ausfüllen der Selbstbeurteilungsfragebögen häufig von den Patienten unvollständig oder gar nicht erfolgt und somit eine kritische Größe für das Erreichen einer ausreichenden Fallzahl darstellt.

Für die Fallzahlkalkulation wurde von einem  $\alpha = 0,05$  und einer Power von 0,8 ausgegangen. Unterschiede zwischen Frauen und Männern von 0,5 hinsichtlich des Ausgangswertes und von Veränderungen im Behandlungsverlauf bezogen auf die subjektive Symptombelastung (GSI), die Leistungsfähigkeit, die Genuss- und Entspannungsfähigkeit und das Kontaktvermögen (PLC), die wahrgenommene soziale Unterstützung (F-SozU) sowie eines effektiven Copings (FKV-LIS-SE) wurden als relevant eingestuft. Die resultierenden Mindestfallzahlen lagen zwischen 16 und 34.

Hinsichtlich der Fremdbeurteilung wurde ein Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Schwere der Psychopathologie (GAF) von 5 Punkten sowie eine entsprechende Veränderung im Behandlungsverlauf als relevant eingestuft. Die hieraus resultierende Mindestfallzahl lag bei 55.

Um zumindest tendenziell geschlechtsabhängige Unterschiede in verschiedenen Diagnosegruppen aufzeigen zu können, wurde über die Mindestfallzahlen hinaus eine möglichst große Stichprobengröße angestrebt.

## 2.5 Statistische Methoden

Der Datensatz wurde mit deskriptiven, uni- und multivariaten statistischen Methoden unter Benutzung von SPSS 13.0 für Windows (Vs.13.0.1) ausgewertet. Hierbei kamen folgende Tests zum Einsatz:

- Die Unabhängigkeit zweier Messwerte wurde für diskrete bzw. nominale Merkmale mit dem exakten Test nach Fisher (exakte Signifikanz, 2-seitig) geprüft. Bei Vierfelder-Tafeln mit ausreichender Besetzung der einzelnen Felder wurde Pearson's Chi-Quadrat-Test (asymptotische Signifikanz, 2-seitig) verwandt.

- Unterschiede zwischen gepaarten Stichproben (z. B. Vergleiche eines Merkmals zwischen Behandlungsbeginn und -ende) wurden mittels Wilcoxon-Rangsummentest auf Signifikanz geprüft.
- Unterschiede zwischen zwei unverbundenen Stichproben (z. B. Vergleich männlicher und weiblicher Patienten) wurden bei ordinalem Skalenniveau mittels Mann-Whitney-Test auf Signifikanz geprüft. Bei Intervallskalenniveau wurde der t-Test für unverbundene Stichproben angewandt.
- Bei den Effektstärken [ $ES = M2 - M1 / ((Sd2 - Sd1) / 2)$ ] wurden Werte zwischen 0,2 und 0,5 als klein, 0,5 bis 0,8 als mittel und Werte, die höher als 0,8 lagen, als groß klassifiziert.
- In Tabelle 2-1 ist die Bedeutung der gebräuchlichen Signifikanzniveaus, wie sie auch in dieser Studie verwandt werden, wiedergegeben.

Tab. 2-1: Bedeutung der gebräuchlichen Signifikanzniveaus

<u>p</u>	<u>≥ 0,05</u>	<u>&lt; 0,05</u>	<u>&lt; 0,01</u>	<u>&lt; 0,001</u>
	nicht signifikant	signifikant	sehr signifikant	hoch signifikant

## 2.6 Charakterisierung der Stichprobe

Im Untersuchungszeitraum von Juli 1999 bis Dezember 2004 wurden insgesamt 511 Behandlungsepisoden von 430 Patienten evaluiert. 47 Patienten hatten zwei, zwölf Patienten drei, zwei Patienten vier und ein Patient fünf Aufenthalte in unserer Tagesklinik. Bereits ein eintägiger Aufenthalt entsprach einer Behandlungsepisode. Eine Behandlung galt – von abweichenden Entscheidungen im Einzelfall abgesehen (z. B. Beurlaubung oder organmedizinische Behandlung) – dann als beendet, wenn ein Patient länger als zwei Wochen abwesend war oder mehr als drei Nächte (Krisenintervention) vollstationär behandelt wurde. Eine erneute Aufnahme nach den genannten Zeiträumen bedeutete eine neue Behandlungsepisode.

In Tabelle 2-2 sind soziodemografische Merkmale der Gesamtstichprobe wiedergegeben. Das Altersspektrum der Patienten lag zwischen 18 und 76 Jahren, zwei Drittel der Patienten war ledig und nur knapp ein Viertel verheiratet. 63 % hatten einen Realschulabschluss oder das Abitur und 64 % eine abgeschlossene Ausbildung oder einen (Fach-)Hochschulabschluss. Diesem relativ hohen Bildungs- und Ausbildungsniveau stand eine hohe Arbeitslosenquote von 55 % gegenüber. Lediglich ein Viertel der Patienten war vollzeitbeschäftigt und nur 35 % bestritten ihren Lebensunterhalt durch das eigene Einkommen. Jeweils knapp die Hälfte der Patienten wohnte allein bzw. mit dem Partner oder Angehörigen zusammen. Betreute Wohnformen spielten kaum eine Rolle.

**Tab. 2-2: Soziodemografische Daten der Gesamtstichprobe  
(N = 511 Behandlungsepisoden)**

<b>Merkmal</b>	<b>Gesamtstichprobe N = 511</b>
<b>Alter (Mittelwert)</b>	38 Jahre
<b>Geschlecht</b>	
weiblich	318 (62 %)
männlich	193 (38 %)
<b>Familienstand</b>	
ledig	335 (66 %)
verheiratet	117 (23 %)
geschieden	50 (10 %)
verwitwet	8 (2 %)
unbekannt	1 (0,2 %)
<b>Schulbildung</b>	
weniger als Hauptschulabschluss	46 (9 %)
mindestens Hauptschulabschluss	139 (27 %)
mindestens Realschulabschluss	156 (31 %)
mindestens (Fach-)Abitur	162 (32 %)
unbekannt	8 (2 %)
<b>Beruf/Ausbildung</b>	
ungelernt oder angelernt	180 (35 %)
abgeschlossene Lehre	257 (50 %)
abgeschlossene Fach-/Meisterschule	13 (3 %)
(Fach-)Hochschulabschluss	50 (10 %)
unbekannt	11 (2 %)
<b>Arbeitssituation bei Aufnahme</b>	
Vollzeit-Erwerbstätigkeit	127 (25 %)
Teilzeit-Erwerbstätigkeit	34 (7 %)
Hausarbeit in der Familie	20 (4 %)
Schul- oder berufliche Ausbildung	28 (6 %)
Wehr- oder Zivildienst	3 (1 %)
beschützte Tätigkeit, Arbeitstherapie, Rehabilitation	18 (4 %)
ohne Arbeitstätigkeit	279 (55 %)
unbekannt	2 (0,4 %)
<b>Unterhalt bei Aufnahme</b>	
eigenes Einkommen	176 (34 %)
durch Arbeitsverwaltung (ALU/Umschulung)	75 (15 %)
Erwerbsminderungs- o. Berufsunfähigkeitsrente	64 (13 %)
Altersrente o. Pensionszahlung	20 (4 %)
Partner o. Angehörige	83 (16 %)
Sozialhilfe zum Lebensunterhalt	92 (18 %)
unbekannt	1 (0,2 %)
<b>Wohnsituation</b>	
Alleinwohnen in eigener Wohnung.	251 (49 %)
eigenständiges Wohnen mit Partner o. Angehörige	248 (49 %)
ambulant betreutes Wohnen	7 (1 %)
(Langzeit-)Wohnheim	2 (0,4 %)
ohne festen Wohnsitz, Obdachlosenunterkunft	3 (1 %)

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Personen- und krankheitsbezogene Merkmale von Frauen und Männern in der tagesklinischen Behandlung

In Tabelle 3-1 sind soziodemografische Charakteristika der behandelten 318 Frauen und 193 Männer einander gegenübergestellt. Lediglich bei der Arbeitssituation zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied (exakter Test nach Fisher  $p < 0,001$ ) zwischen Männern und Frauen. Frauen waren häufiger in Teilzeitbeschäftigung (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ) oder im Haushalt (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,001$ ) tätig als Männer. Der Anteil von Personen ohne Arbeitstätigkeit war bei den Männern höher als bei den Frauen (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ). Der höhere Anteil von Männern im Wehr- oder Zivildienst (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ) ist selbsterklärend. Hinsichtlich Familienstand, Schulbildung, Beruf/Ausbildung, Wohnsituation und Bezugsquelle des Unterhalts ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Eine differenzierte Analyse des Familienstands erbrachte einen signifikanten Unterschied (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ) für die Kategorie verwitwet, die nur für acht Frauen zutraf. Hinsichtlich der Bezugsquelle des Unterhalts erbrachte die differenzierte Analyse, dass mehr Männer als Frauen Geld über die Arbeitsverwaltung erhielten und Frauen häufiger Unterhalt durch ihren Partner bezogen (Pearson's Chi-Quadrat jeweils  $p < 0,05$ ).

In Tabelle 3-2 sind der Zuweisungsmodus in die Tagesklinik, die psychiatrische und psychotherapeutische Vorbehandlung sowie das Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung der Frauen und Männer einander gegenübergestellt.

Am häufigsten wurden Patienten aus einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung zugewiesen (39 %), gefolgt von Zuweisungen durch den niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten (21 %) und der eigenständigen Vorstellung (10 %). In 51 % der Fälle erfolgte die Zuweisung aus dem ambulanten Sektor und in 44 % aus dem (teil-)stationären Bereich. Der Zuweisungsmodus unterschied sich zwischen Frauen und Männern sehr signifikant (exakter Test nach Fisher  $p < 0,01$ ). Die Zuweisung zur Behandlung bei Frauen erfolgte häufiger durch den Allgemeinarzt (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ) oder aus der stationären Psychotherapie (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,01$ ) als bei Männern oder erfolgte

eigenständig ohne Zuweisung (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,01$ ). Männer wurden häufiger aus der vollstationären psychiatrischen Behandlung in die Tagesklinik verlegt (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ).

**Tab. 3-1: Soziodemografische Charakteristika der weiblichen und männlichen Patienten (N = 511)**

<b>Merkmal</b>	<b>Männer (n = 193)</b>	<b>Frauen (n = 318)</b>
<b>Alter (Mittelwert)</b>	38 Jahre	38 Jahre
<b>Familienstand</b>		
ledig	135 (70 %)	200 (63 %)
verheiratet	43 (22 %)	74 (23 %)
geschieden	15 (8 %)	35 (11 %)
verwitwet	0 (0 %)	8 (2,5 %)
unbekannt	0 (0 %)	1 (0,3 %)
<b>Schulbildung</b>		
weniger als Hauptschulabschluss	21 (11 %)	25 (8 %)
mindestens Hauptschulabschluss	48 (25 %)	91 (29 %)
mindestens Realschulabschluss	57 (30 %)	99 (32 %)
mindestens (Fach-)Abitur	65 (34 %)	97 (32 %)
unbekannt	2 (1 %)	6 (2 %)
<b>Beruf/Ausbildung</b>		
ungelernt oder angelernt	68 (36 %)	112 (36 %)
abgeschlossene Lehre	95 (50 %)	162 (52 %)
abgeschlossene Fach-/Meisterschule	4 (2 %)	9 (3 %)
(Fach-)Hochschulabschluss	24 (12 %)	28 (9 %)
unbekannt	4 (2 %)	7 (2 %)
<b>Arbeitssituation bei Aufnahme***</b>		
Vollzeit-Erwerbstätigkeit	51 (27 %)	76 (24 %)
Teilzeit-Erwerbstätigkeit	7 (4 %)	27 (9 %)
Hausarbeit in der Familie	0 (0 %)	20 (6 %)
Schul. oder berufliche Ausbildung	10 (5 %)	18 (6 %)
Wehr- oder Zivildienst	3 (2 %)	0 (0 %)
beschützte Tätigkeit, Arbeitstherapie, Reha.	5 (3 %)	13 (4 %)
ohne Arbeitstätigkeit	116 (60 %)	163 (51 %)
unbekannt	1 (0,5 %)	1 (0,3 %)
<b>Unterhalt bei Aufnahme</b>		
eigenes Einkommen	69 (36 %)	107 (34 %)
durch Arbeitsverwaltung (ALU/Umschulung)	36 (19 %)	39 (12 %)
EU- o. BU-Rente	20 (10 %)	44 (14 %)
Altersrente o. Pensionszahlung	5 (3 %)	15 (5 %)
Partner o. Angehörige	23 (12 %)	60 (19 %)
Sozialhilfe zum Lebensunterhalt	40 (21 %)	52 (16 %)
unbekannt	0 (0 %)	1 (0,3 %)

Merkmal	Männer (n = 193)	Frauen (n = 318)
<b>Wohnsituation</b>		
Alleinwohnen in eigener Wohnung	102 (53 %)	149 (47 %)
eigenständiges Wohnen mit Partner o. Angehörigen	86 (45 %)	162 (51 %)
ambulant betreutes Wohnen	3 (2 %)	4 (1 %)
(Langzeit-)Wohnheim	1 (0,5 %)	1 (0,3 %)
ohne festen Wohnsitz, Obdachlosenunterkunft	1 (0,5 %)	2 (1 %)

\*\*\*  $p < 0,001$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

**Tab. 3-2: Zuweisungsmodus, Vorbehandlung und gesetzliche Betreuung der weiblichen und männlichen Patienten (N = 511)**

Merkmal	Männer (n = 193)	Frauen (n = 318)
<b>Zuweisung zur Behandlung**</b>		
Allgemeinarzt o. nichtpsychiatrischer Facharzt	1 (1 %)	12 (4 %)
Psychiater oder Psychotherapeut	45 (23 %)	64 (20 %)
sozialpsychiatrischer Dienst o. Institutsambulanz	29 (15 %)	
psychiatrische Tages- o. Nachtambulanz	4 (2 %)	47 (15 %)
psychiatrische Klinik o. Abteilung	87 (45 %)	2 (1 %)
somatische Klinik o. Abteilung	1 (1 %)	114 (36 %)
psychiatrische o. psychotherapeutische Reha-Klinik	0 (0 %)	2 (1 %)
psychosoziale Beratungsstelle	3 (2 %)	14 (4 %)
gesetzlicher Betreuer	0 (0 %)	5 (2 %)
Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst	0 (0 %)	1 (0,3 %)
Partner, Angehörige, sonst. Bezugspersonen	2 (1 %)	1 (0,3 %)
eigenständige Vorstellung	11 (6 %)	41 (13 %)
unbekannt/unklar	10 (5 %)	14 (4 %)
<b>Psychotherapeutische Vorbehandlung***</b>		
PT mit regelmäßigen Sitzungen	18 (9 %)	68 (21 %)
PT mit unregelmäßigen Sitzungen	6 (3 %)	21 (7 %)
keine	148 (77 %)	173 (54 %)
unbekannt/unklar	21 (11 %)	57 (18 %)
<b>Stationäre Gesamtbehandlungsdauer</b>		
bisher kein Klinikaufenthalt	32 (17 %)	62 (20 %)
unter einer Woche	3 (2 %)	3 (1 %)
über eine Woche – unter einem Monat	12 (6 %)	19 (6 %)
über einen Monat – unter einem Jahr	92 (48 %)	160 (50 %)
über ein Jahr	18 (9 %)	38 (12 %)
unbekannt	36 (19 %)	36 (11 %)
<b>Gesetzliche Betreuung*</b>		
keine	165 (86 %)	297 (93 %)
beantragt	1 (1 %)	2 (1 %)
besteht	23 (12 %)	17 (5 %)
unbekannt/unklar	4 (2 %)	2 (1 %)

\*  $p < 0,05$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

\*\*  $p < 0,01$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

\*\*\*  $p < 0,001$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

Eine psychotherapeutische Vorbehandlung wurde für 22 % der Patienten dokumentiert, wobei es sich zumeist um eine Psychotherapie mit regelmäßigen Sitzungen handelte. 28 % der Frauen gegenüber 12 % der Männer erhielten vor der tagesklinischen Behandlung eine psychotherapeutische Behandlung. Dieser Unterschied war hoch signifikant (exakter Test nach Fisher  $p < 0,001$ ).

Bei 18 % der Patienten handelte es sich um den ersten psychiatrischen Aufenthalt. Am häufigsten lag die stationäre Gesamtbehandlungsdauer im bisherigen Krankheitsverlauf zwischen einem Monat und einem Jahr (49 %). Bei 11 % der Patienten lag sie bei über einem Jahr. Die psychiatrische Gesamtbehandlungsdauer vor dem aktuellen Tagesklinikaufenthalt unterschied sich nicht zwischen Frauen und Männern.

Eine gesetzliche Betreuung bestand bei 8 % der Patienten. Hierbei hatten Männer signifikant häufiger (exakter Test nach Fisher  $p < 0,01$ ) eine gesetzliche Betreuung als Frauen. Die Rechtsgrundlage der tagesklinischen Behandlung war bei allen Patienten die Freiwilligkeit.

In Tabelle 3-3 sind die krankheitsbezogenen Merkmale der Patienten wiedergegeben. Die häufigste Hauptdiagnose war eine affektive Störung (36 %). Hierbei handelte es sich bei 79 % um eine erste oder rezidivierende depressive Episode. 15 % der affektiv gestörten Patienten litten unter einer bipolaren affektiven Störung oder einer Manie und 5 % unter einer anhaltenden depressiven Störung.

**Tab. 3-3: Krankheitsbezogene Merkmale der weiblichen und männlichen Patienten (N = 511)**

Merkmal	Männer (n = 193)	Frauen (n = 318)
<b>Diagnosegruppen (Hauptdiagnose)***</b>		
F0	2 (1 %)	0 (0 %)
F1	4 (2 %)	4 (1 %)
F2	65 (34 %)	58 (18 %)
F3	68 (35 %)	114 (36 %)
F4	30 (16 %)	76 (24 %)
F5	1 (1 %)	9 (3 %)
F6	22 (11 %)	57 (18 %)
F9	1 (1 %)	0 (0 %)
<b>Mehrfachdiagnosen/Komorbidität</b>		
keine Mehrfachdiagnose	95 (49 %)	143 (45 %)
vorhandene Mehrfachdiagnose	98 (51 %)	175 (55 %)
Komorbidität mit Persönlichkeitsstörung	26 (14 %)	42 (13 %)
Komorbidität mit Psychotrauma	5 (3 %)	18 (6 %)
Komorbidität mit Sucht oder Substanzmissbrauch***	55 (29 %)	37 (12 %)
<b>Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme</b>		
Patient ist nur leicht krank	14 (7 %)	19 (6 %)
Patient ist mäßig krank	84 (44 %)	129 (41 %)
Patient ist deutlich krank	84 (44 %)	142 (45 %)
Patient ist schwer krank	9 (5 %)	26 (8 %)
nicht beurteilbar	2 (1 %)	2 (1 %)

Merkmal	Männer (n = 193)	Frauen (n = 318)
<b>Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung</b>		
Patient ist überhaupt nicht krank	3 (2 %)	1 (0,3 %)
Patient ist Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	4 (2 %)	6 (2 %)
Patient ist nur leicht krank	51 (28 %)	105 (34 %)
Patient ist mäßig krank	71 (38 %)	114 (37 %)
Patient ist deutlich krank	42 (23 %)	62 (20 %)
Patient ist schwer krank	13 (7 %)	22 (7 %)
nicht beurteilbar	9 (5 %)	8 (3 %)
<b>Zustandsänderung der Erkrankung</b>		
Zustand ist sehr viel besser	11 (6 %)	10 (3 %)
Zustand ist viel besser	47 (24 %)	101 (32 %)
Zustand ist nur wenig besser	57 (30 %)	83 (26 %)
Zustand ist unverändert	35 (18 %)	61 (19 %)
Zustand ist etwas schlechter	9 (5 %)	25 (8 %)
Zustand ist viel schlechter	19 (10 %)	16 (5 %)
nicht beurteilbar	14 (8 %)	22 (7 %)
<b>Zufriedenheit der Therapeuten mit dem Behandlungsergebnis</b>		
überhaupt nicht zufrieden/sehr unzufrieden	42 (22 %)	53 (17 %)
ein wenig zufrieden/etwas unzufrieden	38 (20 %)	63 (20 %)
ziemlich zufrieden/teils-teils	20 (10 %)	39 (12 %)
überwiegend/etwas zufrieden	62 (32 %)	97 (31 %)
sehr zufrieden	29 (15 %)	59 (19 %)
nicht beurteilbar	2 (1 %)	7 (2 %)
<b>GAF bei Aufnahme (Mittelwert)</b>	51,2	52,7
<b>Veränderung im GAF (Mittelwert)</b>	5,1	5,4
<b>Aufenthaltsdauer (Mittelwert)<sup>+</sup></b>	57 Tage	66 Tage
<b>Entlassungsart</b>		
reguläre Entlassung bzw. Verlegung	167 (87 %)	286 (90 %)
Entweichung/Behandlungsabbruch	24 (12 %)	27 (9 %)
Entlassung gegen therapeutischen Rat	1 (1 %)	0 (0 %)
verstorben	1 (1 %)	0 (0 %)
unbekannt/unklar	0 (0 %)	4 (1 %)

\*\*\* p < 0,001 (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

+ p < 0,05 (t-Test, 2-seitig)

Bei 24 % der Patienten war die Hauptdiagnose eine Schizophrenie, schizotyp oder wahnhaftige Störung (ICD-F2). Im Folgenden wird hinsichtlich dieser Diagnosegruppe die Bezeichnung »Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis« gewählt. 66 % der Patienten mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis litten unter einer schizophrenen Störung, 15 % unter einer schizoaffektiven Störung, 9 % unter einer akuten vorübergehenden psychotischen Störung, 5 % unter einer schizotypen Störung, 2 % unter einer anhaltenden wahnhaften Störung und 3 % unter einer sonstigen nichtorganischen psychotischen Störung.

Unter einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung litten 21 % der Patienten. Bei 44 % von ihnen wurde eine Anpassungsstörung oder Belastungsreaktion, bei 41 % eine Angststörung, bei 6 % eine Zwangsstörung, bei 5 % eine dissoziative Störung, bei 1 % eine somatoforme Störung und bei 4 % eine andere neurotische Störung (F48) diagnostiziert.

Die Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung erhielten 15 % der Patienten. 56 % von ihnen litten unter einer emotional instabilen, 4 % unter einer ängstlichen, 3 % unter einer abhängigen, jeweils 1 % unter einer paranoiden oder schizoiden, 4 % unter einer sonstigen oder nicht näher bezeichneten und 20 % unter einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. 10 % litten unter einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Die restlichen Diagnosegruppen machten nur 4 % der Gesamtstichprobe aus und konnten deshalb bei diagnoseabhängigen statistischen Auswertungen nicht berücksichtigt werden.

Bei 53 % der Patienten bestand neben der Hauptdiagnose eine weitere psychische Störung. Am häufigsten war hierbei die Komorbidität mit einer Suchterkrankung oder Substanzmissbrauch (18 %), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (13 %). Unter Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen litten somit 29 % der Patienten unter einer Persönlichkeitsstörung. Bei 5 % bestand als Komorbidität eine psychotraumatische Störung.

Mittels der CGI-Skala wurden 48 % der Patienten bei Aufnahme als leicht bis mäßig und 51 % als deutlich oder schwer krank eingestuft. Zum Entlassungszeitpunkt wurden 3 % als überhaupt nicht mehr oder nur grenzwertig krank, 67 % als leicht bis mäßig und 27 % als deutlich oder schwer krank eingestuft. Die Zustandsänderung wurde bei 60 % als gebessert, bei 19 % als unverändert und bei 14 % als verschlechtert eingeschätzt.

Die Ausprägung der Psychopathologie (GAF) lag bei Aufnahme bei 52,1 und besserte sich im Behandlungsverlauf im Durchschnitt um 5,3 Punktwerte. Die mittlere Aufenthaltsdauer lag bei 62 Tagen. In 89 % der Fälle wurde die Behandlung regulär beendet bzw. erfolgte eine Verlegung. Behandlungsabbrüche oder Entweichungen traten in 10 % der Fälle auf. In 38 % der Fälle waren die Therapeuten überhaupt nicht oder nur ein wenig zufrieden mit dem Therapieergebnis, in 60 % ziemlich bis sehr zufrieden.

Bei den krankheitsbezogenen Daten (siehe Tabelle 3-3) fanden sich Unterschiede zwischen den Frauen und Männern hinsichtlich der Verteilung auf die Diagnosegruppen, der Komorbidität einer Suchterkrankung oder eines Substanzmissbrauchs und der Aufenthaltsdauer in der Tagesklinik. Der Schweregrad der Erkrankung zu Beginn und zum Ende der Behandlung, die Zustandsänderung im Verlauf der Therapie sowie die Ausprägung der Psychopathologie zur Behandlungsbeginn (GAF) und deren Veränderung im Verlauf unterschieden sich nicht zwischen den Geschlechtern. Auch hinsichtlich der Zufriedenheit der Therapeuten mit dem Behandlungsergebnis ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Der Anteil von Männern mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis war deutlich höher als bei den Frauen (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,001$ ). Demgegenüber litten Frauen anteilmäßig häufiger unter neurotischen, Belastungs-, somatoformen (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ) und Persönlichkeitsstörungen (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ). 29 % der Männer gegenüber 12 % der Frauen wiesen eine Komorbidität mit einer Suchterkrankung auf (exakter Test nach Fisher  $p < 0,001$ ). Die Aufenthaltsdauer in der Tagesklinik lag bei den Frauen mit 66 Tagen höher als bei den Männern mit 57 Tagen (t-Test  $p < 0,05$ ). Unter Ausschluss der Patienten, die die tagesklinische Behandlung vorzeitig abbrachen, ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Behandlungsdauer (siehe Abbildung 3-1). Die vorzeitige Beendigung der Behandlung erfolgte bei den Männern im Durchschnitt nach 20 Tagen, bei den Frauen nach 38 Tagen.

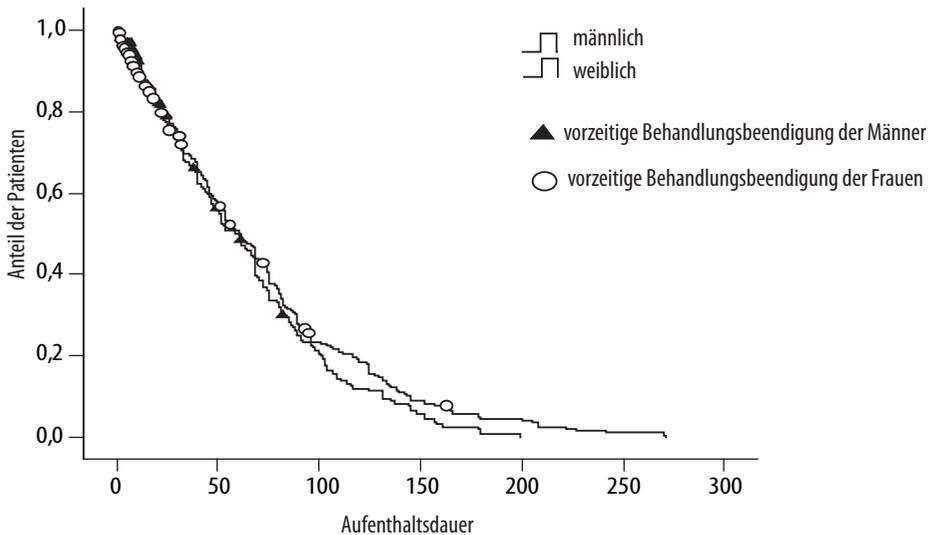


Abb. 3-1: Aufenthaltsdauer von Frauen und Männern in der Tagesklinik unter Berücksichtigung von vorzeitigen Behandlungsbeendigungen

### 3.1.1 Personen und krankheitsbezogene Merkmale in verschiedenen Diagnosekategorien

Da sich Frauen und Männer in der Verteilung auf die Diagnosekategorien hoch signifikant unterschieden, wurde untersucht, ob die gefundenen signifikanten geschlechtsabhängigen Unterschiede in personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen auch innerhalb der häufigsten Diagnosekategorien (ICD-10: F2, F3, F4 und F6) nachweisbar bleiben (siehe Tabelle 3-4).

Bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) ergab sich lediglich hinsichtlich der psychotherapeutischen Vorbehandlung ein signifikanter Unterschied (exakter Test nach Fisher  $p < 0,05$ ). Nur bei 6 % der Männer war eine psychotherapeutische Vorbehandlung bekannt – gegenüber 25 % der weiblichen Patienten.

In der Kategorie der affektiven Störungen (F3) fand sich ein sehr signifikanter Unterschied hinsichtlich der Arbeitssituation bei Aufnahme (exakter Test nach Fisher  $p < 0,01$ ) und hoch signifikante Unterschiede (exakter Test nach Fisher  $p < 0,001$ ) hinsichtlich einer psychotherapeutischen Vorbehandlung und der Komorbidität mit einer Suchterkrankung oder einem Substanzmissbrauch. Nur 28 % der Frauen waren vollbeschäftigt, gegenüber 46 % der Männer (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ). Der Anteil von teilzeitbeschäftigten Frauen lag bei 8 %, bei Männern bei 1 % und Hausarbeit in der Familie fand sich nur bei Frauen (5 %). Eine psychotherapeutische Vorbehandlung war bei 10 % der Männer gegenüber 26 % der Frauen bekannt. Die Komorbidität mit einer Suchterkrankung oder Substanzmissbrauch lag in dieser Gruppe unter den Männern bei 27 %, während eine solche Komorbidität bei Frauen in 6 % der Fälle diagnostiziert wurde.

In der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) fanden sich signifikante Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Arbeitssituation bei Aufnahme und der Komorbidität mit einer Suchterkrankung bzw. Substanzmissbrauch. In dieser Gruppe waren Frauen häufiger (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ) als Männer voll- oder teilzeitbeschäftigt (41 % vs. 20 %). 33 % der Männer und 12 % der Frauen wiesen eine Komorbidität mit einer Sucht oder einem Substanzmissbrauch auf.

Bei den persönlichkeitsgestörten Patienten (F6) unterschieden sich die Frauen und Männer nur hinsichtlich des Vorhandenseins einer Komorbidität mit Sucht oder Substanzmissbrauch, mit einer Häufigkeit von 50 % bei den Patienten und 19 % bei den Patientinnen.

**Tab. 3-4: Soziodemografische und krankheitsbezogene Merkmale, die sich in der Gesamtstichprobe zwischen Frauen und Männern signifikant unterschieden – differenziert nach der Kategorie der Hauptdiagnose**

Merkmal (Mittelwerte)	F2 (n = 123)	F3 (n = 182)	F4 (n = 106)	F6 (n = 79)
Arbeitssituation bei Aufnahme	n. s.	$p < 0,01$	$p < 0,05$	n. s.
Zuweisung zur Behandlung	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Psychotherapeutische Vorbehandlung	$p < 0,05$	$p < 0,001$	n. s.	n. s.
Gesetzliche Betreuung	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Aufenthaltsdauer	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Komorbidität mit einer Sucht oder Substanzmissbrauch	n. s.	$p < 0,001$	$p < 0,05$	$p < 0,05$

Das Signifikanzniveau  $p$  wurde mit dem exakten Test nach Fisher ermittelt; n. s.: nicht signifikant

### 3.1.2 Zusammenfassung

Hinsichtlich der personen- und krankheitsbezogenen Merkmale ergaben sich vielfältige Gemeinsamkeiten zwischen den untersuchten Frauen und Männern – aber auch einige signifikante Unterschiede. Mehr Frauen als Männer wurden in der Tagesklinik behandelt. Frauen waren häufiger als Männer teilzeitbeschäftigt oder im Haushalt tätig und bezogen ihren Unterhalt häufiger durch den Partner. Sie waren häufiger verwitwet. Die Zuweisung in die Tagesklinik erfolgte häufiger durch den Hausarzt, durch eine psychotherapeutische Klinik oder eigenständig. Mehr Frauen als Männer erhielten eine psychotherapeutische Behandlung im Vorfeld der tagesklinischen Therapie.

Männer waren häufiger als Frauen ohne Arbeitstätigkeit und bezogen ihren Unterhalt durch die Arbeitsverwaltung. Mehr Männer als Frauen wurden aus der vollstationären Behandlung in die Tagesklinik verlegt. Männer standen häufiger unter gesetzlicher Betreuung.

Frauen litten häufiger unter einer affektiven Erkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung, während bei Männern Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis häufiger waren sowie eine komorbide Sucht oder ein Substanzmissbrauch.

Die aufgezeigten Unterschiede zwischen den Frauen und Männern konnten nur in einigen Diagnosegruppen repliziert werden.

## 3.2 Berufliche und private Lebenssituation von Frauen und Männern in der tagesklinischen Behandlung

Von den 84 Behandlungsfällen, die 2004 ihre Behandlung in der Tagesklinik begonnen und abgeschlossen haben, konnten für 67 differenzierte Daten zu ihrer beruflichen und privaten Lebenssituation erhoben werden. In der Tabelle 3-5 sind soziodemografische Daten der Basisdokumentation wiedergegeben. Signifikante Unterschiede zwischen den Frauen und Männern ergaben sich in dieser relativ kleinen Stichprobe nicht. Der Großteil der Patienten und Patientinnen war ledig, hatte mindestens einen Realschulabschluss und eine abgeschlossene Lehre, war aktuell jedoch ohne Arbeitstätigkeit. Nur 28 % der Männer und 29 % der Frauen lebten vom eigenen Einkommen.

In Tabelle 3-6 sind Daten zum Zuweisungsmodus, zur Vorbehandlung und dem Bestehen einer gesetzlichen Betreuung bei Frauen und Männern einander gegenübergestellt. Signifikante Unterschiede fanden sich zwischen den Geschlech-

tern diesbezüglich nicht. 40 % der Frauen gegenüber 24 % der Männer wurden aus einem stationären Setting in die Tagesklinik verlegt. Nur ein Patient und fünf Patientinnen hatten im Vorfeld der tagesklinischen Behandlung eine Psychotherapie mit regelmäßigen Sitzungen. Für 32 % der Männer und 26 % der Frauen handelte es sich um den ersten (teil-)stationären psychiatrischen Aufenthalt. Nur ein Patient und zwei Patientinnen standen unter gesetzlicher Betreuung, wobei der tagesklinische Aufenthalt auf freiwilliger Basis erfolgte.

**Tab. 3-5: Soziodemografische Charakteristika der weiblichen und männlichen Patienten (N = 67) in der Stichprobe des Jahres 2004**

<b>Merkmal</b>	<b>Männer (n = 25)</b>	<b>Frauen (n = 42)</b>
<b>Alter (Mittelwert)</b>	38 Jahre	40 Jahre
<b>Familienstand</b>		
ledig	16 (64 %)	25 (60 %)
verheiratet	5 (20 %)	8 (19 %)
geschieden	4 (16 %)	7 (17 %)
verwitwet	0 (0 %)	2 (5 %)
<b>Schulbildung</b>		
weniger als Hauptschulabschluss	0 (0 %)	1 (2 %)
mindestens Hauptschulabschluss	9 (36 %)	11 (26 %)
mindestens Realschulabschluss	3 (12 %)	12 (29 %)
mindestens (Fach-)Abitur	13 (52 %)	18 (43 %)
<b>Beruf/Ausbildung</b>		
ungelernt oder angelernt	6 (24 %)	13 (31 %)
abgeschlossene Lehre	14 (56 %)	24 (57 %)
abgeschlossene Fach-/Meisterschule	0 (0 %)	2 (5 %)
(Fach-)Hochschulabschluss	5 (20 %)	3 (7 %)
<b>Arbeitssituation bei Aufnahme</b>		
Vollzeit-Erwerbstätigkeit	6 (24 %)	9 (21 %)
Teilzeit-Erwerbstätigkeit	0 (0 %)	3 (7 %)
Schul. oder berufliche Ausbildung	3 (12 %)	2 (5 %)
beschützte Tätigkeit, Arbeitstherapie, Reha.	1 (4 %)	0 (0 %)
ohne Arbeitstätigkeit	15 (60 %)	28 (67 %)
<b>Unterhalt bei Aufnahme</b>		
eigenes Einkommen	7 (28 %)	12 (29 %)
durch Arbeitsverwaltung (ALU/Umschulung)	9 (36 %)	11 (26 %)
EU- o. BU-Rente	4 (16 %)	4 (10 %)
Altersrente o. Pensionszahlung	0 (0 %)	4 (10 %)
Partner o. Angehörige	2 (8 %)	2 (5 %)
Sozialhilfe zum Lebensunterhalt	3 (12 %)	9 (21 %)
<b>Wohnsituation</b>		
Alleinwohnen in eigener Wohnung	15 (60 %)	19 (45 %)
eigenständiges Wohnen mit Partner o. Angehörigen	10 (40 %)	22 (52 %)
ambulant betreutes Wohnen	0 (0 %)	1 (2 %)

**Tab. 3-6: Zuweisungsmodus, Vorbehandlung und gesetzliche Betreuung der weiblichen und männlichen Patienten (N = 67) in der Stichprobe des Jahres 2004**

Merkmal	Männer (n = 25)	Frauen (n = 42)
<b>Zuweisung zur Behandlung</b>		
Allgemeinarzt o. nichtpsychiatrischer Facharzt	1 (4 %)	2 (5 %)
Psychiater oder Psychotherapeut	9 (36 %)	17 (41 %)
sozialpsychiatrischer Dienst o. Institutsambulanz	5 (20 %)	2 (5 %)
psychiatrische Klinik o. Abteilung	6 (24 %)	15 (36 %)
psychiatrische o. psychotherapeutische Reha-Klinik	0 (0 %)	2 (5 %)
psychosoziale Beratungsstelle	0 (0 %)	1 (2 %)
Partner, Angehörige, sonst. Bezugspersonen	1 (4 %)	0 (0 %)
eigenständige Vorstellung	2 (8 %)	1 (2 %)
unbekannt/unklar	1 (4 %)	2 (5 %)
<b>Psychotherapeutische Vorbehandlung</b>		
PT mit regelmäßigen Sitzungen	1 (4 %)	5 (12 %)
PT mit unregelmäßigen Sitzungen	1 (4 %)	1 (2 %)
keine	21 (84 %)	26 (62 %)
unbekannt/unklar	2 (8 %)	9 (21 %)
<b>Stationäre Gesamtbehandlungsdauer</b>		
bisher kein Klinikaufenthalt	8 (32 %)	11 (26 %)
unter einer Woche	0 (0 %)	1 (2 %)
über eine Woche – unter einem Monat	2 (8 %)	8 (19 %)
über einen Monat – unter einem Jahr	13 (52 %)	14 (33 %)
über ein Jahr	0 (0 %)	2 (5 %)
unbekannt	2 (8 %)	6 (14 %)
<b>Gesetzliche Betreuung</b>		
keine	24 (96 %)	40 (95 %)
besteht	1 (4 %)	2 (5 %)

Hinsichtlich krankheitsbezogener Merkmale (Tabelle 3-7) unterschieden sich Frauen und Männer signifikant (exakter Test nach Fisher  $p < 0,05$ ) in der Zuordnung der Hauptdiagnose zu den ICD-10 Kategorien. 32 % der Männer litten unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis gegenüber 7 % der Frauen (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,01$ ). Depressionen und Angststörungen machten bei den Frauen 77 %, bei den Männern 56 % der Hauptdiagnosen aus. Eine Essstörung als Hauptdiagnose lag bei 10 % der Frauen vor und kam bei den Männern dieser Stichprobe gar nicht vor. 60 % der Männer und 62 % der Frauen wiesen neben der Hauptdiagnose eine weitere psychische Störung auf.

Die Komorbidität mit einer Suchterkrankung oder einem Substanzmissbrauch lag bei 48 % der Patienten und bei 19 % der Patientinnen vor (exakter Test nach Fisher  $p < 0,05$ ). Die Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung oder mit einer psychotraumatischen Störung unterschied sich nicht bei den Geschlechtern. Hinsichtlich des Schweregrads der Erkrankung bei Aufnahme und Entlassung, der Zustandsänderung der Erkrankung, der Aufenthaltsdauer in der Tagesklinik

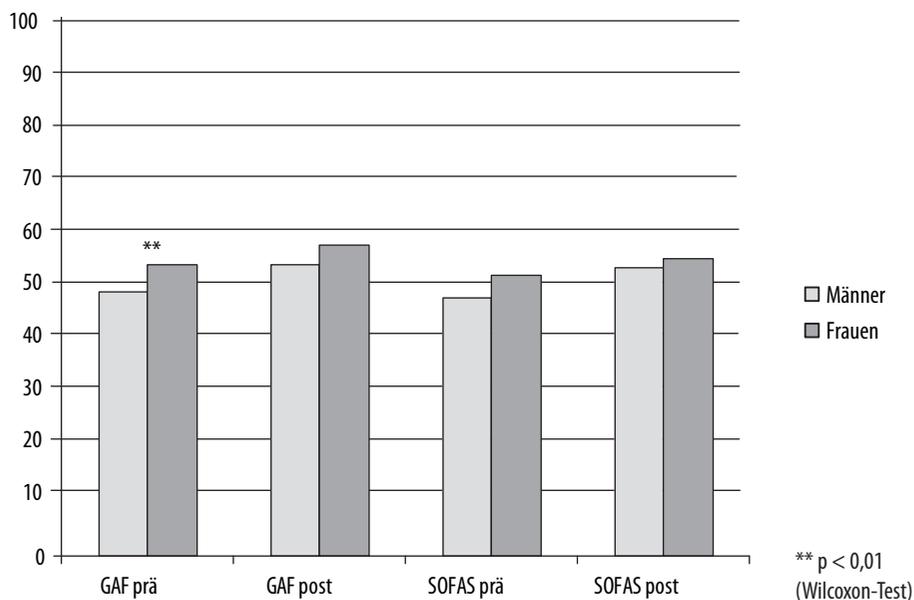
**Tab. 3-7: Krankheitsbezogene Merkmale der weiblichen und männlichen Patienten (N = 67) in der Stichprobe des Jahres 2004**

<b>Merkmal</b>	<b>Männer (n = 25)</b>	<b>Frauen (n = 42)</b>
<b>Diagnosegruppen (Hauptdiagnose)*</b>		
F1	1 (4 %)	0 (0 %)
F2	8 (32 %)	3 (7 %)
F3	8 (32 %)	17 (41 %)
F4	6 (24 %)	15 (36 %)
F5	0 (0 %)	4 (10 %)
F6	1 (4 %)	3 (7 %)
F9	2 (4 %)	0 (0 %)
<b>Mehrfachdiagnosen/Komorbidity</b>		
vorhandene Mehrfachdiagnose	15 (60 %)	26 (62 %)
Komorbidity mit Persönlichkeitsstörung	2 (8 %)	3 (7 %)
Komorbidity mit Psychotrauma	2 (8 %)	1 (2 %)
Komorbidity mit Suchterkrankung*	12 (48 %)	8 (19 %)
<b>Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme</b>		
Patient ist nur leicht krank	0 (0 %)	2 (5 %)
Patient ist mäßig krank	10 (40 %)	17 (41 %)
Patient ist deutlich krank	14 (56 %)	20 (48 %)
Patient ist schwer krank	1 (4 %)	3 (7 %)
<b>Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung</b>		
Patient ist nur leicht krank	8 (32 %)	17 (42 %)
Patient ist mäßig krank	10 (40 %)	15 (37 %)
Patient ist deutlich krank	5 (20 %)	8 (20 %)
Patient ist schwer krank	2 (8 %)	1 (2 %)
unbekannt	0 (0 %)	1 (2 %)
<b>Zustandsänderung der Erkrankung</b>		
Zustand ist sehr viel besser	1 (4 %)	1 (2 %)
Zustand ist viel besser	8 (32 %)	12 (29 %)
Zustand ist nur wenig besser	9 (36 %)	18 (44 %)
Zustand ist unverändert	2 (8 %)	8 (20 %)
Zustand ist etwas schlechter	3 (12 %)	0 (0 %)
Zustand ist viel schlechter	2 (8 %)	2 (5 %)
nicht beurteilbar	0 (0 %)	1 (2 %)
<b>Aufenthaltsdauer (Mittelwert)</b>	62 Tage	61 Tage
<b>Entlassungsart</b>		
reguläre Entlassung bzw. Verlegung	24 (96 %)	41 (98 %)
Entweichung/Behandlungsabbruch	1 (4 %)	1 (2 %)

\*  $p < 0,05$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

und der Entlassungsart fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Allerdings kamen Verschlechterungen des Zustands bei 20 % der Männer gegenüber 5 % der Frauen vor. Bei 72 % der Männer und 75 % der Frauen konnte eine Zustandverbesserung festgestellt werden. Ein unveränderter Krankheitszustand wurde bei 20 % der Frauen und bei 8 % der Männer konstatiert.

In Abbildung 3-2 ist die Ausprägung der Psychopathologie (GAF) und des sozialen bzw. beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS) bei Frauen und Männern aus der Sicht der Therapeuten einander gegenübergestellt. Die Ausprägung der Psychopathologie war bei den Frauen zu Beginn der tagesklinischen Behandlung mit einem Mittelwert von 56 sehr signifikant geringer als die der Männer mit einem Wert von 51 (Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0,01$ ). Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern kam es zu einer sehr signifikanten Besserung der Psychopathologie (Wilcoxon-Test:  $p < 0,01$ ) bei mittlerer Effektstärke (siehe Tabelle 3-8). Zu Behandlungsende unterschied sich die Psychopathologie zwischen den Frauen und Männern nicht mehr signifikant.



**Abb. 3-2: Ausprägung der Psychopathologie (GAF) und soziales/berufliches Funktionsniveau (SOFAS) bei Frauen und Männern zu Beginn und am Ende der tagesklinischen Behandlung (Stichprobe des Jahres 2004)**

Hinsichtlich des sozialen bzw. beruflichen Funktionsniveaus ergaben sich weder zu Behandlungsbeginn noch am Behandlungsende signifikante Unterschiede. Bei den Männern kam es im Behandlungsverlauf zu einer sehr signifikanten Besserung des sozialen bzw. beruflichen Funktionsniveaus (Wilcoxon-Test:  $p < 0,01$ ) bei mittlerer Effektstärke, während es bei den Frauen zu einer signifikanten (Wilcoxon-Test:  $p < 0,05$ ) Besserung bei geringer Effektstärke kam (siehe Tabelle 3-8).

Im Schweregrad der Erkrankung (CGI) kam es bei den Frauen zu hoch signifikanten (Wilcoxon-Test:  $p < 0,001$ ) und bei den Männern zu sehr signifikanten (Wilcoxon-Test:  $p < 0,01$ ) Besserungen bei hoher Effektstärke (siehe Tabelle 3-8).

Die Veränderungen hinsichtlich der Ausprägung der Psychopathologie, des sozialen bzw. beruflichen Funktionsniveaus und des Schweregrads der Erkrankung unterschieden sich nicht signifikant zwischen den Geschlechtern.

**Tab. 3-8: Effektstärken hinsichtlich der Veränderung der Ausprägung der Psychopathologie, des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS) zwischen Behandlungsbeginn und -ende in der Stichprobe des Jahres 2004 (N = 67)**

Merkmal (Mittelwerte)	Männer (n = 25)	Frauen (n = 42)	Gesamt (n = 67)
GAF	0,52**	0,55**	0,51***
SOFAS	0,60**	0,37*	0,46***
CGI	0,80**	0,96***	0,90***

\*  $p < 0,05$  (Wilcoxon-Test, 2-seitig)

\*\*  $p < 0,01$  (Wilcoxon-Test, 2-seitig)

\*\*\*  $p < 0,001$  (Wilcoxon-Test, 2-seitig)

Aspekte der privaten Lebenssituation nach den Selbstangaben der Frauen und Männer sind in Tabelle 3-9 wiedergegeben.

**Tab. 3-9: Private Lebenssituation von Frauen und Männern in der Tagesklinik (N = 67) in der Stichprobe des Jahres 2004**

Merkmal	Männer (n = 25)	Frauen (n = 42)	Gesamt (n = 67)
allein lebend	15 (60 %)	19 (45 %)	34 (51 %)
Mutter im Haushalt	1 (4 %)	3 (7 %)	4 (6 %)
Vater im Haushalt	1 (4 %)	3 (7 %)	4 (6 %)
Schwiegermutter im Haushalt	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Schwiegervater im Haushalt	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Ehepartner im Haushalt	6 (24 %)	8 (19 %)	14 (21 %)
sonstiger Partner im Haushalt	0 (0 %)	3 (7 %)	3 (5 %)
Geschwister im Haushalt	2 (8 %)	2 (5 %)	4 (6 %)
eigene(s) Kind(er) im Haushalt	4 (16 %)	7 (17 %)	11 (16 %)
sonstige(s) Kind(er) im Haushalt	3 (12 %)	1 (2 %)	4 (6 %)
andere Personen im Haushalt	0 (0 %)	2 (5 %)	2 (3 %)
eigene Kinder außerhalb des Haushalts	5 (20 %)	10 (24 %)	15 (22 %)
Leben in einer Partnerschaft	7 (28 %)	14 (33 %)	21 (31 %)
<b>Zufriedenheit mit der Partnerschaft</b>			
völlig unzufrieden	0 (0 %)	2 (14 %)	2 (10 %)
unzufrieden	1 (14 %)	0 (0 %)	1 (5 %)
eher unzufrieden	1 (14 %)	1 (7 %)	2 (10 %)
weder noch	1 (14 %)	3 (21 %)	4 (19 %)
eher zufrieden	1 (14 %)	0 (0 %)	1 (5 %)
zufrieden	2 (29 %)	3 (21 %)	5 (24 %)
völlig zufrieden	1 (14 %)	5 (36 %)	6 (29 %)
Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger	1 (4 %)	5 (12 %)	6 (9 %)

60 % der Männer und 45 % der Frauen wohnten allein. 24 % der Männer lebten mit ihrer Ehefrau und 26 % der Frauen mit ihrem Ehemann oder einem anderen Partner zusammen. Zwei Frauen lebten mit einer sonstigen Person in einer Wohngemeinschaft.

Nur ein Patient und drei Patientinnen wohnten mit ihren Eltern und niemand lebte mit seinen Schwiegereltern zusammen. Niemand lebte in einem Drei-Generationen-Haushalt. Bei zwei Patienten und einer Patientin lebte ein Geschwister mit im Haushalt, bei einer weiteren Patientin waren es zwei Geschwister. Bei den Geschwistern handelte es sich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern um Erwachsene im Alter zwischen 24 und 55 Jahren.

Bei 28 % der Männer und 19 % der Frauen lebten eigene oder sonstige Kinder mit im Haushalt. Bei den Frauen war es zumeist ein eigenes Kind. Nur eine Frau lebte mit zwei eigenen Kindern zusammen und eine Frau mit dem Kind des Mannes. Sechs Frauen (14 %) und ein Mann (4 %) waren alleinerziehend. Das Alter der Kinder lag zwischen vier und 23 Jahren. Drei der Männer lebten mit einem und ein Mann mit zwei eigenen Kindern zusammen. Mit einem Kind der Partnerin lebten zwei Männer, mit zwei Partnerkindern ein Mann zusammen. Das Alter der Kinder lag zwischen sechs und 17 Jahren.

24 % der Frauen und 20 % der Männer hatten Kinder, die nicht mehr im eigenen Haushalt lebten. Sechs Mütter hatten ein Kind, das außerhalb des eigenen Haushalts lebte, zwei Mütter zwei Kinder und jeweils eine Mutter drei bzw. vier Kinder. Das Alter der Kinder lag zwischen sieben und 39 Jahren. Drei Männer hatten ein Kind und zwei Männer zwei Kinder außerhalb des eigenen Haushalts. Hier lag das Alter der Kinder zwischen drei und 20 Jahren. Die durchschnittliche Haushaltsgröße betrug 1,75 Personen und unterschied sich nicht zwischen Frauen und Männern (Frauen: 1,74; Männer 1,76).

Ein Drittel der Patientinnen lebte in einer Partnerschaft. Bei 64 % der Frauen, die in einer Partnerschaft lebten, bestand diese seit weniger als zwei Jahren. Bei den vier Frauen mit länger als zwei Jahre dauernder Partnerschaft, bestand diese zwischen vier und 39 Jahren. 36 % der Frauen in Partnerschaft waren mit dieser völlig zufrieden, 21 % zufrieden, 21 % weder zufrieden noch unzufrieden, 7 % eher unzufrieden und 14 % völlig unzufrieden.

Von den Männern lebten 28 % in einer Partnerschaft. Die Dauer der bestehenden Partnerschaft bei den sieben Männern lag zwischen zwei und 20 Jahren. 14 % der Männer in Partnerschaft waren mit dieser völlig zufrieden, 29 % zufrieden und jeweils 14 % weder zufrieden noch unzufrieden, eher unzufrieden oder völlig unzufrieden.

Mit der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger war nur einer der Männer betraut. In diesem Einzelfall versorgte der Patient seine Mutter mit einem Zeitaufwand von ca. zehn Stunden pro Woche. Bei den Frauen waren es fünf, die pflegebedürftige Angehörige versorgten. Der Pflegeaufwand betrug hierbei zwi-

schen einer und 14 Stunden pro Woche. Bei den pflegebedürftigen Angehörigen handelte es sich in zwei Fällen um den Ehemann, in jeweils einem Fall um den Vater bzw. die Schwiegermutter. Bei einer Patientin fehlte die Angabe, welcher Angehörige gepflegt wurde.

Signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern in ihrer privaten Lebenssituation ergaben sich bei der relativ kleinen Stichprobengröße nicht.

In Tabelle 3-10 wird die berufliche Situation der Frauen und Männer einander gegenübergestellt.

**Tab. 3-10: Berufliche Situation von Frauen und Männern in der Tagesklinik in der Stichprobe des Jahres 2004 (N = 67)**

<b>Merkmal</b>	<b>Männer (n = 25)</b>	<b>Frauen (n = 42)</b>	<b>Gesamt (n = 67)</b>
<b>Berufliche Situation*</b>			
Vollzeitbeschäftigung	6 (24 %)	7 (17 %)	13 (19 %)
Teilzeitbeschäftigung	0 (0 %)	7 (17 %)	7 (10 %)
mithelfender Familienangehörig(er)	1 (4 %)	1 (2 %)	2 (3 %)
Hausfrau/mann	0 (0 %)	6 (14 %)	6 (9 %)
Studium	2 (8 %)	3 (7 %)	5 (8 %)
schulische oder berufliche Ausbildung	1 (4 %)	0 (0 %)	1 (2 %)
ohne Arbeitstätigkeit	15 (60 %)	18 (43 %)	33 (49 %)
bestehende Arbeitsunfähigkeit	18 (72 %)	26 (62 %)	44 (66 %)
<b>Zufriedenheit mit der beruflichen Leistung</b>			
völlig unzufrieden	3 (12 %)	6 (15 %)	9 (14 %)
unzufrieden	6 (24 %)	3 (8 %)	9 (14 %)
eher unzufrieden	2 (8 %)	12 (30 %)	14 (22 %)
weder noch	2 (8 %)	4 (10 %)	6 (9 %)
eher zufrieden	3 (12 %)	3 (8 %)	6 (9 %)
zufrieden	0 (0 %)	2 (5 %)	2 (3 %)
völlig zufrieden	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
trifft nicht zu	9 (36 %)	10 (25 %)	19 (29 %)
<b>Zufriedenheit mit der finanziellen Situation</b>			
völlig unzufrieden	8 (32 %)	13 (31 %)	21 (31 %)
unzufrieden	2 (8 %)	5 (12 %)	7 (10 %)
eher unzufrieden	4 (16 %)	6 (14 %)	10 (15 %)
weder noch	3 (12 %)	7 (17 %)	10 (15 %)
eher zufrieden	4 (16 %)	4 (10 %)	8 (12 %)
zufrieden	3 (12 %)	3 (7 %)	6 (9 %)
völlig zufrieden	1 (4 %)	4 (10 %)	5 (8 %)

\*  $p < 0,05$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

60 % der Männer und 43 % der Frauen waren ohne Arbeitstätigkeit. Sechs Männer waren vollzeitbeschäftigt. Von den Frauen gingen jeweils sieben einer Voll- oder Teilzeittätigkeit nach. Als Hausfrau bzw. -mann bezeichneten sich sechs Frauen, aber keiner der Männer. Die berufliche Situation der Frauen und

Männer unterschied sich signifikant (exakter Test nach Fisher  $p < 0,05$ ). Frauen waren signifikant häufiger teilzeitbeschäftigt oder als Hausfrau tätig (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0,05$ ).

Bei 62 % der Frauen und 72 % der Männer bestand vor Aufnahme in die Tagesklinik Arbeitsunfähigkeit. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den Männern war breit gestreut und lag zwischen zwei Wochen und 34 Monaten. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fiel beim Großteil der Patienten (72 %) in das Behandlungsjahr 2004. Bei den Frauen lag die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zwischen einer Woche und 24 Monaten. Bei 53 % der Frauen fiel der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in das Behandlungsjahr. 53 % der Frauen und 44 % der Männer waren mit ihrer beruflichen Leistung unzufrieden. Weder zufrieden noch unzufrieden waren 10 % der Frauen und 8 % der Männer. Eher zufrieden mit ihrer beruflichen Leistung waren nur 13 % der Frauen und 12 % der Männer. Für 36 % der Männer und 25 % der Frauen traf diese Frage nicht zu. Mit ihrer finanziellen Situation waren 32 % der Männer und 27 % der Frauen eher zufrieden bis völlig zufrieden. Weder zufrieden noch unzufrieden waren 12 % der Männer und 17 % der Frauen. 56 % der Männer und 57 % der Frauen waren eher bis völlig unzufrieden mit ihrer finanziellen Situation. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der beruflichen Leistung und der finanziellen Situation unterschieden sich Frauen und Männer nicht signifikant voneinander.

Aufgrund des großen Anteils von Personen ohne Arbeitstätigkeit und solchen, die schon längere Zeit arbeitsunfähig geschrieben waren, konnten Spillover-Effekte zwischen beruflichem und privatem Bereich nur an einer sehr kleinen Untergruppe der Stichprobe – sechs Männer und 14 Frauen – untersucht werden. In Tabelle 3-11 sind die Spillover-Effekte von Frauen und Männern einander gegenübergestellt.

Vier Männer (67 %) gaben einen negativen Einfluss ihrer Berufstätigkeit auf ihr Familienleben an, wobei die Ausprägung als mäßig eingestuft wurde. Alle sechs Männer erlebten einen negativen Einfluss ihrer Berufstätigkeit auf ihre persönlichen Interessen, der von vier Patienten als mäßig und von zwei als stark eingeschätzt wurde. Vier Männer bejahten einen negativen Einfluss ihres Privatlebens auf ihren Beruf, wobei die Ausprägung zwischen mäßig und sehr stark eingestuft wurde. Ein negativer Einfluss von privaten Problemen auf den Beruf ergab sich bei zwei Männern und wurde von ihnen als stark eingeschätzt.

Von den 14 Frauen bejahten neun (64 %) einen mäßig bis starken negativen Einfluss des Berufs auf ihr Familienleben. Acht Frauen bestätigten einen negativen Einfluss des Berufs auf ihre persönlichen Interessen, den sie als mäßig bis sehr stark einschätzten. Eine negative Beeinflussung des Berufs durch das Privatleben wurde von vier Patientinnen beschrieben, wiederum in mäßiger bis sehr starker Ausprägung. Ein Rollenkonflikt bei privaten Problemen mit der Berufstätigkeit wurde von vier Frauen bejaht – in mäßiger bis sehr starker Ausprägung. Ge-

schlechtsabhängige Unterschiede hinsichtlich der Spillover-Effekte ergaben sich nicht.

**Tab. 3-11: Spillover-Effekte bei berufstätigen Frauen und Männern in der Tagesklinik in der Stichprobe des Jahres 2004 (N = 20)**

<b>Merkmal</b>	<b>Männer (n = 6)</b>	<b>Frauen (n = 14)</b>	<b>Gesamt (n = 20)</b>
<b>Negativer Einfluss des Berufs auf das Familienleben wenn ja, in welchem Ausmaß belastend?</b>	4 (67 %)	9 (64 %)	13 (65 %)
gar nicht	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
mäßig	4 (100 %)	5 (56 %)	9 (69 %)
stark	0 (0 %)	4 (44 %)	4 (31 %)
sehr stark	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>Negativer Einfluss des Berufs auf pers. Interessen wenn ja, in welchem Ausmaß belastend?</b>	6 (100 %)	8 (57 %)	14 (70 %)
gar nicht	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
mäßig	4 (67 %)	4 (50 %)	8 (57 %)
stark	2 (33 %)	3 (38 %)	5 (36 %)
sehr stark	0 (0 %)	1 (13 %)	1 (7 %)
<b>Negativer Einfluss des Privatlebens auf den Beruf wenn ja, in welchem Ausmaß belastend?</b>	4 (67 %)	4 (29 %)	8 (40 %)
gar nicht	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
mäßig	1 (25 %)	3 (75 %)	4 (50 %)
stark	2 (50 %)	1 (25 %)	4 (38 %)
sehr stark	1 (25 %)	0 (0 %)	1 (13 %)
<b>Negativer Einfluss privater Probleme auf den Beruf wenn ja, in welchem Ausmaß belastend?</b>	2 (33 %)	4 (33 %)	6 (33 %)
gar nicht	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
mäßig	0 (0 %)	1 (25 %)	1 (17 %)
stark	2 (100 %)	1 (25 %)	3 (50 %)
sehr stark	0 (0 %)	2 (50 %)	2 (33 %)

### 3.2.1 Zusammenfassung

In einem Einjahreszeitraum konnten bei 67 Patienten differenzierte Daten zu ihrer beruflichen und privaten Lebenssituation erhoben werden. Hinsichtlich der personen- und krankheitsbezogenen Merkmale ergaben sich tendenziell die Ergebnisse, wie sie sich in der Gesamtstichprobe (siehe 3.1) fanden.

Für beiderlei Geschlecht ergaben sich Hinweise auf eine relative soziale Isolation und Rollenarmut. Ein Großteil der Patienten war alleinstehend und lebte allein. Wenn eine Partnerschaft bestand war die Mehrzahl der Patienten mit ihr eher zufrieden. Die durchschnittliche Haushaltsgröße lag bei 1,75 Personen.

Lebten eigene Kinder im Haushalt, dann handelte es sich zumeist um Einzelkinder. Weder Frauen noch Männer lebten mit einem Kind im Alter von unter vier

Jahren zusammen. Sechs der sieben Mütter und einer der vier Väter mit eigenen Kindern im Haushalt waren alleinerziehend. Das Durchschnittsalter der Kinder von alleinerziehenden Eltern lag in unserer Stichprobe bei zehn Jahren.

Drei-Generationen-Haushalte fanden sich in unserer Stichprobe nicht. Die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger spielte in unserer Stichprobe keine wesentliche Rolle, wurde jedoch, wenn sie stattfand, fast ausschließlich von weiblichen Patienten durchgeführt.

Der Anteil von Patienten ohne Arbeitstätigkeit war sowohl bei Frauen als auch bei Männern hoch. Die Hälfte der Patienten war mit ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit und 56 % mit ihrer finanziellen Situation unzufrieden. Aufgrund der beschriebenen beruflichen Situation mit einem hohen Anteil von Personen ohne Arbeitstätigkeit und vielen Patienten mit auch schon länger bestehender Arbeitsunfähigkeit sowie der relativen sozialen Isolation waren Interrollenkonflikte zwischen Beruf und Privatleben – sogenannte Spillover-Effekte – nur für einen geringen Teil unserer Patienten von Bedeutung. Wenn Berufstätigkeit bestand, fanden sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern häufiger ein negativer Einfluss des Berufs auf das Familienleben oder private Interessen als umgekehrt.

### **3.3 Psychopathologische und psychosoziale Merkmale von Frauen und Männern in der tagesklinischen Behandlung**

Psychopathologische und psychosoziale Merkmale wurden für einen Dreieinhalbjahreszeitraum aus Patienten- und Therapeutenperspektive für 311 Behandlungsepisoden erfasst (Juli 2000 bis Dezember 2003). Die Selbstbeurteilungsfragebögen wurden von den Patienten besonders zum Behandlungsende häufig nicht oder unvollständig ausgefüllt. Zur Beurteilung von Unterschieden zwischen Frauen und Männern hinsichtlich psychopathologischer und psychosozialer Merkmale sowie möglicher Interaktionen zwischen den Merkmalsbereichen ist ein vollständiger Datensatz erforderlich. Da es möglich ist, dass sich die Gruppe von Patienten, die die Fragebogenbatterie vollständig ausfüllten von denen unterscheidet, die dies nicht tat, muss zunächst eine Gegenüberstellung dieser Patientengruppen in wesentlichen soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmalen erfolgen.

In Tabelle 3-12 sind die soziodemografischen Charakteristika von Patienten mit komplettem und inkomplettem Datensatz einander gegenübergestellt. Hinsichtlich des Familienstands bestand ein signifikanter Unterschied (exakter Test nach

**Tab. 3-12: Soziodemografische Charakteristika von Patienten mit komplettem und inkomplettem Datensatz (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003)**

<b>Merkmal</b>	<b>inkompletter Datensatz (n = 178)</b>	<b>kompletter Datensatz (n = 133)</b>
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	103 (58 %)	89 (67 %)
männlich	75 (42 %)	44 (33 %)
<b>Alter (Mittelwert)</b>	38 Jahre	39 Jahre
<b>Familienstand*</b>		
ledig	119 (67 %)	80 (60 %)
verheiratet	40 (23 %)	31 (23 %)
geschieden	14 (8 %)	21 (16 %)
verwitwet	5 (3 %)	0 (0 %)
unbekannt	0 (0 %)	1 (1 %)
<b>Schulbildung</b>		
weniger als Hauptschulabschluss	19 (11 %)	10 (8 %)
mindestens Hauptschulabschluss	44 (25 %)	42 (32 %)
mindestens Realschulabschluss	55 (31 %)	46 (35 %)
mindestens (Fach-)Abitur	55 (31 %)	34 (26 %)
unbekannt	5 (3 %)	1 (1 %)
<b>Beruf/Ausbildung</b>		
ungelernt oder angelernt	65 (37 %)	48 (36 %)
abgeschlossene Lehre	86 (48 %)	68 (51 %)
abgeschlossene Fach-/Meisterschule	4 (2 %)	5 (4 %)
(Fach-)Hochschulabschluss	18 (10 %)	10 (8 %)
unbekannt	5 (3 %)	2 (2 %)
<b>Arbeitssituation bei Aufnahme</b>		
Vollzeit-Erwerbstätigkeit	43 (24 %)	40 (30 %)
Teilzeit-Erwerbstätigkeit	16 (9 %)	6 (5 %)
Hausarbeit in der Familie	6 (3 %)	7 (5 %)
Schul- oder berufliche Ausbildung	8 (5 %)	10 (8 %)
Wehr- oder Zivildienst	1 (1 %)	0 (0 %)
beschützte Tätigkeit, Arbeitstherapie, Reha.	8 (5 %)	4 (3 %)
ohne Arbeitstätigkeit	96 (54 %)	66 (50 %)
<b>Unterhalt bei Aufnahme</b>		
eigenes Einkommen	65 (37 %)	49 (37 %)
durch Arbeitsverwaltung (ALU/Umschulung)	25 (14 %)	17 (13 %)
EU- o. BU-Rente	31 (17 %)	13 (10 %)
Altersrente o. Pensionszahlung	7 (4 %)	8 (6 %)
Partner o. Angehörige	23 (13 %)	24 (18 %)
Sozialhilfe zum Lebensunterhalt	26 (15 %)	22 (17 %)
<b>Wohnsituation</b>		
Alleinwohnen in eigener Wohnung	95 (53 %)	65 (49 %)
eigenständiges Wohnen mit Partner o. Angeh.	76 (43 %)	67 (50 %)
ambulant betreutes Wohnen	4 (2 %)	0 (0 %)
(Langzeit-) Wohnheim	1 (1 %)	1 (1 %)
ohne festen Wohnsitz, Obdachlosenunterkunft	2 (1 %)	0 (0 %)

\*  $p < 0,001$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

Fisher  $p < 0,05$ ) zwischen diesen Patientengruppen, wobei prozentual doppelt so viele Patienten in der Gruppe mit komplettem Datensatz geschieden waren und verwitwete Patienten nur in der Gruppe mit unkomplettem Datensatz vorkamen. Hinsichtlich Geschlecht, Alter, Schulbildung, Berufsstand, Ausbildung, Arbeitssituation, Unterhalt und Wohnsituation fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit vollständigem Datensatz und Patienten mit unvollständigem Datensatz.

Tabelle 3-13 und Tabelle 3-14 geben krankheitsbezogene Merkmale von Patienten mit komplettem und unkomplettem Datensatz wieder. In der stationären Gesamtbehandlungsdauer vor der aktuellen tagesklinischen Behandlung unterschieden sich die Gruppen sehr signifikant (exakter Test nach Fisher  $p < 0,01$ ).

**Tab. 3-13: Krankheitsbezogene Merkmale von Patienten mit komplettem und unkomplettem Datensatz (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003)**

Merkmal	inkompletter Datensatz (n = 178)	kompletter Datensatz (n = 133)
<b>Psychotherapeutische Vorbehandlung</b>		
PT mit regelmäßigen Sitzungen	30 (17 %)	29 (22 %)
PT mit unregelmäßigen Sitzungen	8 (5 %)	11 (8 %)
keine	119 (67 %)	76 (58 %)
unbekannt/unklar	21 (12 %)	17 (13 %)
<b>Stationäre Gesamtbehandlungsdauer**</b>		
bisher kein Klinikaufenthalt	16 (9 %)	31 (23 %)
unter einer Woche	2 (1 %)	0 (0 %)
über eine Woche – unter einem Monat	10 (6 %)	6 (5 %)
über einen Monat – unter einem Jahr	96 (54 %)	74 (56 %)
über ein Jahr	20 (11 %)	9 (7 %)
unbekannt	34 (19 %)	13 (10 %)
<b>Gesetzliche Betreuung</b>		
keine	153 (86 %)	125 (94 %)
beantragt	2 (1 %)	0 (0 %)
besteht	20 (11 %)	7 (5 %)
unbekannt/unklar	3 (2 %)	1 (1 %)
<b>Diagnosegruppen (Hauptdiagnose)</b>		
F0	2 (1 %)	0 (0 %)
F1	5 (3 %)	1 (1 %)
F2	38 (21 %)	32 (24 %)
F3	67 (38 %)	54 (41 %)
F4	34 (19 %)	28 (21 %)
F5	1 (1 %)	3 (2 %)
F6	31 (17 %)	15 (11 %)
<b>Mehrfachdiagnosen/Komorbidität</b>		
keine Mehrfachdiagnose	75 (42 %)	61 (46 %)
vorhandene Mehrfachdiagnose	103 (58 %)	72 (54 %)
Komorbidität mit Persönlichkeitsstörung	25 (14 %)	25 (19 %)
Komorbidität mit Psychotrauma	11 (6 %)	8 (6 %)
Komorbidität mit Suchterkrankung	36 (20 %)	17 (13 %)

Merkmal	inkompletter Datensatz (n = 178)	kompletter Datensatz (n = 133)
<b>Aufenthaltsdauer (Mittelwert)<sup>++</sup></b>	56 d	73 d
<b>Entlassungsart<sup>***</sup></b>		
reguläre Entlassung bzw. Verlegung	145 (82 %)	129 (97 %)
Entweichung/Behandlungsabbruch	31 (18 %)	4 (3 %)
Entlassung gegen therapeutischen Rat	1 (1 %)	0 (0 %)
unbekannt	1 (1 %)	0 (0 %)

\*\*  $p < 0,01$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

\*\*\*  $p < 0,001$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

<sup>++</sup>  $p < 0,01$  (t-Test, 2-seitig)

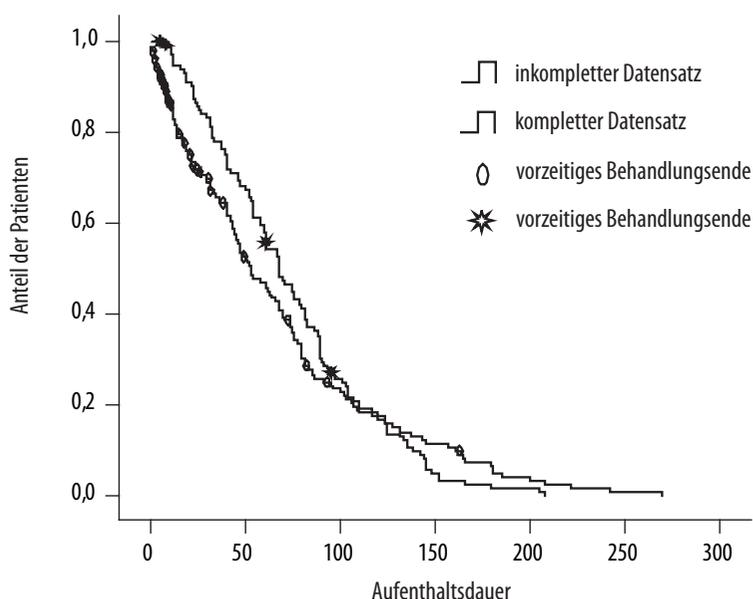
**Tab. 3-14: Schweregrad und Zustandsänderung der Erkrankung und Psychopathologie von Patienten mit komplettem und inkomplettem Datensatz (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003)**

Merkmal	inkompletter Datensatz (n = 178)	kompletter Datensatz (n = 133)
<b>Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme</b>		
Patient ist nur leicht krank	18 (10 %)	4 (3 %)
Patient ist mäßig krank	60 (34 %)	64 (48 %)
Patient ist deutlich krank	82 (46 %)	61 (46 %)
Patient ist schwer krank	15 (8 %)	3 (2 %)
nicht beurteilbar	3 (2 %)	1 (1 %)
<b>Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung<sup>***</sup></b>		
Patient ist überhaupt nicht krank	2 (1 %)	2 (2 %)
Patient ist Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	3 (2 %)	4 (3 %)
Patient ist nur leicht krank	38 (21 %)	51 (38 %)
Patient ist mäßig krank	52 (29 %)	57 (43 %)
Patient ist deutlich krank	53 (30 %)	17 (13 %)
Patient ist schwer krank	19 (11 %)	1 (1 %)
nicht beurteilbar	11 (6 %)	1 (1 %)
<b>Zustandsänderung der Erkrankung<sup>***</sup></b>		
Zustand ist sehr viel besser	9 (5 %)	8 (6 %)
Zustand ist viel besser	36 (20 %)	48 (36 %)
Zustand ist nur wenig besser	36 (20 %)	47 (35 %)
Zustand ist unverändert	38 (21 %)	21 (16 %)
Zustand ist etwas schlechter	17 (10 %)	2 (2 %)
Zustand ist viel schlechter	23 (13 %)	1 (1 %)
nicht beurteilbar	19 (11 %)	6 (5 %)
<b>GAF (Mittelwert)</b>		
bei Behandlungsbeginn*	51	53
bei Behandlungsende <sup>***</sup>	54	61

\*  $p < 0,05$  (Mann-Whitney-Test)

\*\*\*  $p < 0,001$  (Mann-Whitney-Test)

23 % der Patienten mit komplettem Datensatz hatten bislang noch keine (teil-)stationäre psychiatrische Behandlung gegenüber 9 % der Patienten mit inkomplettem Datensatz. Die Aufenthaltsdauer der Patienten mit vollständigem Datensatz war mit durchschnittlich 73 Tagen länger als bei den Patienten mit unvollständigem Datensatz mit durchschnittlich 56 Tagen ( $t$ -Test  $p < 0,01$ ). Auch beendeten die Patienten mit inkomplettem Datensatz hoch signifikant (exakter Test nach Fisher  $p < 0,001$ ) häufiger die Behandlung durch Abbruch oder Entweichung. 19 % der Patienten mit unvollständigem Datensatz gegenüber 3 % der Patienten mit vollständigem Datensatz brachen die tagesklinische Behandlung ab oder wurden gegen therapeutischen Rat entlassen. Wenn man hinsichtlich der Aufenthaltsdauer die Patienten mit vorzeitiger Behandlungsbeendigung ausschließt, unterscheiden sich die Aufenthaltsdauern nicht mehr signifikant (siehe Abbildung 3-3).



**Abb. 3-3: Aufenthaltsdauer von Patienten mit komplettem und inkomplettem Datensatz in der Tagesklinik unter Berücksichtigung von vorzeitigem Behandlungsbeendigungen (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003)**

Während sich Patienten mit komplettem und inkomplettem Datensatz zu Behandlungsbeginn im Schweregrad (CGI) der Erkrankung nicht und in der Ausprägung der Psychopathologie (GAF) nur geringgradig unterschieden, zeigten sich in der Fremdbeurteilung zum Behandlungsende hoch signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 3-14). 41 % der Patienten mit inkomplettem Datensatz waren bei Entlassung deutlich oder schwer krank, gegenüber 14 % der Patienten mit komplettem Datensatz. Bei 77 % der Patienten mit komplettem Datensatz kam es im

Behandlungsverlauf zu einer Zustandsbesserung, während sich bei den Patienten mit unvollständigem Datensatz der Zustand nur bei 45 % besserte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Patienten mit vollständigem Datensatz von den Patienten mit unvollständigem Datensatz in soziodemografischen Daten kaum unterscheiden, während sich deutliche Unterschiede hinsichtlich krankheitsbezogener Daten ergeben, insbesondere unter Berücksichtigung der fremdbewerteten Merkmale zum Behandlungsende.

Die nachfolgenden Daten hinsichtlich der psychopathologischen und psychosozialen Merkmale bei Frauen und Männern gelten somit nur für die Patienten, die die Fragebögen komplett ausgefüllt haben und können nicht auf die Gesamtgruppe verallgemeinert werden. Ein Vergleich zwischen den Frauen und Männern in der Gruppe der Patienten mit vollständigem Datensatz bleibt damit aber weiterhin möglich, da sich das Geschlecht nicht als wesentlicher Faktor hinsichtlich der Komplettierung der Fragebögen herausgestellt hat.

In Tabelle 3-15 bis Tabelle 3-17 sind personen- und krankheitsbezogene Merkmale einander gegenübergestellt, wie sie sich bei Frauen und Männern, bei denen ein kompletter Datensatz vorlag, aus der Basisdokumentation ergaben. Lediglich hinsichtlich des Vorhandenseins einer Komorbidität mit einer Suchterkrankung oder Substanzmissbrauch, die bei den Männern häufiger beobachtet wurde, bestand ein sehr signifikanter Unterschied (exakter Test nach Fisher  $p < 0,01$ ).

**Tab. 3-15: Soziodemografische Charakteristika von Frauen und Männern mit komplettem Datensatz (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

<b>Merkmal</b>	<b>Männer (n = 44)</b>	<b>Frauen (n = 89)</b>
<b>Alter (Mittelwert)</b>	40 Jahre	48 Jahre
<b>Familienstand</b>		
ledig	30 (68 %)	50 (56 %)
verheiratet	10 (23 %)	21 (24 %)
geschieden	4 (9 %)	17 (19 %)
verwitwet	0 (0 %)	0 (0 %)
unbekannt	0 (0 %)	1 (1 %)
<b>Schulbildung</b>		
weniger als Hauptschulabschluss	3 (7 %)	7 (8 %)
mindestens Hauptschulabschluss	12 (27 %)	30 (34 %)
mindestens Realschulabschluss	12 (27 %)	34 (38 %)
mindestens (Fach-)Abitur	17 (39 %)	17 (19 %)
unbekannt		1 (1 %)
<b>Beruf/Ausbildung</b>		
ungelernt oder angelernt	17 (39 %)	31 (35 %)
abgeschlossene Lehre	20 (46 %)	48 (54 %)
abgeschlossene Fach-/Meisterschule	2 (5 %)	3 (3 %)
(Fach-)Hochschulabschluss	5 (11 %)	5 (6 %)
unbekannt		2 (2 %)

Merkmal	Männer (n = 44)	Frauen (n = 89)
<b>Arbeitssituation bei Aufnahme</b>		
Vollzeit-Erwerbstätigkeit	16 (36 %)	24 (27 %)
Teilzeit-Erwerbstätigkeit	1 (2 %)	5 (6 %)
Hausarbeit in der Familie	0 (0 %)	7 (8 %)
Schul. oder berufliche Ausbildung	5 (11 %)	5 (6 %)
Wehr- oder Zivildienst	0 (0 %)	0 (0 %)
beschützte Tätigkeit, Arbeitstherapie, Reha.	0 (0 %)	4 (5 %)
ohne Arbeitstätigkeit	22 (50 %)	44 (49 %)
<b>Unterhalt bei Aufnahme</b>		
eigenes Einkommen	19 (43 %)	30 (34 %)
durch Arbeitsverwaltung (ALU/Umschulung)	8 (18 %)	9 (10 %)
EU- o. BU-Rente	1 (2 %)	12 (14 %)
Altersrente o. Pensionszahlung	4 (9 %)	4 (5 %)
Partner o. Angehörige	6 (14 %)	18 (20 %)
Sozialhilfe zum Lebensunterhalt	6 (14 %)	16 (18 %)
<b>Wohnsituation</b>		
Alleinwohnen in eigener Wohnung	20 (46 %)	45 (51 %)
eigenständiges Wohnen mit Partner o. Angeh.	23 (52 %)	44 (49 %)
ambulant betreutes Wohnen	1 (2 %)	0 (0 %)
(Langzeit-)Wohnheim	0 (0 %)	0 (0 %)

**Tab. 3-16: Krankheitsbezogene Merkmale von Frauen und Männern mit komplettem Datensatz (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

Merkmal	Männer (n = 44)	Frauen (n = 89)
<b>Psychotherapeutische Vorbehandlung</b>		
PT mit regelmäßigen Sitzungen	7 (16 %)	22 (25 %)
PT mit unregelmäßigen Sitzungen	1 (2 %)	10 (11 %)
keine	31 (71 %)	45 (51 %)
unbekannt/unklar	5 (11 %)	12 (14 %)
<b>Stationäre Gesamtbehandlungsdauer</b>		
bisher kein Klinikaufenthalt	10 (23 %)	21 (24 %)
über eine Woche – unter einem Monat	3 (7 %)	3 (3 %)
über einen Monat – unter einem Jahr	23 (52 %)	51 (57 %)
über ein Jahr	1 (2 %)	8 (9 %)
unbekannt	7 (16 %)	6 (7 %)
<b>Gesetzliche Betreuung</b>		
keine	42 (96 %)	83 (93 %)
besteht	2 (5 %)	5 (6 %)
unbekannt/unklar	0 (0 %)	1 (1 %)
<b>Diagnosegruppen (Hauptdiagnose)</b>		
F1	0 (0 %)	1 (1 %)
F2	15 (34 %)	17 (19 %)
F3	19 (43 %)	35 (39 %)
F4	5 (11 %)	23 (26 %)
F5	0 (0 %)	3 (3 %)
F6	5 (11 %)	10 (11 %)

<b>Merkmal</b>	<b>Männer (n = 44)</b>	<b>Frauen (n = 89)</b>
<b>Mehrfachdiagnosen/Komorbidität</b>		
keine Mehrfachdiagnose	19 (43 %)	42 (47 %)
vorhandene Mehrfachdiagnose	25 (57 %)	47 (53 %)
Komorbidität mit Persönlichkeitsstörung	8 (18 %)	17 (19 %)
Komorbidität mit Psychotrauma	1 (2 %)	7 (8 %)
Komorbidität mit Suchterkrankung**	11 (25 %)	6 (7 %)
<b>Aufenthaltsdauer (Tage) – Mittelwert</b>	<b>67 Tage</b>	<b>75 Tage</b>
<b>Entlassungsart</b>		
reguläre Entlassung bzw. Verlegung	42 (96 %)	87 (98 %)
Entweichung/Behandlungsabbruch	2 (5 %)	2 (2 %)

\*\*  $p < 0,01$  (exakter Test nach Fisher, 2-seitig)

**Tab. 3-17: Schweregrad und Zustandsänderung der Erkrankung und Psychopathologie von Frauen und Männern mit komplettem Datensatz (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

<b>Merkmal</b>	<b>Männer (n = 44)</b>	<b>Frauen (n = 89)</b>
<b>Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme</b>		
Patient ist nur leicht krank	1 (2 %)	3 (3 %)
Patient ist mäßig krank	24 (55 %)	40 (45 %)
Patient ist deutlich krank	19 (43 %)	42 (47 %)
Patient ist schwer krank	0 (0 %)	3 (3 %)
unbekannt		1 (1 %)
<b>Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung</b>		
Patient ist überhaupt nicht krank	1 (2 %)	1 (1 %)
Patient ist Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	0 (0 %)	4 (5 %)
Patient ist nur leicht krank	16 (36 %)	35 (39 %)
Patient ist mäßig krank	18 (41 %)	39 (44 %)
Patient ist deutlich krank	9 (21 %)	8 (9 %)
Patient ist schwer krank	0 (0 %)	1 (1 %)
unbekannt		1 (1 %)
<b>Zustandsänderung der Erkrankung</b>		
Zustand ist sehr viel besser	4 (9 %)	4 (5 %)
Zustand ist viel besser	9 (21 %)	39 (44 %)
Zustand ist nur wenig besser	20 (46 %)	27 (30 %)
Zustand ist unverändert	9 (21 %)	12 (14 %)
Zustand ist etwas schlechter	1 (2 %)	1 (1 %)
Zustand ist viel schlechter	0 (0 %)	1 (1 %)
nicht beurteilbar	1 (2 %)	5 (6 %)

In Tabelle 3-18 sind psychopathologische Merkmale von Frauen und Männern zu Behandlungsbeginn und -ende sowie die Behandlungszufriedenheit aus Patienten- und Therapeutesicht einander gegenübergestellt.

Zu Behandlungsbeginn unterschieden sich Frauen und Männer nicht in der Ausprägung der Psychopathologie (GAF). Bei Behandlungsende war die Ausprä-

gung der Psychopathologie bei den Frauen geringer als bei den Männern. Am Beginn der Behandlung unterschieden sich die Frauen von den Männern durch höhere Werte hinsichtlich Unsicherheit im Sozialkontakt (exakter Test nach Fisher  $p < 0,05$ ), Depressivität (exakter Test nach Fisher  $p < 0,01$ ), Ängstlichkeit (exakter Test nach Fisher  $p < 0,01$ ), der allgemeinen psychischen Belastung (exakter Test nach Fisher  $p < 0,05$ ) sowie einer geringeren Behandlungsablehnung. Zum Behandlungsende waren diese Unterschiede zwischen den Frauen und Männern nicht mehr vorhanden. Für die Mehrzahl der untersuchten psychopathologischen Merkmale und bezüglich der Behandlungszufriedenheit aus Patienten- und Therapeutesicht fanden sich keine signifikanten geschlechtsabhängigen Unterschiede (siehe Tabelle 3-18).

**Tab. 3-18: Psychopathologische Merkmale von Frauen und Männern mit komplettem Datensatz zu Behandlungsbeginn (prä) und -ende (post); Zufriedenheit mit der Behandlung aus Patienten- und Therapeutesicht (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

Merkmal (Mittelwerte)	Männer (n = 44)		Frauen (n = 89)	
	prä	post	prä	post
GAF	51,0	57,5**	53,7	62,5**
SCL-90-R				
Somatisierung	0,74	0,59	1,08	0,81
Zwanghaftigkeit	1,47	1,13	1,64	1,20
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,12*	0,97	1,57*	1,09
Depressivität	1,54**	1,15	1,89**	1,26
Ängstlichkeit	1,06*	0,81	1,39*	0,97
Aggressivität/Feindseligkeit	0,66	0,57	0,99	0,80
Phobische Angst	0,91	0,72	1,23	0,81
Paranoides Denken	1,04	0,85	1,24	0,96
Psychotizismus	0,81	0,64	0,84	0,66
GSI	1,08*	0,85	1,36*	0,98
Krankheitsgefühl – AMDP 97	0,09	0,14	0,07	0,06
Krankheitseinsicht – AMDP 98	0,34	0,36	0,20	0,22
Behandlungsablehnung – AMDP 99	0,36*	0,61	0,15*	0,34
Psychisches Befinden (Therapeutenperspektive)		4,84		4,89
Psychisches Befinden (Patientenperspektive)		3,93		4,17
Wohlbefinden (Therapeutenperspektive)		4,80		5,04
Wohlbefinden (Patientenperspektive)		3,79		4,07
Zufriedenheit der Therapeuten mit der Behandlung		2,45		2,72
Zufriedenheit mit der Patienten mit der Behandlung		2,30		2,58

\*  $p < 0,05$  (Mann-Whitney-Test)

\*\*  $p < 0,01$  (Mann-Whitney-Test)

Eine Gegenüberstellung psychosozialer Merkmale von Frauen und Männern zu Behandlungsbeginn und -ende ist in Tabelle 3-19 dargestellt. Hinsichtlich der untersuchten Bereiche der Lebenszufriedenheit (Leistungsfähigkeit, Genuss- und Entspannungsfähigkeit, Kontaktvermögen) fanden sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei der Krankheitsverarbeitung fand sich lediglich zum Behandlungsende ein höherer Wert für Religiosität und Sinnsuche bei den Frauen (Mann-Whitney-Test  $p < 0,05$ ), während sich für depressive Verarbeitung, aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau, Bagatellisierung und die übergeordneten Kategorien effektives und ineffektives Coping keine signifikanten Unterschiede ergaben.

In der sozialen Unterstützung ergab sich zu Behandlungsbeginn ein höheres Maß an Reziprozität der Unterstützung bei den Frauen. Für die anderen Bereiche (emotionale Unterstützung, praktische Unterstützung, soziale Integration, soziale Belastung, Vorhandensein einer Vertrauensperson, Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung) ergaben sich weder zu Behandlungsbeginn noch am Ende der Behandlung Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

**Tab. 3-19: Psychosoziale Merkmale von Frauen und Männern mit komplettem Datensatz zu Behandlungsbeginn (prä) und -ende (post), (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

Merkmal (Mittelwerte)	Männer (n = 44)		Frauen (n = 89)	
	prä	post	prä	post
<b>PLC</b>				
Leistungvermögen	1,62	1,98	1,47	1,89
Genuss- u. Entspannungsfähigkeit	1,92	2,27	1,83	2,17
Kontaktvermögen	1,72	2,01	1,88	2,27
<b>FKV-LIS</b>				
depressive Verarbeitung	2,83	2,41	2,91	2,55
aktives problemorientiertes Coping	3,19	3,22	2,98	3,19
Ablenkung und Selbstaufbau	2,84	3,03	2,78	3,01
Religiosität und Sinnsuche	2,41	2,41*	2,56	2,65*
Bagatellisierung und Wunschdenken	2,35	2,18	2,45	2,28
effektives Coping	2,74	2,80	2,78	2,92
ineffektives Coping	2,58	2,33	2,72	2,50
<b>F-SozU</b>				
emotionale Unterstützung	3,48	3,44	3,68	3,79
praktische Unterstützung	3,20	3,29	3,32	3,57
soziale Integration	2,80	3,03	3,00	3,34
soziale Belastung	2,42	2,22	2,74	2,49
Reziprozität	2,85*	3,07	3,24*	3,34
Vertrauenspersonen	3,84	3,80	3,71	4,03
Zufriedenheit mit der soz. Unterstützung	2,80	2,88	2,76	3,02

\*  $p < 0,05$  (Mann-Whitney-Test)

In Tabelle 3-20 ist das soziale Funktionsniveau in unterschiedlichen Bereichen (WHO-DAS-S) von Frauen und Männern zu Behandlungsbeginn und -ende wiedergegeben.

**Tab. 3-20: Soziales Funktionsniveau von Frauen und Männern mit komplettem Datensatz zu Behandlungsbeginn (prä) und -ende (post); (Stichprobe Januar 2001 bis Dezember 2003; N = 114)**

Merkmal (Mittelwerte)	Männer (n = 44)		Frauen (n = 89)	
	prä	post	prä	post
<b>WHO DAS-S (angepasste Version)</b>				
Selbstfürsorge	0,41	0,33	0,51	0,36
Alltagsgestaltung	2,92*	1,79	2,48*	1,61
Partnerschaft	1,80	1,17	1,51	1,26
Familie	1,85	1,53	2,11	1,62
sozialer Kontext	2,72	2,15*	2,33	1,51*

\*  $p < 0,05$  (Mann-Whitney-Test)

Da der Fragebogen im Verlauf der Untersuchung an die Situation unserer Patienten angepasst werden musste, konnte nur der Untersuchungszeitraum vom 01.01.2001 bis 31.12.2003 berücksichtigt werden, in den 263 Behandlungsepisoden fielen. In der Selbstfürsorge, der Partnerschaft, dem familiären Kontext ergaben sich keine Unterschiede im Funktionsniveau zwischen den Frauen und Männern. Zu Behandlungsbeginn hatten die Männer signifikant größere Einschränkungen hinsichtlich der Alltagsgestaltung (Mann-Whitney-Test  $p < 0,05$ ). Dieser Befund ließ sich am Behandlungsende nicht mehr nachweisen. Zum Ende der Behandlung hatten die Männer größere Einschränkungen im sozialen Kontext als die Frauen (Mann-Whitney-Test  $p < 0,05$ ).

Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern kam es zwischen Behandlungsbeginn und -ende zu hoch signifikanten (Wilcoxon-Test  $p < 0,001$ ) Besserungen in der Ausprägung der Psychopathologie (GAF), wobei die Effektstärke bei Männern im mittleren Bereich ( $ES = 0,66$ ), bei Frauen im hohen Bereich ( $ES = 1,21$ ) lag (siehe Abbildung 3-4 und Tabelle 3-21).

Hinsichtlich der subjektiven Beeinträchtigung kam es in der Gesamtgruppe in den Bereichen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus, Globalwert der psychischen Symptombelastung zu hoch signifikanten Besserungen bei kleiner bis mittlerer Effektstärke. Der Bereich Aggressivität/Feindseligkeit besserte sich sehr signifikant bei kleiner Effektstärke. In allen Bereichen waren die positiven Veränderungen bei den Frauen größer als bei den Männern (siehe Abbildung 3-5). Bei den Männern lagen die Effektstärken zwischen 0,16 (Aggressivität/Feindseligkeit) und 0,54 (Depressivität), bei den Frauen zwischen 0,23 (Aggressivität/Feindseligkeit) und 0,76 (Depressivität) (siehe Tabelle 3-21).

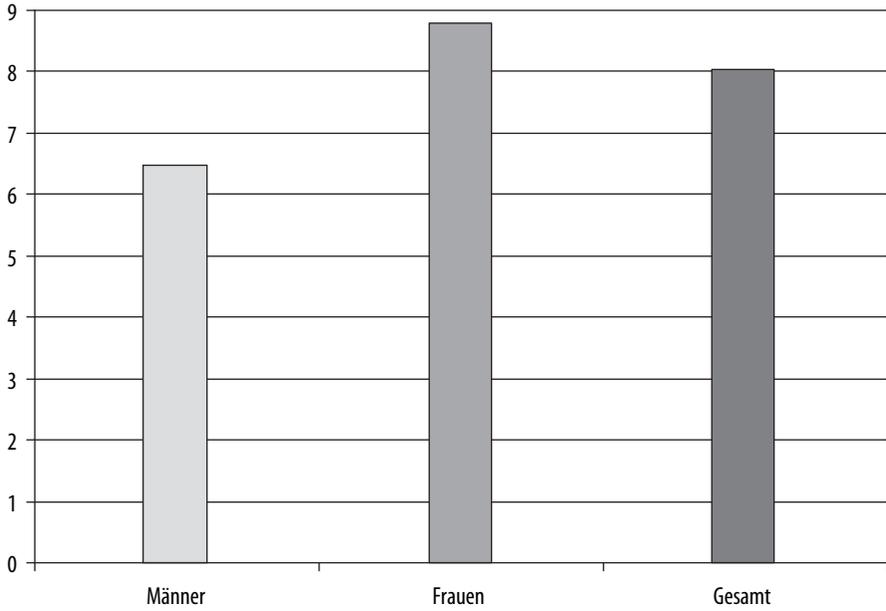


Abb. 3-4: Veränderungen der Ausprägung der Psychopathologie (GAF) zwischen Behandlungsbeginn und -ende (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)

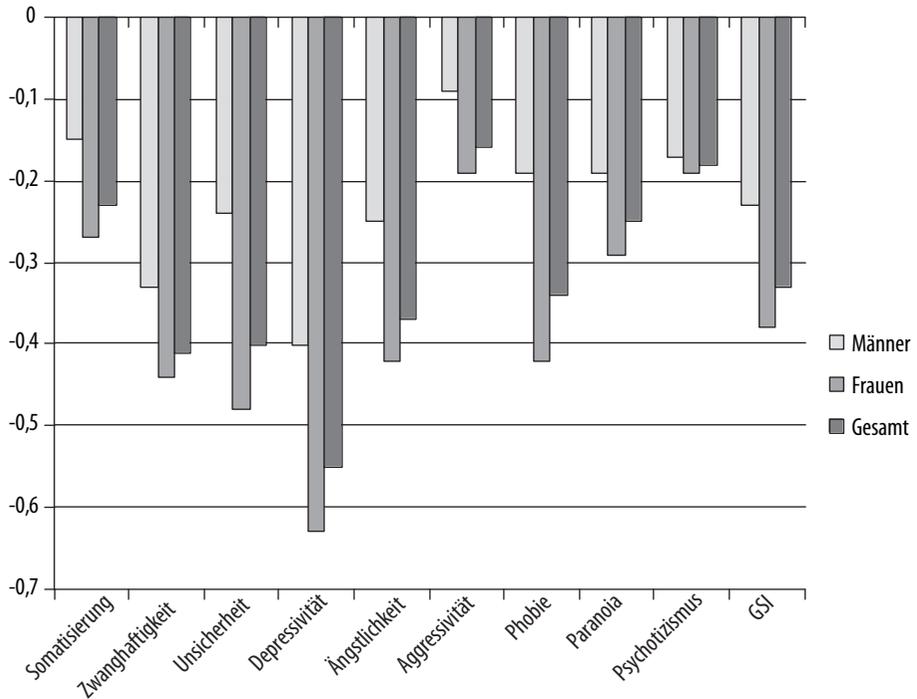
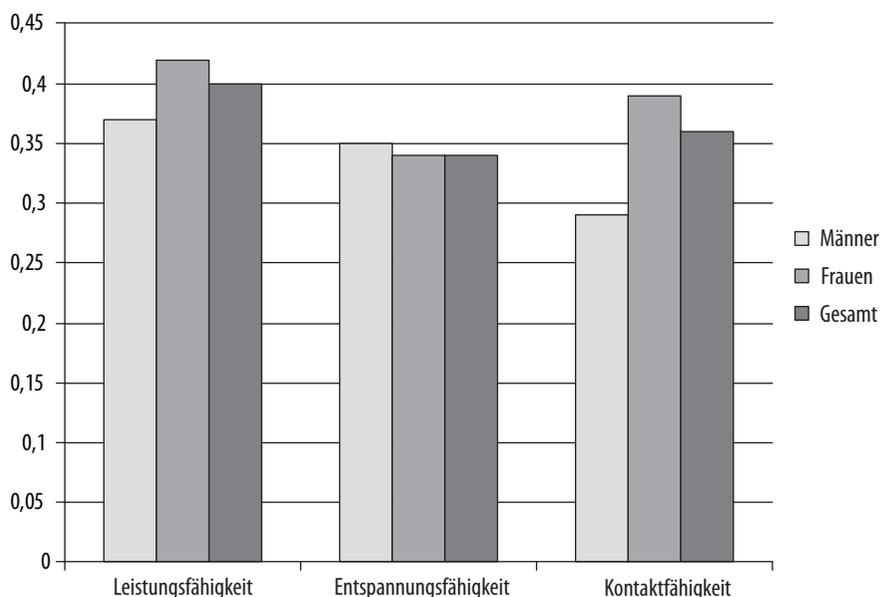


Abb. 3-5: Veränderungen der subjektiven Beeinträchtigung (SCL-90-R) zwischen Behandlungsbeginn und -ende (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)

Auch in den untersuchten Bereichen der Lebenszufriedenheit (Leistungsvermögen, Genuss- und Entspannungsfähigkeit, Kontaktvermögen; siehe Abbildung 3-6) kam es in der Stichprobe zwischen Behandlungsbeginn und -ende zu hoch signifikanten Besserungen bei mittleren Effektstärken (ES zwischen 0,51 und 0,59). Bezüglich der Leistungs- und Kontaktfähigkeit erzielten die Frauen deutlichere Verbesserungen, bezüglich der Genuss- und Entspannungsfähigkeit die Männer. Die Effektstärken lagen hierbei bei den Männern zwischen 0,39 (Kontaktvermögen) und 0,61 (Genuss- und Entspannungsvermögen) und bei den Frauen zwischen 0,52 (Genuss- und Entspannungsvermögen) und 0,62 (Leistungsvermögen) (siehe Tabelle 3-21).



**Abb. 3-6: Veränderungen von Merkmalen der Lebenszufriedenheit (PLC) zwischen Behandlungsbeginn und -ende (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

In Abbildung 3-7 sind Veränderungen in der Krankheitsverarbeitung zwischen Beginn und Ende der Behandlung dargestellt. In der Gesamtgruppe nahmen depressive Verarbeitung und die übergeordnete Skala »ineffektives Coping« bei kleiner Effektstärke hoch signifikant (Wilcoxon-Test  $p < 0,001$ ) ab. Hinsichtlich Bagatellisierung und Wunschenken kam es zu einer signifikanten Abnahme (Wilcoxon-Test  $p < 0,05$ ), wobei die Effektstärke unter 0,2 lag. Aktives und effektives Coping nahmen bei kleiner Effektstärke (0,18 bzw. 0,20) signifikant (Wilcoxon-Test  $p < 0,05$ ) zu. Ablenkung und Selbstaufbau nahm sehr signifikant (Wilcoxon-Test  $p < 0,01$ ) bei kleiner Effektstärke zu (siehe Tabelle 3-21). Bei Männern kam es nur hinsichtlich depressiver Verarbeitung (Wilcoxon-Test  $p < 0,001$ , ES = 0,52)

**Tab. 3-21: Effektstärken hinsichtlich der Veränderung von psychopathologischen und psychosozialen Merkmale zwischen Behandlungsbeginn und -ende (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

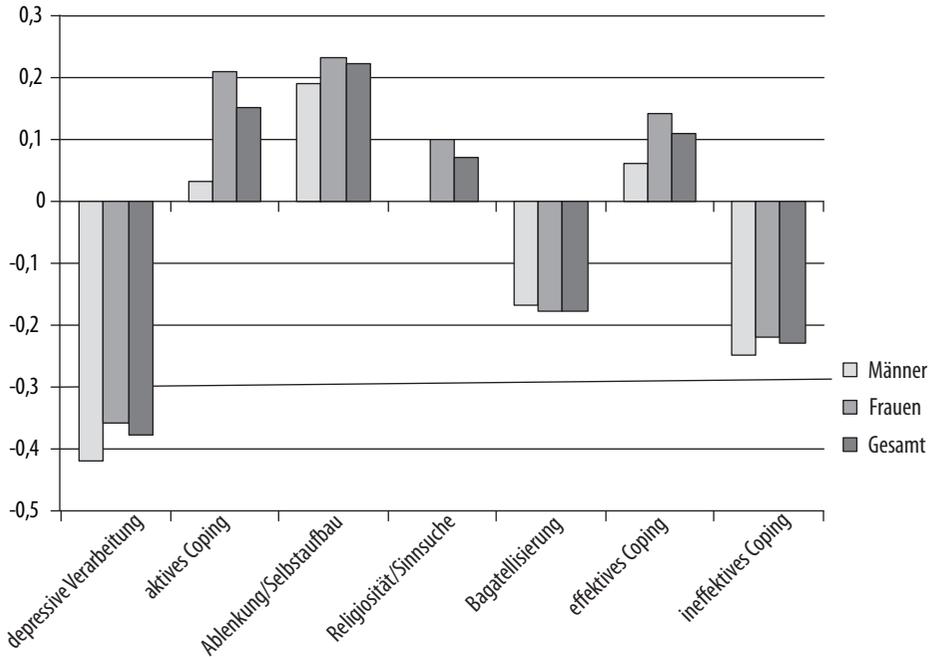
Merkmal (Mittelwerte)	Männer (n = 44)	Frauen (n = 89)	Gesamt
<b>GAF</b>	0,66***	1,21***	0,96***
<b>SCL-90-R</b>			
Somatisierung	0,28*	0,35***	0,32***
Zwanghaftigkeit	0,45**	0,55***	0,52***
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,33**	0,61***	0,51***
Depressivität	0,54***	0,76***	0,70***
Ängstlichkeit	0,40**	0,51***	0,47***
Aggressivität/Feindseligkeit	0,16	0,23**	0,20**
Phobische Angst	0,25*	0,45***	0,39***
Paranoides Denken	0,27*	0,33**	0,31***
Psychotizismus	0,30*	0,30**	0,30***
GSI	0,45***	0,58***	0,53***
<b>PLC</b>			
Leistungsvermögen	0,53**	0,62***	0,59***
Genuss- u. Entspannungsfähigkeit	0,61**	0,52***	0,55***
Kontaktvermögen	0,39**	0,59***	0,51***
<b>FKV-LIS</b>			
depressive Verarbeitung	0,52***	0,48***	0,49***
aktives problemorientiertes Coping	0,03	0,23*	0,18*
Ablenkung und Selbstaufbau	0,28	0,28*	0,28**
Religiosität und Sinnsuche	0,01	0,13	0,09
Bagatellisierung und Wunschdenken	0,19	0,18*	0,18*
effektives Coping	0,11	0,23*	0,20*
ineffektives Coping	0,37**	0,32**	0,33***
<b>F-SozU</b>			
emotionale Unterstützung	0,05	0,13	0,06
praktische Unterstützung	0,10	0,24**	0,20**
soziale Integration	0,26*	0,38***	0,34***
soziale Belastung	0,27	0,25**	0,25**
Reziprozität	0,22	0,09	0,13*
Vertrauenspersonen	0,04	0,27**	0,17*
Zufriedenheit mit der soz. Unterstützung	0,08	0,24**	0,19**

\*  $p < 0,05$  (Wilcoxon-Test, 2-seitig)

\*\*  $p < 0,01$  (Wilcoxon-Test, 2-seitig)

\*\*\*  $p < 0,001$  (Wilcoxon-Test, 2-seitig)

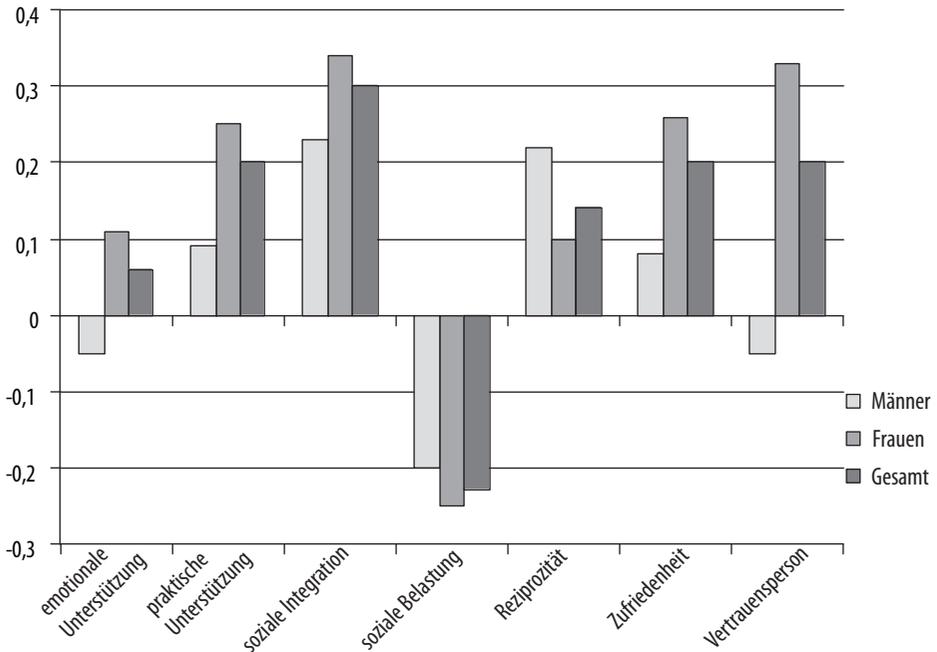
und ineffektivem Coping (Wilcoxon-Test  $p < 0,01$ ,  $ES = 0,37$ ) zu signifikanten Veränderungen. Demgegenüber kam es bei den Frauen in den Bereichen depressive Verarbeitung, aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau, Bagatellisierung und Wunschdenken, effektives Coping, ineffektives Coping bei Effektstärken zwischen 0,18 und 0,48 zu günstigen Veränderungen. Im Bereich Religiosität/Sinnsuche kam es zu keinen signifikanten Veränderungen.



**Abb. 3-7: Veränderungen von Merkmalen der Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS-SE) zwischen Behandlungsbeginn und -ende (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

Abbildung 3-8 zeigt die Veränderungen von Merkmalen der sozialen Unterstützung (F-SozU) zwischen Behandlungsbeginn und -ende. In der Gesamtgruppe kommt es bei der sozialen Integration zu hoch signifikanten (Wilcoxon-Test  $p < 0,001$ ), bei der praktische Unterstützung und der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung zu sehr signifikanten (Wilcoxon-Test  $p < 0,01$ ) sowie bei der Reziprozität und dem Vorhandensein einer Vertrauensperson zu signifikanten (Wilcoxon-Test  $p < 0,05$ ) Besserungen. Die Effektstärken lagen hierbei im niedrigen Bereich (ES zwischen 0,17 und 0,34). Des Weiteren kam es bei einer Effektstärke von 0,25 zu einer sehr signifikanten (Wilcoxon-Test  $p < 0,01$ ) Abnahme der sozialen Belastung. Hinsichtlich der emotionalen Unterstützung ergaben sich keine signifikanten Veränderungen (siehe Tabelle 3-21).

Während die Frauen bei kleinen Effektstärken in den Bereichen praktische Unterstützung, soziale Integration, Abnahme der sozialen Belastung, Vorhandensein einer Vertrauensperson sowie Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung profitieren konnten, kam es bei den Männern lediglich im Bereich soziale Integration bei kleiner Effektstärke zu einer signifikanten (Wilcoxon-Test  $p < 0,05$ ) Besserung (siehe Tabelle 3-21).



**Abb. 3-8: Veränderungen von Merkmalen der sozialen Unterstützung (F-SozU) zwischen Behandlungsbeginn und -ende (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

Tabelle 3-22 gibt psychopathologische und psychosoziale Merkmale, die sich zwischen Frauen und Männern signifikant unterschieden – differenziert nach der Kategorie der Hauptdiagnose – wieder. Es ergaben sich hierbei relativ kleine Gruppen, was den Nachweis signifikanter Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den einzelnen Diagnosekategorien erschwert.

Bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) fand sich eine signifikant stärkere Ausprägung der Psychopathologie (GAF) zum Behandlungsende bei den Männern (Mann-Whitney-U-Test  $p < 0,05$ ). In der Gruppe der affektiven Störungen (F3) zeigten sich signifikante bis sehr signifikante geschlechtsabhängige Unterschiede in den Skalen Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit sowie der allgemeinen psychischen Belastung (GSI des SCL-90-R) zu Behandlungsbeginn – mit jeweils stärkerer Ausprägung bei den Frauen.

Bei den persönlichkeitsgestörten Patienten zeigten die Männer am Behandlungsende eine signifikant schlechtere Funktion im weiteren sozialen Kontext als die Frauen (Mann-Whitney-Test  $p < 0,05$ ).

In der Diagnosekategorie der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

**Tab. 3-22: Psychopathologische und psychosoziale Merkmale, die sich in der Stichprobe mit komplettem Datensatz zwischen Frauen und Männern signifikant unterscheiden – differenziert nach der Kategorie der Hauptdiagnose (Stichprobe Juli 2000 bis Dezember 2003; N = 133)**

<u>Merkmal (Mittelwerte)</u>	<u>F2 (n = 32)</u>	<u>F3 (n = 54)</u>	<u>F4 (n = 28)</u>	<u>F6 (n = 15)</u>
<u>GAF (post)</u>	<u>p &lt; 0,05</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>
<u>SCL-90-R</u>				
<u>Unsicherheit (prä)</u>	<u>n. s.</u>	<u>p &lt; 0,05</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>
<u>Depressivität (prä)</u>	<u>n. s.</u>	<u>p &lt; 0,01</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>
<u>Ängstlichkeit (prä)</u>	<u>n. s.</u>	<u>p &lt; 0,05</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>
<u>GSI (prä)</u>	<u>n. s.</u>	<u>p = 0,01</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>
<u>FKV-LIS</u>				
<u>Religiosität/Sinnsuche (post)</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>
<u>F-SozU</u>				
<u>Reziprozität (prä)</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>
<u>AMDP</u>				
<u>Behandlungsablehnung</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>
<u>WHO-DAS-S</u>	<u>(n = 26)</u>	<u>(n = 51)</u>	<u>(n = 21)</u>	<u>(n = 12)</u>
<u>Alltagsgestaltung (prä)</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>
<u>Sozialer Kontext (post)</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>n. s.</u>	<u>p &lt; 0,05</u>

Das Signifikanzniveau p wurde mit dem Mann-Whitney-Test ermittelt

n. s.: nicht signifikant

### 3.3.1 Zusammenfassung

Die Untersuchung von Unterschieden zwischen den Geschlechtern in psychopathologischen und psychosozialen Merkmalen erfolgte über einen Dreieinhalb-jahreszeitraum.

Sowohl hinsichtlich der fremdbeurteilten Ausprägung der Psychopathologie als auch in der selbstbeurteilten Symptombelastung ergaben sich Hinweise, dass die Frauen von der tagesklinischen Behandlung deutlicher profitieren als die Männer:

Die Psychopathologie (GAF) war bei den Männern zu Beginn der Behandlung tendenziell, am Behandlungsende sehr signifikant stärker ausgeprägt als bei den Frauen. Die Effektstärke hinsichtlich der Besserung der Psychopathologie im Behandlungsverlauf war bei den Frauen höher als bei den Männern.

Frauen gaben in einigen Symptombereichen (Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, allgemeine psychische Belastung) zu Behandlungsbeginn eine ausgeprägtere Beeinträchtigung an als die Männer, während sich am Behandlungsende keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern fanden. Der Unterschied in der Symptombelastung konnte nur in der Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen nachgewiesen werden. Die Effektstärken

der Veränderungen in der den verschiedenen Skalen der Symptombelastung war jeweils für die Frauen größer als für die Männer.

Die deutlichere Besserung der fremdbeurteilten Psychopathologie und der selbstbeurteilten Symptombelastung bei Frauen spiegelt sich allerdings nicht in der Einschätzung der Veränderung des psychischen Befindens, des Wohlbefindens und der Zufriedenheit mit der Behandlung – sowohl aus der Perspektive der Patienten als auch aus der der Therapeuten – wider. Diesbezüglich fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Auch fanden sich keine geschlechtsabhängigen Unterschiede in den untersuchten Bereichen der Lebensqualität.

Hinsichtlich der sozialen Unterstützung kam es in der Gesamtgruppe bei niedrigen Effektstärken zu positiven Veränderungen bei der sozialen Integration, der praktische Unterstützung, der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, der Reziprozität und dem Vorhandensein einer Vertrauensperson. Nur hinsichtlich der Reziprozität der sozialen Unterstützung ergab sich zu Behandlungsbeginn ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern. Allein in diesem Bereich erreichten Männer im Behandlungsverlauf deutlichere Veränderungen als die Frauen. In allen anderen Bereichen der sozialen Unterstützung konnten die Frauen deutlichere Veränderungen als die Männer erzielen. Während die Männer lediglich hinsichtlich der sozialen Integration signifikante Verbesserungen erreichten, konnten die Frauen darüber hinaus Verbesserungen in der praktischen Unterstützung, dem Vorhandensein einer Vertrauensperson, der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und eine Abnahme der sozialen Belastung erreichen.

Es fanden sich Hinweise, dass Frauen im Muster ihrer Coping-Mechanismen mehr als Männer von der tagesklinischen Behandlung profitieren konnten. Während es bei den Männern nur zu eine Abnahme von depressiver Verarbeitung und ineffektivem Coping kam, konnten die Frauen darüber hinaus Zunahmen von aktivem problemorientierten Coping, Ablenkung und Selbstaufbau und effektivem Coping sowie eine Abnahme von Bagatellisierung und Wunschdenken erreichen.

Hinsichtlich der sozialen Funktionen zeigten Männer zu Behandlungsbeginn größere Einschränkungen in der Alltagsgestaltung als Frauen. Am Behandlungsende bestanden bei den Männern signifikant größere Einschränkungen im sozialen Kontext (DAS-S) als bei den Frauen.

## 4 Diskussion

### 4.1 Kritische Betrachtung der Methodik

Die Geschlechtlichkeit des Menschen in ihrer Bedeutung für das Auftreten, den Verlauf, die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen fand in den letzten Jahren im psychiatrischen Schrifttum zunehmende Berücksichtigung. Dabei wurde deutlich, dass sich Frauen und Männer in personen-, krankheits- und therapiebezogenen Aspekten unterscheiden (siehe Abschnitt 1.2). Das Behandlungssetting wurde in den Untersuchungen bisher jedoch kaum berücksichtigt. Im internationalen Schrifttum findet sich lediglich eine Arbeit, die sich explizit mit geschlechtsspezifischen Unterschieden in der psychiatrisch-tagesklinischen Behandlung befasst [116].

Die tagesklinische Behandlung ist u. a. dadurch charakterisiert, dass sich die Patienten einen großen Teil des Tages und an den Wochenenden in ihrem gewohnten Lebensumfeld befinden. Dieses tagesklinische Behandlungssetting erschien dem Autor besonders geeignet für die Untersuchung von geschlechtsabhängigen Unterschieden in personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen. Die Patienten sind nicht den artifiziellen Bedingungen einer vollstationären Behandlung ausgesetzt. Andererseits erfolgt eine kontinuierlichere und intensivere Therapie als sie unter ambulanten Bedingungen möglich wäre. Der Verbleib der Patienten in ihren sozialen Bezügen macht es auch möglich, psychosoziale Merkmale – wie die soziale Unterstützung und die Lebenszufriedenheit – sinnvoll zu untersuchen.

Gewählt wurde hierzu ein naturalistisches prospektives Untersuchungsdesign. Ein Grund hierfür war, dass die Evaluation der tagesklinischen Behandlung gleichzeitig zur Qualitätssicherung der etablierten Therapie genutzt werden sollte. Zum anderen sollte untersucht werden, ob sich Frauen oder Männer häufiger für das tagesklinische Setting entscheiden – was wiederum mit differierenden personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen zusammenhängen könnte. Unter diesem Aspekt wäre eine randomisierte Form der Aufnahme nicht sinnvoll gewesen. Nachteilig an diesem naturalistischen Design ist jedoch, dass eine Beurteilung der Effektivität der tagesklinischen Behandlung nur sehr eingeschränkt möglich ist – zum einen, da eine Vergleichsgruppe (ambulant oder stationär) nicht vorhanden ist, zu der die Patienten randomisiert hätten zugeordnet werden müssen, zum anderen eignet sich das tagesklinische Setting aufgrund der vielfältigen schwer kontrollierbaren Einflussfaktoren wenig, um Wirkfaktoren der Therapie aufzudecken.

Das Studiendesign eignet sich aber, um innerhalb der Patientengruppe Unterschiede zwischen Untergruppen – und hier besonders zwischen Frauen und Männern – zu analysieren. Eine Generalisierung der Befunde auf psychiatrische Tageskliniken im Allgemeinen ist dadurch eingeschränkt, dass sich die verschiedenen Tageskliniken in ihrer theoretischen und praktischen Ausrichtung sowie hinsichtlich der behandelten Klientel z. T. erheblich unterscheiden (siehe 1.3.1). Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit ähnlich strukturierten und therapeutisch ausgerichteten Tageskliniken zu ermöglichen, wurde die untersuchte Tagesklinik im Einleitungsteil differenziert vorgestellt (siehe 1.3.3).

Das nominale und ordinale Skalenniveau der meisten personen- und krankheitsbezogenen Daten erlaubte überwiegend nur eine deskriptive statistische Auswertung. Das Studiendesign war nicht dahingehend ausgelegt, um durch weitergehende analytische Testverfahren ätiologische Fragestellungen zu beantworten. Es wurde ein explorativer Ansatz gewählt, um eine Vielzahl von Merkmalen auf geschlechtsabhängige Unterschiede zu untersuchen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass durch die Zahl der statistischen Berechnungen die Testpower insgesamt sinkt. Es wäre sinnvoll, die in der vorliegenden Untersuchung aufgezeigten geschlechtsabhängigen Unterschiede in weiteren Studien genauer zu untersuchen. Hierzu könnten beispielsweise rekonstruktive Analysen dienen, in denen etwa der Zusammenhang zwischen den tagesklinischen Therapieinhalten und den weiblichen/männlichen Krankheits- und Bewältigungsverhalten untersucht werden könnte. Auch wäre es sinnvoll, auf einzelne Fragestellungen zu fokussieren – z. B. könnten hinsichtlich des geschlechtsabhängigen Coping neben den eingesetzten standardisierten Instrumenten qualitative Interviews erfolgen.

Der Untersuchungszeitraum betrug insgesamt fünfeinhalb Jahre. In diesem Zeitraum wurden einige der Erhebungsinstrumente (ICD-10-Diagnosen, GAF, AMDP 97-99, Basisdokumentation, Skalen aus der PsyBaDo, SCL-90-R) durchgehend verwendet, andere (SOFAS, FKV-Lis-SE, F-SozU, PLC, Fragebogen zur beruflichen und sozialen Lebenssituation) wurden für einen kürzeren Zeitraum ergänzt (siehe 2.2).

Bei einer Zwischenauswertung der Daten ergab sich, dass die mittels des WHO-DAS-S erfassten Daten in einigen Bereichen für unsere Patienten ungeeignet waren. Insbesondere war eine Einschätzung von Funktionseinschränkungen im Beruf zumeist nicht möglich, da ein Großteil der Patienten ohne Arbeitsfähigkeit oder bereits längere Zeit arbeitsunfähig war. Die Skala »Beruf« wurde deshalb aus der Bewertung herausgenommen. Stattdessen wurden Funktionseinschränkungen in der Alltagsbewältigung und in der Partnerschaft berücksichtigt (siehe 2.3.4).

Im Zeitraum von Juli 1999 bis Dezember 2004 konnten 511 Behandlungsepisoden untersucht werden. Für diesen Zeitraum lagen Fremdbeurteilungen

hinsichtlich personen- und krankheitsbezogener Merkmale annähernd vollständig vor.

Im Zeitraum von Januar 2001 bis Dezember 2003 wurden zusätzlich psychosoziale und psychopathologische Merkmale aus der Perspektive der Patienten berücksichtigt. Dies war insbesondere unter dem Aspekt der Qualitätssicherung der tagesklinischen Behandlung geboten. 311 Behandlungsepisoden konnten in diesem Zeitraum untersucht werden. Problematisch war hierbei, dass es bei der Selbstbeurteilung eine hohe Rate von Patienten gab, die die Fragebögen – insbesondere am Behandlungsende – nicht oder nur unvollständig ausfüllten. Ein kompletter Datensatz lag in diesem Sample nur für 133 Behandlungsepisoden vor.

Die Patienten wurden vor der Untersuchung ausführlich über Sinn und Zweck der Datenerhebung informiert und zum Ausfüllen der Fragebögen motiviert. Die Beantwortung der Fragebögen erfolgte auf freiwilliger Basis und die Abgabe durch Einwerfen in einen separat aufgestellten Briefkasten in anonymisierter Form. Hierdurch sollte das Antwortverhalten nach sozialer Erwünschtheit gering gehalten werden – dieses Vorgehen stellt andererseits sicher einen wesentlichen Grund für den recht geringen Rücklauf dar.

Ein anderer Grund kann an dem hohen Anteil von Patienten liegen, die den Tagesklinikaufenthalt vorzeitig beendeten. Teilweise erfolgte die Beendigung aufgrund einer Exazerbation der Erkrankung, die eine vollstationäre Behandlung notwendig machte und es den Patienten aufgrund der Schwere der Psychopathologie nicht erlaubte, die Fragebögen auszufüllen. Andere Patienten brachen die Behandlung ohne Absprache ab. Diesen wurden die Fragebögen postalisch zugesandt – häufig jedoch ohne Rücklauf. Die Fremdbeurteilung konnte jedoch auch in diesem Zeitraum hinsichtlich fast aller Behandlungsepisoden erfolgen und ermöglichte so, die Gruppe von Patienten mit vollständigen mit der mit unvollständigem Datensatz zu vergleichen.

Für die weiteren statistischen Berechnungen konnte nur auf die Patienten mit einem vollständigen Datensatz zurückgegriffen werden. Die Ergebnisse hinsichtlich der psychopathologischen und psychosozialen Merkmale lassen sich aufgrund der beschriebenen Unterschiede der Patienten mit komplettem und inkomplettem Datensatz nicht auf die Gesamtgruppe der Tagesklinikpatienten verallgemeinern. Ein Vergleich der Geschlechter hinsichtlich der psychopathologischen und psychosozialen Merkmale bleibt aber sinnvoll und möglich, da sich das Geschlecht nicht als kritisches Merkmal hinsichtlich des Ausfüllverhaltens der Fragebögen erwies.

Die Analyse der Patienten mit kompletten und inkompletten Datensatz brachte ungewollt einen von den eigentlichen Fragestellungen unabhängigen Erkenntnisgewinn. Es zeigte sich, dass sich Patienten die die Fragebögen komplett ausfüllten von denen, die dies nur inkomplett oder gar nicht taten, am Behandlungsbeginn

in soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmalen kaum unterschieden. Dies könnte dazu verleiten, die Ergebnisse der Patienten mit komplettem Datensatz auf die Gesamtgruppe zu verallgemeinern. Da wir in unserer Untersuchung die Fremdeinschätzung der untersuchten Merkmale nahezu vollständig durchführen konnten, war es auch möglich, die Patienten mit komplettem und inkomplettem Datensatz zum Behandlungsende zu vergleichen. Hier zeigten sich dann besonders in krankheitsbezogenen Merkmalen zum teil signifikante Unterschiede. Der Krankheitszustand der Patienten mit inkomplettem Datensatz war am Behandlungsende deutlich schwerer, die Psychopathologie deutlich ausgeprägter und die Zustandsänderung im Behandlungsverlauf negativer bewertet als bei den Patienten mit komplettem Datensatz. Auch brachen Patienten mit inkomplettem Datensatz die Behandlung hoch signifikant häufiger ab. Dies macht deutlich, dass in zukünftigen Studien hinsichtlich der Bedeutung von Drop-outs nicht nur ein Vergleich der Daten zu Behandlungsbeginn, sondern auch eine differenzierte Betrachtung der fremdbeurteilten Merkmale am Behandlungsende erforderlich ist.

Von Januar bis Dezember 2004 wurde der Fokus auf die berufliche und private Lebenssituation der Patienten gelegt. Die Selbsteinschätzung der Patienten erfolgte mit einem eigens dafür vom Autor zusammengestellten Fragebogen, den die Patienten zu Behandlungsbeginn ausfüllten. Hierdurch konnte ein detailreiches Bild von der Lebenssituation der Tagesklinikpatienten und diesbezüglicher Unterschiede zwischen den Frauen und Männern gezeichnet werden. Aufgrund der relativ kleinen Zahl von 67 Behandlungsepisoden, die berücksichtigt werden konnte, waren in dieser Stichprobe die Möglichkeiten statistischer Untersuchungen begrenzt.

Frauen und Männer unterschieden sich in der Verteilung auf die einzelnen Diagnosekategorien. Somit ist es möglich, dass Unterschiede zwischen Frauen und Männer durch diagnoseabhängige Faktoren beeinflusst sind. Aus diesem Grund wurden signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern in einem zweiten Schritt nochmals für die vier häufigsten Diagnosekategorien (ICD-10 F2, F3, F4, F6) untersucht.

Es zeigte sich, dass die aufgezeigten Unterschiede nicht in allen Diagnosekategorien repliziert werden konnten (siehe Tabelle 3-4 und Tabelle 3-22). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Stichprobengrößen in den einzelnen Diagnosekategorien relativ klein waren, sodass Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der statistischen Analyse nicht mehr das Signifikanzniveau erreichten. Hier wäre eine Untersuchung an größeren diagnoseeinheitlichen Stichproben erforderlich.

In diesem Zusammenhang ist auch kritisch zu reflektieren, dass es sich bei den übergeordneten Krankheitskategorien des ICD-10 nicht um einheitliche Krankheitsbilder handelt. So ist es sicherlich bedenklich, Patienten mit einer manischen

oder bipolaren Störung gemeinsam mit Patienten, die unter depressiven Episoden leiden, unter eine Kategorie »affektive Störungen« zu subsumieren. Aus diesem Grund wurde in Abschnitt 3.1 differenziert aufgeführt, aus welchen Störungsbildern sich die Patienten in den übergeordneten Kategorien zusammensetzen. Für eine differenzierte Untersuchung von geschlechtsabhängigen Unterschieden bei einzelnen psychischen Störungen seien weitergehende Untersuchungen an größeren Stichproben angeregt.

## 4.2 Die private und berufliche Lebenssituation von Frauen und Männern in der Tagesklinik

In unserer Tagesklinik wurden im Untersuchungszeitraum deutlich mehr Frauen als Männer behandelt. Im Unterschied hierzu ist die Geschlechterverteilung bei den poliklinisch oder stationär behandelten Patienten laut statistischen Jahresberichten der Medizinischen Hochschule Hannover fast ausgeglichen. Dies könnte dafür sprechen, dass das tagesklinische Behandlungssetting – ähnlich wie es für die ambulante Psychotherapie bekannt ist – besonders von Frauen angenommen wird.

Das Behandlungsangebot der Tagesklinik könnte weiblichen Ressourcen entgegen kommen, die als Beziehungsspezialistinnen sozialisiert werden [145; 162], sozial geschickter sind, sich anderen schneller mitteilen und mehr an Beziehungsthemen interessiert sind und auf intimere Weise reagieren [15; 257; 259; 331; 336]. Führt man sich den Wochenplan der Psychiatrischen Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover vor Augen (siehe Tabelle 1-4), fällt ein Überwiegen von verbalen und kreativen Gruppen ins Auge (Gesprächsgruppen, Bezugstherapeutengespräche, kreatives Gestalten, Malgruppe, Kochgruppe etc). Diese Gruppenangebote könnten der häufiger bei Frauen zu findenden objektiven Selbstaufmerksamkeit und Lageorientierung (siehe 1.2.2) entgegenkommen und ein habituelles Krankheitsverarbeitungsmuster therapeutisch aufgreifen. Auch geschlechtsabhängige Unterschiede auf kognitiver Ebene (z. B. höhere verbale Kompetenz, rascherer Zugriff und Gebrauch von semantischen und episodischen Informationen des Langzeitgedächtnisses, Produktion und Verständnis komplexer Prosa bei Frauen – siehe Tabelle 1-1) sprechen dafür, dass die tagesklinischen Gruppenangebote Frauen im Durchschnitt mehr entgegenkommen.

Hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale sind die Gemeinsamkeiten der weiblichen und männlichen Tagesklinikpatienten zunächst augenfälliger als die Unterschiede. Zwei Drittel der Patienten sind ledig und fast die Hälfte wohnt allein. Schulbildungs- und Ausbildungsniveau sind relativ hoch. Dem-

gegenüber ist der Anteil von Patienten mit einer Arbeitstätigkeit gering. Über die Hälfte der Patienten ist ohne Arbeitstätigkeit, wobei der Anteil von Männern ohne Arbeitstätigkeit den von Frauen noch übersteigt. Die Verhältnisse in der Allgemeinbevölkerung widerspiegelnd, ist der Anteil von verwitweten Frauen sowie von Frauen in Teilzeitbeschäftigung und im Haushalt höher als bei den Männern. Männer erhalten häufiger ihr Geld durch die Arbeitsverwaltung, während Frauen häufiger Unterhalt durch ihren Partner beziehen. Die Tagesklinik scheint für Patienten und Patientinnen attraktiv zu sein, die keiner geregelten Arbeit nachgehen. Gerade bei diesen Patienten erfüllt die Tagesklinik auch die Funktion der Tagesstrukturierung, die eine ambulante Behandlungsform nicht bieten kann.

Davon ausgehend, dass geschlechtsabhängige Unterschiede in der tagesklinischen Behandlung durch die berufliche und private Lebenssituation vermittelt sein könnten, wurde in der vorliegenden Studie an einer Unterstichprobe für das Jahr 2004 untersucht, inwieweit sich Frauen und Männer diesbezüglich unterscheiden.

Hinsichtlich der privaten Lebenssituation fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Der Anteil verheirateter Patienten war mit 20 % deutlich geringer als in der Allgemeinbevölkerung der BRD, wo der Anteil bei 45 % liegt [54]. Wenn eine Partnerschaft bestand, war die Mehrzahl der Patienten mit ihr eher zufrieden. Sowohl für die Frauen als auch für die Männer ergaben sich Hinweise auf eine relative soziale Isolierung. Über die Hälfte der Patienten lebte allein. Die durchschnittliche Haushaltsgröße lag mit 1,75 Personen deutlich unter der der Allgemeinbevölkerung der BRD mit 2,12 Personen [54].

Lebten eigene Kinder im Haushalt, dann handelte es sich zumeist um Einzelkinder. Demgegenüber wachsen in der deutschen Allgemeinbevölkerung 63 % der Kinder, die bei ihren Eltern leben mit einem Geschwister im Haushalt auf [54]. Drei-Generationen-Haushalte fanden sich in unserer Stichprobe nicht.

Die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger spielte in unserer Stichprobe keine wesentliche Rolle, wurde jedoch, wenn sie stattfand, fast ausschließlich von weiblichen Patienten durchgeführt.

In Einklang mit diesen objektiven Hinweisen auf eine relative soziale Isolierung stehen die Befunde hinsichtlich der von den Patienten wahrgenommenen sozialen Unterstützung (siehe 4.4). Dieser Umstand macht die Tagesklinik mit ihrer therapeutischen Gemeinschaft gerade für diese Klientel gegenüber einer ambulanten Behandlung attraktiv und bietet im Sinne einer »Lebensschule« [101] die Möglichkeit, die eigene soziale Kompetenz auszubauen. Gleichzeitig wird durch den Verbleib in den bestehenden sozialen Bezügen die Gefahr gemindert, dass es zu einem Fortschreiten der sozialen Isolierung kommt, wie es für einen längeren vollstationären Aufenthalt denkbar ist.

In der Stichprobe aus dem Jahr 2004 fanden sich weder Frauen noch Männer mit einem Kind unter vier Jahren. Dies kann ein Hinweis dafür sein, dass es gerade bei alleinerziehenden Müttern und Vätern ein Versorgungsproblem für Kinder unterhalb des Kindergartenalters gibt, sodass für eine solche Klientel ein tagesklinischer Aufenthalt schwer zu organisieren ist. Hier wären in Zukunft Betreuungsmöglichkeiten der Kleinkinder zu etablieren, um auch für diese Patienten einen tagesklinischen Aufenthalt zu ermöglichen.

Sechs der sieben Mütter und einer der vier Väter mit eigenen Kindern im Haushalt waren alleinerziehend. Dieser Anteil liegt weit über dem der deutschen Allgemeinbevölkerung, in der nur jede fünfte Eltern-Kind-Gemeinschaft alleinerziehend ist [54]. Das Durchschnittsalter der Kinder von alleinerziehenden Eltern lag in unserer Stichprobe bei zehn Jahren (Range: 4–23 Jahre). Dies spricht dafür, dass das tagesklinische Setting für alleinerziehende Mütter und Väter eine gute therapeutische Option darstellt, wenn die Kinder tagsüber anderweitig (Kindertagesstätten, Horte, Tagesmütter) versorgt werden können. Den Rest des Tages und an den Wochenenden kann dann die Versorgung wieder durch die Mütter und Väter erfolgen.

Die berufliche Situation von Frauen und Männern unterschied sich in der Stichprobe 2004 signifikant. Frauen waren häufiger in Teilzeitbeschäftigung als Männer oder als Hausfrau tätig. Der Anteil von Patienten ohne Arbeitstätigkeit war sowohl bei Frauen als auch bei Männern hoch. Die Hälfte der Patienten war mit ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit und 56% mit ihrer finanziellen Situation unzufrieden. Aufgrund der beschriebenen beruflichen Situation mit einem hohen Anteil von Personen ohne Arbeitstätigkeit und vielen Patienten mit auch schon länger bestehender Arbeitsunfähigkeit sowie der relativen sozialen Isolation waren Interrollenkonflikte zwischen Beruf und Privatleben – sogenannte Spillover-Effekte – nur für einen geringen Teil unserer Patienten von Bedeutung. Für den überwiegenden Anteil könnte eher eine gewisse Rollenarmut bedeutsamer und belastend sein. Wenn Berufstätigkeit bestand, fanden sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern häufiger ein negativer Einfluss des Berufs auf das Familienleben oder private Interessen als umgekehrt.

Neben dem medizinisch-therapeutischem Programm besteht in der Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover auch die Möglichkeit, arbeitstherapeutische Angebote wahrzunehmen und so eine berufliche Rehabilitation vorzubereiten. Die unterschiedliche berufliche Situation von Frauen und Männern sollte bei den möglicherweise unterschiedlichen Bedürfnissen von Frauen und Männern hinsichtlich der rehabilitativen Aspekte der tagesklinischen Behandlung berücksichtigt werden.

### 4.3 Krankheitsbezogene Merkmale von Frauen und Männern in der Tagesklinik

Hinsichtlich der krankheitsbezogenen Merkmale ist zunächst die unterschiedliche Verteilung von Frauen und Männern auf die Diagnosegruppen sowie die häufigere Komorbidität mit einer Suchterkrankung oder einem Substanzmissbrauch bei den Männern auffällig. Der Anteil von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis war bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen, die wiederum anteilig häufiger unter neurotischen, Belastungs-, somatoformen und Persönlichkeitsstörungen litten (siehe 3.1). Eine Vielzahl von psychischen Störungen ist in der Allgemeinbevölkerung zwischen Frauen und Männern ungleich verteilt (siehe Tabelle 1-2), während andere – wie beispielsweise schizophrene Störungen – gleich häufig beobachtet werden. In absoluten Zahlen wurden auch in unserer Stichprobe fast gleich viele Frauen und Männer mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis behandelt (58 Frauen und 65 Männer). Der prozentual geringere Anteil der Frauen in dieser Krankheitsgruppe kommt durch das Überwiegen der Frauen bei den affektiven, neurotischen, Belastungs-, somatoformen und Persönlichkeitsstörungen zustande. Die häufigere Komorbidität mit einer Suchterkrankung oder einem Substanzmissbrauch spiegeln die Verhältnisse in der Allgemeinbevölkerung wider (siehe Tabelle 1-2).

Die Zuweisung zur Behandlung erfolgte bei den Frauen häufiger aus dem ambulanten Bereich oder aus der stationären Psychotherapie. Deutlich mehr Frauen als Männer erhielten im Vorfeld der tagesklinischen Behandlung eine ambulante Psychotherapie. Demgegenüber wurden Männer häufiger als Frauen aus der vollstationären psychiatrischen Behandlung in die Tagesklinik verlegt.

Die allgemeinspsychiatrische Tagesklinik kann als ein Instrument der Krisenintervention oder der Rehabilitation genutzt werden, wobei Mischformen häufig sind. Sie kann eine Alternative zur stationären Behandlung darstellen oder den Übergang von der vollstationären zur ambulanten Behandlung gestalten und damit die stationäre Behandlungsdauer reduzieren. Sie kann die intensivste Form der ambulanten Behandlung darstellen. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Zuweisungsmodus können dafür sprechen, dass die Funktion der Tagesklinik bei Frauen häufiger in einer Intensivierung der ambulanten Behandlung bestand, während bei Männern häufiger der Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung gestaltet wurde. Die unterschiedliche Funktion der tagesklinischen Behandlung könnte auch mit der im Durchschnitt längeren Aufenthaltsdauer der Frauen in der Tagesklinik und dem früheren Behandlungsabbruch bei den Männern in Zusammenhang stehen.

Eine gesetzliche Betreuung bestand bei 8 % der Patienten und war im Verhältnis bei den Männern häufiger als bei den Frauen. 45 % der Patienten mit bestehender gesetzlicher Betreuung litten unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Da die Männer in unserer Stichprobe signifikant häufiger unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis litten als die Frauen, ist die höhere Rate der Betreuungen bei den Männern zumindest mitbedingt durch die unterschiedliche Verteilung auf die Diagnosegruppen.

Die Unterschiede in soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmalen in der Gesamtstichprobe ließen sich in den einzelnen Diagnosegruppen nicht durchgehend replizieren, was teilweise an den zu kleinen Fallzahlen in den einzelnen Kategorien liegen dürfte. Das Muster der Unterschiede in den soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmalen unterschied sich zwischen den einzelnen Diagnosegruppen.

Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Arbeitssituation bei Aufnahme fanden sich nur bei den Patienten mit affektiven, neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Frauen mit einer affektiven Störung waren seltener vollbeschäftigt als Männer. Demgegenüber waren Frauen mit neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störungen häufiger voll- oder teilzeitbeschäftigt als Männer. Dies ist ein Beispiel dafür, dass sich geschlechtsabhängige Unterschiede in verschiedenen Diagnosekategorien abweichend darstellen können.

Die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie unterschied sich zwischen den Geschlechtern nur bei den Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und den affektiven Störungen. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass Psychosenpsychotherapie im Unterschied zur Psychotherapie neurotischer Störungen häufiger bei Frauen durchgeführt wurde. Dies könnte damit in Zusammenhang stehen, dass der Verlauf schizophrener Störungen bei Frauen tendenziell günstiger als bei Männern ist (siehe 1.2.1) und die verbalen, kognitiven und sozialen Ressourcen einen solchen therapeutischen Zugang eher bei den Frauen ermöglichen.

Die Komorbidität mit einer Suchterkrankung oder einem Substanzmissbrauch unterschied sich zwischen Frauen und Männern bei den affektiven, neurotischen, Belastungs- und somatoformen und Persönlichkeitsstörungen – nicht jedoch bei den Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Besonders häufig fand sich eine Suchterkrankung oder ein Substanzmissbrauch bei Männern mit einer Persönlichkeitsstörung.

## 4.4 Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den psychopathologischen und psychosozialen Merkmalen

Für die Untersuchung von Unterschieden zwischen den Geschlechtern in psychopathologischen und psychosozialen Merkmalen konnte dem Studiendesign entsprechend nur eine kleinere Stichprobe über einen Dreieinhalbjahreszeitraum einbezogen werden. In dieser Stichprobe konnten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen lediglich hinsichtlich des Vorhandenseins einer Komorbidität mit einer Suchterkrankung oder eines Substanzmissbrauchs aufgezeigt werden. Tendenziell fanden sich die im vorigen Abschnitt dargestellten Unterschiede, die jedoch – wahrscheinlich auf Grund der Stichprobengröße – nicht das Signifikanzniveau erreichten.

Die Ausprägung der Psychopathologie (GAF) war bei den Männern zu Beginn der Behandlung tendenziell, am Behandlungsende sehr signifikant stärker als bei den Frauen. Dieser Unterschied ließ sich jedoch nur in der Gruppe von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis nachweisen. Des Weiteren war die Effektstärke hinsichtlich der Besserung der Psychopathologie im Behandlungsverlauf bei den Frauen höher als bei den Männern. Diese Befunde fügen sich in die Beobachtung, dass schizophrene Störungen in der Regel bei Frauen einen etwas besseren Verlauf zeigen als bei Männern [127]. Frauen erkranken durchschnittlich vier bis fünf Jahre später als Männer an einer schizophrenen Störung. Frauen haben damit eine höhere Chance sich beruflich, privat und sozial integriert zu haben, was sich wiederum positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken kann.

In der Selbstbeurteilung der Patienten gaben die Frauen in einigen Bereichen (Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, allgemeine psychische Belastung) zu Behandlungsbeginn eine ausgeprägtere Beeinträchtigung an als die Männer, während sich am Behandlungsende keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern fanden. Der Unterschied in der Symptombelastung konnte nur in der Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen nachgewiesen werden, wobei sich die fremdbeurteilte Ausprägung der Psychopathologie nicht unterschied. Die Effektstärken der Veränderungen in der den verschiedenen Skalen der Symptombelastung war jeweils für die Frauen größer als für die Männer. Legt man hinsichtlich der allgemeinen Symptombelastung (GSI) einen Cut-off-Wert von 0,57 fest, dessen Unterschreiten den Normalbereich markiert und für eine klinisch relevante Veränderung einen Differenzwert zwischen Behandlungsbeginn und -ende von  $> 0,42$  [1; 268], dann ergibt sich in der Stichprobe mit vollständigem Datensatz, dass zu Behandlungsbeginn lediglich 13 %

der Frauen und 14 % der Männer in ihrer allgemeinen Symptombelastung im Normalbereich lagen, während es am Behandlungsende 33 % der Frauen und 45 % der Männer waren. Eine klinisch relevante Besserung konnte bei 38 % der Frauen und 32 % der Männer erreicht werden.

In unserer Untersuchung zeigte sich eine Diskrepanz zwischen der fremdbeurteilten Ausprägung der Psychopathologie und der selbstbeurteilten Symptombelastung bei Frauen und Männern. Dieser Befund könnte nahelegen, dass es eine geschlechtstypische Bereitschaft gibt, von Symptomen – insbesondere depressiven oder ängstlichen – zu berichten oder, dass sich die Fähigkeit, bestimmte Symptome bei sich wahrzunehmen, zwischen den Geschlechtern unterscheidet. BRISCOE [57] fand in einer Untersuchung, die sich mit Geschlechtsunterschieden im psychischen Wohlbefinden beschäftigte, dass Frauen sowohl angenehme als auch unangenehme Gefühle häufiger ausdrückten als Männer. Depressive Symptome werden in unserer westlichen Kultur als feminin und unmännlich wahrgenommen [136]. Hieraus könnte die These abgeleitet werden, dass Männer weniger als Frauen bereit seien, ihre Beschwerden zuzugeben. Andere Untersuchungen konnten diese These jedoch nicht stützen. KING u. BUCHWALD [166] konnten zeigen, dass Männer nicht weniger als Frauen gewillt sind, unter öffentlichen Bedingungen von ihren Symptomen zu berichten und weder Männer noch Frauen im privaten Setting von mehr Symptomen als im öffentlichen Setting berichteten. CLANCY u. GOVE [73] untersuchten Fehlerarten, die mit einer größeren oder geringeren Bereitschaft von physischen und psychischen Symptomen bei sich zu berichten zusammenhängen. Sie fanden, dass Männer und Frauen den verschiedenen physischen und psychischen Symptomen gleiche Werte bezüglich der sozialen Akzeptanz zuordneten und es fanden sich auch keine Unterschiede im Bedarf an sozialer Billigung dieser Symptome zwischen den Geschlechtern. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich Frauen und Männer nicht wesentlich in ihrer Bereitschaft, von physischen oder psychischen Symptomen zu berichten, unterscheiden.

Eine Unterscheidung, ob die Diskrepanz zwischen der fremdbeurteilten Ausprägung der Psychopathologie und der selbstbeurteilten Symptombelastung in der vorliegenden Untersuchung auf tatsächliche geschlechtsabhängige Unterschiede im emotionalen Erleben oder Unterschiede im Ausdrucksverhalten zurückzuführen sind, lässt sich aufgrund des Studiendesigns nicht treffen.

Sowohl hinsichtlich der fremdbeurteilten Ausprägung der Psychopathologie als auch in der selbstbeurteilten Symptombelastung ergaben sich in unserer Untersuchung Hinweise, dass die Frauen von der tagesklinischen Behandlung deutlicher profitieren als die Männer. Dies könnte mit der Schwerpunktsetzung auf verbale Therapieangebote, Gruppentherapie und ergotherapeutische Angebote in unserer Tagesklinik in Zusammenhang stehen, die den weiblichen Patienten in der Regel mehr entgegenkommen als den männlichen. Hierbei könnten auch neurokognitive und emotionale Unterschiede zwischen den Geschlechtern eine

Rolle spielen [130; 164]. Ein Hinweis darauf, dass das tagesklinische Angebot den Männern weniger entgegenkommt als den weiblichen, könnte in unserer Untersuchung darin bestehen, dass trotz fehlender Unterschiede im Krankheitsgefühl und in der Krankheitseinsicht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Behandlungsablehnung bestand.

Ein weiterer Grund könnte darin liegen, dass sich die Verteilung von Frauen und Männern auf die einzelnen Diagnosekategorien tendenziell unterschied – mit relativ häufigeren Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei den Männern und häufigeren affektiven Störungen und Angststörungen bei den Frauen. In gesonderten Auswertungen zeigte sich, dass Patienten mit affektiven Störungen und Angststörungen deutlicher von unserem tagesklinischen Angebot profitierten als Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis [59].

Die deutlichere Besserung der fremdbeurteilten Psychopathologie und der selbstbeurteilten Symptombelastung bei Frauen spiegelt sich allerdings nicht in der Einschätzung der Veränderung des psychischen Befindens, des Wohlbefindens und der Zufriedenheit mit der Behandlung – sowohl aus der Perspektive der Patienten als auch aus der der Therapeuten – wider. Diesbezüglich fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Steigerungen der Lebensqualität im Rahmen tagesklinischer Behandlung wurden bereits wiederholt beschrieben [51; 150; 226; 291; 337]. Ein direkter Vergleich unserer Daten mit diesen Studien ist aufgrund von unterschiedlich operationalisierter Lebensqualität nicht möglich. Im Vergleich mit Daten aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe [179] und mit klinischen Stichproben von Patienten mit organischen Störungen wie Hypertonie oder Kardiomyopathie [289] lagen die Mittelwerte in den Bereichen Leistungsvermögen, Genuss- und Entspannungsfähigkeit sowie Kontaktvermögen in unserer Stichprobe zu Beginn der Behandlung deutlich niedriger. Im Verlauf der Behandlung kam es zu hoch signifikanten Besserungen der Lebenszufriedenheit – das Niveau der Normstichprobe wurde jedoch in keinem der Bereiche erreicht. Es fanden sich keine geschlechtsabhängigen Unterschiede in den untersuchten Bereichen der Lebensqualität.

Hinsichtlich von Geschlechtsunterschieden in der Lebensqualität von psychisch Kranken ergibt sich in der Literatur kein klares Bild. LINZER et al. [190] fanden in einer allgemeinmedizinischen Stichprobe, dass die Lebensqualität der Frauen geringer als die der Männer war. Dieser Unterschied ließ sich überwiegend darauf zurückführen, dass Frauen signifikant häufiger als Männer unter affektiven, somatoformen und Angststörungen litten, die sich wiederum negativ auf die Lebensqualität auswirkten. LAUER [180] weist auf eine gegenüber Männern höhere Lebensqualität von Frauen hin, die unter einer schizophrenen Störung leiden. Die Ergebnisse unserer Untersuchung fügen sich besser in die Ergebnisse von Studien ein, die keine geschlechtsabhängigen Unterschiede in der Lebensqua-

lität von Frauen und Männern fanden. In einer multizentrischen Untersuchung in Kanada, Kuba und den USA konnte die höhere Lebensqualität von Frauen, die an einer Schizophrenie erkrankt waren, gegenüber den Männern nicht bestätigt werden [310]. Ebenso fanden MERCIER et al. keine Unterschiede in der Lebensqualität von Männern und Frauen, die unter einer schweren psychischen Störung litten [200].

Geschlechts- und krankheitsabhängige Unterschiede der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und von sozialen Netzwerken sowie deren Veränderungen im Behandlungsverlauf sind vielfach untersucht und beschrieben worden (siehe 1.2.3). Die Mittelwerte der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie sämtlicher Subskalen lagen bei den Patienten unserer Stichprobe deutlich unter denen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe [109]. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede für die Skalen »soziale Integration«, »Reziprozität« und »praktische Unterstützung«.

Hinsichtlich der sozialen Unterstützung kam es in der Gesamtgruppe bei niedrigen Effektstärken zu positiven Veränderungen bei der sozialen Integration, der praktischen Unterstützung, der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, der Reziprozität und dem Vorhandensein einer Vertrauensperson. Die geringen Effektstärken können damit in Zusammenhang stehen, dass es sich bei der wahrgenommenen sozialen Unterstützung um die Überzeugung einer Person von der potenziellen Verfügbarkeit der Unterstützung handelt. Wahrgenommene soziale Unterstützung kann somit als kognitives Personenmerkmal aufgefasst werden [168], das weniger veränderungssensitiv ist als beispielsweise die tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung [110; 171].

In der vorliegenden Studie zeigte sich nur hinsichtlich der Reziprozität der sozialen Unterstützung zu Behandlungsbeginn ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern. Allein in diesem Bereich erreichten Männer im Behandlungsverlauf deutlichere Veränderungen als die Frauen, was mit dem geringeren Ausgangsniveau zu Beginn und damit dem größeren Veränderungspotenzial zusammenhängen dürfte. In allen anderen Bereichen der sozialen Unterstützung konnten die Frauen deutlichere Veränderungen als die Männer erzielen. Während die Männer lediglich hinsichtlich der sozialen Integration signifikante Verbesserungen erreichten, konnten die Frauen darüber hinaus Verbesserungen in der praktischen Unterstützung, dem Vorhandensein einer Vertrauensperson, der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und eine Abnahme der sozialen Belastung erreichen.

Geschlechtsabhängige Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung wurden vielfach beschrieben (siehe 1.2.2). In unserer Untersuchung bildeten sich diese jedoch kaum ab. Allerdings fanden sich Hinweise, dass Frauen im Muster ihrer Coping-Mechanismen mehr als Männer von der tagesklinischen Behandlung profitieren konnten. Während es bei den Männern nur zu eine Abnahme von

depressiver Verarbeitung und ineffektiven Coping kam, konnten die Frauen darüber hinaus Zunahmen von aktivem problemorientierten Coping, Ablenkung und Selbstaufbau und effektivem Coping sowie eine Abnahme von Bagatellisierung und Wunschdenken erreichen.

Hinsichtlich der sozialen Funktionen zeigten Männer zu Behandlungsbeginn größere Einschränkungen in der Alltagsgestaltung als Frauen. Am Behandlungsende bestanden bei den Männern signifikant größere Einschränkungen im sozialen Kontext (DAS-S) als bei den Frauen. Unsere Befunde sprechen dafür, dass die Ressource der sozialen Unterstützung bei Frauen im Rahmen der tagesklinischen Behandlung weiter ausgebaut wird als bei Männern. Dieses Ergebnis ist im Einklang mit der Studie von Gearhart, in der gezeigt werden konnte, dass die weiblichen Patienten in einem teilstationären Behandlungssetting größere Fortschritte in ihrer sozialen Funktion erreichen konnten als die Männer [116].

## **4.5 Die Bedeutung der Geschlechtlichkeit des Menschen für ein Verständnis psychischer Störungen und deren Behandlung**

In der vorliegenden Untersuchung konnte aufgezeigt werden, dass es neben vielen Gemeinsamkeiten in personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen auch einige Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der psychiatrischen Tagesklinik gibt. Es stellt sich somit die Frage, warum diese geschlechtsabhängigen Unterschiede vorhanden sind bzw., wie es zu ihnen kommen kann. Die vorliegende Studie ist nicht auf eine ätiologische Klärung der aufgezeigten geschlechtsabhängigen Unterschiede ausgelegt, sodass an dieser Stelle nur über mögliche Ursachen spekuliert werden kann.

Mit möglichen Erklärungs- und Verständnisversuchen eng verknüpft ist das Konzept der Geschlechtlichkeit des Menschen (siehe 1.1) auf das man sich hierbei bezieht. Nimmt man ein biologisches Modell der Geschlechtlichkeit des Menschen an, so lässt sich dies sinnvoll mit biologischen Theorien der Ätiopathogenese und Therapie psychischer Störungen verknüpfen, während ein psychosoziales Verständnis der Geschlechtlichkeit auch psychosoziale Einflüsse nahelegt. Dies soll am Beispiel der Geschlechterverteilung depressiver Störungen kurz erläutert werden. In unserer Tagesklinik wurden deutlich mehr Frauen behandelt, die unter einer affektiven Störung litten als Männer. Da aus großen epidemiologischen Untersuchungen bekannt ist, dass Frauen etwa doppelt so häufig unter depressiven Störungen leiden wie Männer, liegt die Annahme nahe, dass die Geschlechterverteilung affektiver Störungen in unserer Tagesklinik durch die

Verteilung in der Allgemeinbevölkerung bedingt ist, wobei Selektionseffekte zu berücksichtigen sind, zum Beispiel ein geschlechtsabhängiges Inanspruchnahmeverhalten für psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung.

Für die Geschlechtsverteilung depressiver Störungen in der Allgemeinbevölkerung können verschiedene Hypothesen gebildet werden, die biologischen, psychologischen, soziokulturellen und konstruktivistischen Modellen der Geschlechtlichkeit des Menschen zugeordnet werden können (siehe Tabelle 4-1).

**Tab. 4-1: Hypothesen zur Ätiopathogenese der Geschlechterverteilung depressiver Störungen mit den korrespondierenden Modellen der Geschlechtlichkeit des Menschen [58;60;129;161;211;218]**

<b>Modelle der Geschlechtlichkeit des Menschen</b>	<b>Hypothesen zur Ätiopathogenese der Geschlechterverteilung depressiver Störungen</b>
Biologische und neurokognitive Modelle	Genetische Faktoren (x-chromosomaler Erbgang in einigen Familien; multifaktorielle Schwellenmodelle mit stärkeren genetischen Abweichungen bei depressiven Männern) Endokrine Faktoren (Prämenstruelles Syndrom, postpartale Depression, menopausale Depression, Einfluss der Geschlechtshormone auf die HPA-Achse und auf den Serotoninstoffwechsel) Neurostrukturelle und -funktionelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern (z. B. Unterschiede in der Funktion des limbischen Systems)
Psychoanalytische und psychodynamische Modelle	Triebdynamische Konzepte, Objektbeziehungstheorie, Ich- und Selbstpsychologische Konzepte Geringeres Selbstwertgefühl bei Frauen Größere Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von interpersonellen Beziehungen bei Frauen Ausgeprägter Narzissmus bei Frauen Geschlechtstypische Mutter-Kind-Beziehung
Verhaltens- und kognitionspsychologische Modelle	Geschlechtstypische Verstärkersysteme und Verstärkerwirksamkeiten in Folge einer geschlechtstypischen Persönlichkeitsentwicklung Das kognitive Geschlechtsschema in der heutigen Zeit begünstigt die negative kognitive Triade [20] und begünstigt Konstellationen die zu erlernter Hilflosigkeit [284] führen können Geschlechtstypische kognitive Stile (Rumination häufiger bei Frauen)
Soziokulturelle Modelle	Depressiogene Wirkung der Hausarbeit Geringere Berufstätigkeit bei Frauen und dadurch Verlust eines Verstärkersystems Rollenüberlastung durch Beruf, Hausarbeit, Kindererziehung, Pflege von Angehörigen Höhere Armut unter Frauen Gewalt – insbesondere sexuelle – und Diskriminierung von Frauen Protektivere Wirkung der Ehe für Männer Höhere gesellschaftliche Akzeptanz von Alkoholkonsum bei Männern
Konzept der Androgynie und konstruktivistische Modelle	Artefakthypothese (u. a. Variablen des Klassifikationssystems und der diagnostischen Instrumente, geschlechtstypisches Hilfesuchverhalten, geschlechtstypische soziale Interaktionen zwischen Patient und Behandler)

Depressive Störungen haben eine multifaktorielle Ätiopathogenese, bei der sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren eine gewichtige Rolle spielen. Hinsichtlich des Verständnisses der epidemiologischen Befunde zur Geschlechterverteilung depressiver Störungen haben sich die psychosozialen und kulturellen Faktoren als besonders fruchtbar erwiesen [60; 211].

Natürlich spiegeln sich diese auch auf der biologischen Ebene wider bzw. haben dort ihre Entsprechungen. Der soziologische Begriff der Geschlechtsrolle sowie die verschiedenen psychologischen Modelle, wie diese vom Individuum erworben wird, stehen im Mittelpunkt des Verständnisses, warum Frauen häufiger als Männer an depressiven Störungen erkranken. Soziologische Modelle können jedoch nicht ohne Rückgriff auf biologische und psychologische Theorien erklären, warum nur ein kleiner Teil der Menschen, die pathogenen psychosozialen Bedingungen ausgesetzt sind, tatsächlich eine depressive Störung entwickeln, und warum andere Personen trotz Fehlen dieser Bedingungen erkranken. Damit bestimmte Situationen zu einer depressiven Störung führen, muss eine entsprechende Prädisposition vorhanden sein.

Nur in den seltensten Fällen sind geschlechtsabhängige Unterschiede bei psychiatrischen Erkrankungen allein auf biologischer Ebene erklärbar. Das Lesch-Nyhan-Syndrom ist ein Beispiel, bei dem das fast ausschließliche Auftreten dieser neuropsychiatrischen Erkrankung beim männlichen Geschlecht auf den X-chromosomal rezessiven Erbgang, zurückzuführen ist. Die Ursache für die Geschlechterverteilung ist in diesem Fall der biologischen Ebene zuzuordnen und hier wiederum dem chromosomalen Geschlecht [58].

Bei den in unserer Untersuchung aufgezeigten geschlechtsabhängigen Unterschieden erscheint hingegen ein umfassendes Modell der Geschlechtlichkeit des Menschen adäquat. Dieses kann sich an das *indirect effects model* (siehe 1.1.2.2) anlehnen, dem zufolge biologische Faktoren direkten Einfluss auf Persönlichkeitsmerkmale und das Temperament einer Person haben und hierdurch indirekt auch die Geschlechtsrollenidentität einer Person beeinflussen können.

Das Temperament und die Persönlichkeitseigenschaften beeinflussen dann, wie ein Individuum seine Umwelt wahrnimmt, wie es mit ihr interagiert und welche Beziehungen und Bindungen es wählt. Der Einfluss psychosozialer Faktoren kann sich dann wiederum auf der biologischen Ebene abbilden – zum Beispiel in Form von veränderten neuronalen Netzwerken. Es wird somit von einer ausgeprägten Gen-Umwelt-Interaktion ausgegangen.

Geschlechtsabhängige Unterschiede hinsichtlich der Auftrittswahrscheinlichkeit und des Verlaufs psychischer Störungen können dann in diesem Zusammenspiel von biologischen und psychosozialen Faktoren resultieren. Dieser Ansatz ist auch gut mit dem Konzept der Androgynie zu vereinbaren, nach dem Maskulinität und Femininität als zwei unabhängige Dimensionen der Geschlechtsrollenidentität verstanden werden.

Hinsichtlich der nachfolgenden Implikationen für die Praxis ist somit von diesem komplexen Modell der Geschlechtlichkeit des Menschen auszugehen, das die biologische, psychische und soziale Ebene einbezieht.

## 4.6 Implikationen für die Praxis

Unsere Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die tagesklinische Behandlung besonders für Frauen attraktiv ist, was sich in der höheren Inanspruchnahme dieser Behandlungsform zeigt, und darin, dass Frauen tendenziell stärker von der Behandlung profitieren als Männer.

Neben dem Geschlecht kann sich eine Anzahl von Faktoren auf den Behandlungsverlauf und das Therapieergebnis tagesklinischer Behandlung auswirken, von denen in unserer naturalistischen Studie nur die wichtigsten kontrolliert werden konnten. Um nur einige zu nennen: biologische Prädispositionen, Persönlichkeitsfaktoren, Temperament, lebensgeschichtliche, insbesondere frühkindliche Erfahrungen und Traumatisierungen, Geschlechtsrollenidentität, Geschlechtsrolle im sozialen System, Art und Ausprägung der psychischen Störung, Komorbidität, Bildungsniveau, soziales Umfeld und soziale Unterstützung, sozioökonomische Bedingungen, persönliche Lebenslage, vorausgegangene Therapieerfahrungen, therapeutische Beziehung, Mitpatienten etc.

Diese Faktoren interagieren wiederum miteinander und der Einfluss geschlechtsabhängiger Merkmale kann durch andere Faktoren überdeckt werden. Andererseits können sich geschlechtsabhängige Merkmale indirekt vermittelt durch andere Faktoren auf die tagesklinische Behandlung und deren Ergebnis auswirken.

In der klinischen Praxis ist es unumgänglich, die verschiedenen Faktoren im Einzelfall zu überblicken und zu gewichten. Eine ausführliche biografische Anamnese inklusive der psychosexuellen Entwicklung, die Krankheitsvorgeschichte sowie die Exploration der gegenwärtigen psychosozialen Situation sind für die Therapieplanung von zentraler Bedeutung.

Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass das verbal-, gruppen- und ergotherapeutisch ausgerichtete Behandlungsangebot, das in unserer Tagesklinik den Schwerpunkt bildet, häufiger den mit dem weiblichen Geschlecht assoziierten Ressourcen entgegenkommt. Des Weiteren erscheint dieses Programm für Patienten, die unter einer affektiven oder neurotischen bzw. psychoreaktiven Störung leiden erfolgreicher, als bei Patienten mit einer schizophrenen Störung, die durch therapeutische Gruppen, die Beziehungsaufnahme und emotionale Öffnung ermöglichen sollen (z. B. Gesprächs- und Malgruppe) teilweise überfordert sind [281]. Im Einzelfall muss hier geschaut werden, ob ein mehr handlungs-

und körperbezogenes Therapieprogramm (z. B. Arbeitstherapie, Laufgruppe, Kochgruppe, sozialarbeiterische Infogruppe) und psychoedukative Gruppen eine sinnvolle Alternative darstellen.

Wie es nicht den Mann, die Frau oder den Schizophrenen gibt, so auch nicht die Tagesklinik. Es macht somit wenig Sinn, geschlechts- oder diagnoseabhängige Zuordnungen zu therapeutischen Programmen zu treffen. So gibt es natürlich Männer mit viel Empathie, Introspektionsfähigkeit und guten verbalen Fähigkeiten, die von einem psychodynamisch orientierten Gruppenangebot sehr profitieren können. Und auch bei den einzelnen Diagnosen gibt es abhängig von der Ausprägung der Symptomatik, von Verlaufsparemtern und Persönlichkeitseigenschaften eine große Bandbreite, die unterschiedliches therapeutisches Vorgehen erforderlich macht. Die tagesklinische Behandlung sollte deshalb unter Berücksichtigung geschlechts- und störungsabhängiger Merkmale vor allem personenorientiert erfolgen. Wesentlich erscheint, ein ausreichend flexibles Behandlungsangebot vorzuhalten, um den individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Soweit möglich sollten hierbei evidenzbasierte Therapiebausteine für bestimmte psychische Störungen implementiert werden. Dies stößt bei allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken allerdings leicht an ökonomische Grenzen, da hierfür ein erhöhter Bedarf an räumlichen und personellen Ressourcen besteht. Die hier vorgestellte Tagesklinik ist räumlich in den Gebäudekomplex der stationären Psychiatriestationen integriert. Hier wäre eine Integration stationärer und (teil-)stationärer Behandlungsangebote, wie es für den Bereich der Arbeitstherapie bereits verwirklicht ist, zur Nutzung von Synergieeffekten und Einsparung von Ressourcen vorteilhaft.

Ein weiteres Ergebnis unserer Studie war, dass alleinerziehende Eltern mit Kindern im Alter von mindestens vier Jahren relativ häufig die tagesklinische Behandlungsform für sich nutzten. Demgegenüber gab es keine Eltern, deren Kinder das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Dies deutet darauf hin, dass die Versorgung der kleinen Kinder während einer teilstationären Behandlung schwer zu organisieren ist. Auf dieses Problem wurde bereits im Rahmen von teilstationären Suchtbehandlungen hingewiesen [156]. Um auch für diese Klientel ein tagesklinisches Behandlungsangebot machen zu können, wäre eine der Tagesklinik angegliederte Betreuungseinrichtung, bei der die Möglichkeit bestünde, im Bedarfsfalle, den Mutter-Kind-Kontakt zu ermöglichen (beispielsweise zum Stillen), ideal. Denkbar wäre hierbei im Falle unserer Tagesklinik eine enge Zusammenarbeit mit der auf dem Gelände vorhandenen Kinderklinik.

Wie in der Literatur berichtet (siehe 1.3.1) ist es in den letzten Jahren bei der tagesklinischen Behandlung in Deutschland zu einem Anstieg der psychischen Störungen gekommen, die in der Allgemeinbevölkerung häufiger bei Frauen auftreten – den depressiven und neurotisch bzw. psychoreaktiven Störungen. Der Anteil von schizophren und wahnhaft Erkrankten in tagesklinischen Behand-

lungen ist demgegenüber zurückgegangen. Dies spiegelt sich auch in der Klientel der hier vorgestellten Tagesklinik wider. Dies könnte nun dahingehend gedeutet werden, dass dies ein sinnvoller Trend ist, da Patienten mit affektiven und neurotischen bzw. psychoreaktiven Störungen besonders gut von der tagesklinischen Behandlung zu profitieren scheinen. Hierbei ist jedoch kritisch zu hinterfragen, ob die unterschiedlichen Behandlungsergebnisse mit diagnoseabhängigen Verlaufsformen und einem nicht auf die Behandlung schizophrener oder wahnhaft gestörter Patienten abgestimmten Therapieangebot zusammenhängen. Allgemeinpsychiatrische Tageskliniken geraten hierdurch in Konkurrenz zu schwerpunktmäßig psychotherapeutischen/psychosomatischen Tageskliniken sowie zu ambulanten Behandlungsformen [23; 24; 98; 99]. Im angloamerikanischen Raum hat dies bereits dazu geführt, dass die Zahl der psychiatrischen Tageskliniken wieder rückläufig ist [99]. Unter diesem Aspekt wäre eine Konzentration auf das klassische Kerngebiet tagesklinischer Behandlung – die Behandlung von schwer und chronisch erkrankten Patienten als Alternative zur vollstationären Behandlung – sinnvoll. Dies würde eine Stärkung von handlungs- und körperbezogenen sowie psychoedukativen Therapieprogrammen und tagesstrukturierenden Maßnahmen erforderlich machen.

Eine weitere Möglichkeit der personenorientierten Behandlung unter Berücksichtigung geschlechts- und diagnoseabhängiger Aspekte könnte in der Integration eines tagesklinischen Behandlungsprogramms in die sozialpsychiatrische Poliklinik bzw. Institutsambulanz darstellen. Das tagesklinische Behandlungsangebot könnte durch die bereits bestehenden differenzierten sozio- und ergotherapeutischen Gruppenangebote der Institutsambulanz ergänzt und flexibel auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden. Des Weiteren wäre es möglich, therapeutische Konstanz zu wahren, indem der in der Institutsambulanz zuständige Bezugstherapeut auch während des tagesklinischen Behandlungsangebots für Einzelkontakte zuständig bleiben könnte. Im Bedarfsfalle könnten auch spezifische Frauen- oder Männergruppen – wie das sog. »Frauen-Café« des angegliederten sozialpsychiatrischen Treffpunkts – genutzt werden. Wenn das Erkrankungsbild eine intensive medizinische Heilbehandlung im Rahmen des tagesklinischen Programms nicht mehr erforderlich macht, könnte ein fließender Übergang in die ambulante Behandlung evtl. unter flankierenden Eingliederungshilfen, wie ambulant betreutes Wohnen oder Teilnahme am Programm von Tagesstätten, erfolgen.

Die Integration eines tagesklinischen Programms in eine sozialpsychiatrische Poliklinik bzw. Institutsambulanz würde bei Bedarf auch aufsuchende Hilfen durch die Therapeuten vereinfachen bzw. ermöglichen. Durch ein solches stark auf die Intensität der Therapiebedürfnisse und -erfordernisse abgestimmtes System könnte unter Nutzung von Synergieeffekten auf ökonomische Weise ein personenzentriertes Behandlungsangebot etabliert werden, von dem Frauen und

Männer gleichermaßen profitieren. Eine vergleichende Untersuchung zwischen einem solchen tagesklinischen Behandlungsangebot und anderen tagesklinischen Einrichtungen hinsichtlich geschlechtsabhängiger Unterschiede wäre eine lohnende Aufgabe für die Zukunft.

## 5 Zusammenfassung

Die Geschlechtlichkeit des Menschen in ihrer Bedeutung für das Auftreten, den Verlauf, die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen fand in den letzten Jahren im psychiatrischen Schrifttum zunehmende Berücksichtigung. Das Behandlungssetting und insbesondere die tagesklinische Therapie wurden in den Studien jedoch kaum berücksichtigt.

Ausgehend von einer Reflexion über die Geschlechtlichkeit des Menschen und einer Zusammenschau der aktuellen tagesklinischen Forschungsergebnisse wurden folgende Fragestellungen untersucht: Unterscheiden sich Männer und Frauen in der psychiatrischen Tagesklinik in personen- und krankheitsbezogenen Aspekten sowie hinsichtlich psychopathologischer und psychosozialer Merkmale? Steht das Outcome der tagesklinischen Behandlung in Zusammenhang mit dem Geschlecht der Patienten? Welche Rolle spielt die berufliche und private Lebenssituation für die tagesklinische Behandlung und unterscheidet sich diese zwischen den Geschlechtern? Welches Modell der Geschlechtlichkeit des Menschen ist für das Verständnis von Geschlechtsunterschieden in der tagesklinischen Behandlung am fruchtbarsten?

### Methode

Über einen Fünfeinhalbjahreszeitraum wurden in einer prospektiven naturalistischen Studie bei den Patienten der Psychiatrischen Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover Daten zum Ausgangsniveau und zu Veränderungen von personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen erhoben und auf etwaige geschlechtsabhängige Unterschiede untersucht. In Unterstichproben wurde auf spezielle psychopathologische und psychosoziale Merkmale sowie auf die private und berufliche Lebenssituation der Patienten fokussiert. Hierbei wurde neben der Fremdbeurteilung durch die Therapeuten auch die Patientenperspektive berücksichtigt. 511 Behandlungsepisoden (62 % Frauen, 38 % Männer) konnten in die Untersuchung eingeschlossen werden. Das durchschnittliche Alter lag bei 38 Jahren. Die Hauptdiagnose der Patienten verteilte sich auf folgende ICD-10 Diagnosekategorien: F2: 24 %, F3: 36 %, F4: 21 %, F6: 15 % und sonstige psychische Störungen: 4 %.

## Ergebnisse

Neben vielen Gemeinsamkeiten unterschieden sich Frauen und Männer in verschiedenen personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen: Frauen waren häufiger als Männer teilzeitbeschäftigt oder im Haushalt tätig und bezogen ihren Unterhalt häufiger durch den Partner. Sie waren häufiger verwitwet. Die Zuweisung in die Tagesklinik erfolgte häufiger durch den Hausarzt, durch eine psychotherapeutische Klinik oder eigenständig. Mehr Frauen als Männer erhielten eine psychotherapeutische Behandlung im Vorfeld der tagesklinischen Therapie.

Männer waren häufiger als Frauen ohne Arbeitstätigkeit und bezogen ihren Unterhalt durch die Arbeitsverwaltung. Mehr Männer als Frauen wurden aus der vollstationären Behandlung in die Tagesklinik verlegt. Männer standen häufiger unter gesetzlicher Betreuung. Für beiderlei Geschlecht ergaben sich Hinweise auf eine relative soziale Isolation und Rollenarmut. Die Tagesklinik wurde relativ häufig von Alleinerziehenden mit Kindern, die älter als drei Jahre alt waren, genutzt.

Frauen litten häufiger unter einer affektiven Erkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung, während bei Männern Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis häufiger waren sowie eine komorbide Sucht oder ein Substanzmissbrauch. Mehr Frauen als Männer wurden in der Tagesklinik behandelt. Sowohl hinsichtlich der psychopathologischen als auch der psychosozialen Merkmale ergaben sich Hinweise, dass Frauen stärker von der tagesklinischen Behandlung profitierten als Männer. Es konnte gezeigt werden, dass diese Unterschiede zum Teil in den verschiedenen Diagnosekategorien differierten.

## Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde Wert darauf gelegt, neben der Fremdbeurteilung durch die Therapeuten auch die Patientenperspektive zu berücksichtigen. Während die Fremdbeurteilung nahezu komplett durchgeführt werden konnte, wurden die Selbstbeurteilungsbögen von den Patienten häufig nur unvollständig oder auch gar nicht ausgefüllt. Die Konsequenzen für die Verallgemeinerbarkeit der Studienergebnisse werden kritisch diskutiert. Die aufgezeigten geschlechtsabhängigen Unterschiede in personen- und krankheitsbezogenen Merkmalen werden im Zusammenhang mit den in der Literatur vorliegenden Befunden erörtert und Anregungen für weitergehende Studien gegeben. Für ein Verständnis der aufgezeigten geschlechtsabhängigen Unterschiede erwies sich ein komplexes Modell der Geschlechtlichkeit des Menschen am geeignetsten, das die biologische,

psychische und soziale Ebene einbezieht. Implikationen für die tagesklinische Praxis werden gezogen und für eine personenorientierte Behandlung unter Berücksichtigung geschlechts- und diagnoseabhängiger Aspekte plädiert.

# Literatur

- 1 AGARWALLA P, KÜCHENHOFF J (2004) Teilstationäre Psychotherapie. Ergebnisse, Katamnese, Einflussfaktoren. *Psychotherapeut* 49: 261–271
- 2 AGRAWAL A, JACOBSON KC, PRESCOTT CA, KENDLER KS (2002) A twin study of sex differences in social support. *Psychological Medicine* 32: 1155–1164
- 3 ALFERMANN D, REIGBER D, TURAN J (1999) Androgynie, soziale Einstellungen und psychische Gesundheit: Zwei Untersuchungen an Frauen im Zeitvergleich. In: BOCK U, ALFERMANN D (Hg.) *Querelles – Jahrbuch für Frauenforschung 1999: Androgynie. Vielfalt der Möglichkeiten*: 142–155
- 4 ALTEMUS M, ARLEO E (1999) Modulation of anxiety by reproductive hormones. In: LEIBENLUFT E (Hg.) *Gender differences in mood and anxiety disorders – From bench to bedside*. American Psychiatric Press, New York: 53–89
- 5 AMENSON CS, LEWINSOHN PM (1981) An investigation into the observed sex difference in prevalence of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology* 90: 1–13
- 6 ANGERMEYER MC (1989) Geschlechtsabhängige Variationen im Verlauf schizophrener Krankheit: Eine Übersicht. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 57: 257–266
- 7 ANGERMEYER MC, LAMMERS R (1986) Das soziale Netzwerk schizophrener Kranker. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 34: 100–118
- 8 ANGST J (1987) Epidemiologie der affektiven Psychosen. In: KISKER KP, LAUTER H, MEYER J-E, MÜLLER C, STRÖMGREN E (Hg.) *Psychiatrie der Gegenwart 5: Affektive Psychosen*. Springer, Berlin: 51–66
- 9 ANGST J, DOBLER-MIKOLA A (1984) The Zurich study III. Diagnosis of depression. *European Archives of Psychiatry & Neurological Sciences* 234: 30–37
- 10 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2000) *Das AMDP-System – Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. Hogrefe, Göttingen
- 11 ARRINGTON-SANDERS R, YI MS, TSEVAT J, WILMOTT RW, MRUS JM, BRITTO MT (2006) Gender differences in health-related quality of life of adolescents with cystic fibrosis. *Health & Quality of Life Outcomes* 4: 5
- 12 ASHTON WA, FUEHRER A (1993) Effects of gender and gender role identification of participant and type of social support resource on support seeking. *Sex Roles* 28: 461–476
- 13 BACKENSTRASS M, MUNDT C (2007) Psychotherapie. In: ROHDE A, MARNEROS A (Hg.) *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart: 392–404
- 14 BANKOFF EA (1996) Pre-treatment social support and effective psychotherapeutic process: A panel study. *Psychotherapy* 33: 51–60
- 15 BARBEE AP, GULLEY MR, CUNNINGHAM MR (1990) Support seeking in personal relationships. Special issue: Predicting, activating and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships* 7: 531–540
- 16 BARBIERI NB (1999) Psychoanalytic contributions to the study of gender issues. *Canadian Journal of Psychiatry* 44: 72–76
- 17 BAUMANN I, BLUMENSTOCK G (2005) Impact of gender on general health-related quality of life in patients with chronic sinusitis. *American Journal of Rhinology* 19: 282–287
- 18 BECHDOLF A, KLOSTERKÖTTER J, HAMBRECHT M, KNOST B, KUNTERMANN C, SCHILLER S, PUKROP R (2003) Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 253: 228–235

- 19 BECK AT (1976) Cognitive therapies and the emotional disorders. International University Press, New York
- 20 BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G, HAUTZINGER M (2001) Kognitive Therapie der Depression. Beltz, Weinheim
- 21 BECKER D (2001) Diagnosis of psychological disorders – DSM and gender. In: WORELL J (Hg.) Encyclopedia of women and gender – Sex similarities and differences and the impact of society on gender. Elsevier Academic Press, San Diego: 333–344
- 22 BEEHR TA, FARMER SJ, GLAZER S, GUDANOWSKI DM, NAIR VN (2003) The enigma of social support and occupational stress: source congruence and gender role effects. *Journal of Occupational Health Psychology* 8: 220–231
- 23 BEINE K, ENGFER R, BAUER M (2005) Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie – Quo vadis? *Psychiatrische Praxis* 32: 321–323
- 24 BEINE K, KÜTHMANN A, ENGFER R (2006) Thesenpapier zur Zukunft psychiatrischer Tageskliniken an Allgemeinkrankenhäusern. *Sozialpsychiatrische Informationen* 36: 46–48
- 25 BELLOCH A, PERPINA M, MARTINEZ-MORAGON E, DE DIEGO A, MARTINEZ-FRANCES M (2003) Gender differences in health-related quality of life among patients with asthma. *Journal of Asthma* 40: 945–953
- 26 BEM SL (1974) The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 42: 155–162
- 27 BENENSON JF (1990) Gender differences in social networks. *Journal of Early Adolescence* 10: 472–495
- 28 BENIGHT CC, HARPER ML (2002) Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress* 15: 177–186
- 29 BENNETT D, FOX C, JOWELL T, SKYNNER AC (1976) Towards a family approach in a psychiatric day hospital. *British Journal of Psychiatry* 129: 73–81
- 30 BERENBAUM SA, HINES M (1992) Early androgens are related to childhood sex-typed toy preferences. *Psychological Science* 3: 203–206
- 31 BERENBAUM SA, SNYDER E (1995) Early hormonal influences on childhood sex-typed activity and playmate preferences: Implications for the development of sexual orientation. *Developmental Psychology* 31: 31–42
- 32 BERGER C, BÖCKER FM (2003) Hat die Psychotherapie-Motivation in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik Bedeutung für die Vorhersage des Therapieerfolgs? (abstract). *Nervenarzt* 74: 52
- 33 BERGMANN N (2001) Psychotrope Effekte der Hormonsubstitutionstherapie. In: RIECHER-RÖSSLER A, ROHDE A (Hg.) *Psychische Erkrankungen bei Frauen – Für eine geschlechter-sensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Karger, Basel: 138–164
- 34 BERNARD HR, JOHNSEN EC, KILLWORTH PD, McCARTY C (1990) Comparing four different methods for measuring personal social networks. *Social Networks* 12: 179–215
- 35 BEUTLER LE, MALIK M, ALIMOHAMED S, HARWOOD TM, TALEBI H, SHARON N, WONG E (2004) Therapist variables. In: LAMBERT MJ (Hg.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York: 227–306
- 36 BIERER J (1951) The day hospital: An experiment in social psychiatry and synthoanalytic psychotherapy. Washburn & Sons, London
- 37 BIES RR, BIGOS KL, POLLOCK BG (2004) Gender and antidepressants. In: LEGATO MJ (Hg.) *Principles of gender-specific medicine*. Elsevier Academic Press, Amsterdam: 860–868
- 38 BIJL RV, RAVELLI A, VAN ZESSEN G (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 33: 587–595
- 39 BILLINGS AG, MOOS RH (1985) Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology* 94: 140–153

- 40 BIRBAUMER N, SCHMIDT R (2002) *Biologische Psychologie*. Springer, Berlin
- 41 BISCHOF-KÖHLER D (2004) *Von Natur aus anders – Die Psychologie der Geschlechtlichkeit*. Kohlhammer, Stuttgart
- 42 BISEGGER C, CLOETTA B, VON RUEDEN U, ABEL T, RAVENS-SIEBERER U, European Kidscreen Group (2005) Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial- und Präventivmedizin* 50: 281–291
- 43 BLAND RC, NEWMAN SC, ORN H (1997) Help-seeking for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 42: 935–942
- 44 BOCK U (2004) Androgynie: Von Einheit und Vollkommenheit zu Vielfalt und Differenz. In: BECKER R, KORTENDIEK B (Hg.) *Handbuch Frauen- und Geschlechter-Forschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 99–103
- 45 BOCK U, ALFERMANN D (1999) Androgynie in der Diskussion: Auflösung der Geschlechterrollengrenzen oder Verschwinden der Geschlechter? – Eine Einleitung. In: BOCK U, ALFERMANN D (Hg.) *Androgynie, Vielfalt der Möglichkeiten. Querelles – Jahrbuch für Frauenforschung* 1999: 11–34
- 46 BÖHMER S, RAVENS-SIEBERER U (2005) Das Konzept der Lebensqualität in der gesundheitsbezogenen Forschung. In: SCHWARZER R (Hg.) *Enzyklopädie der Psychologie. Band 1: Gesundheitspsychologie*. Hogrefe, Göttingen: 369–386
- 47 BOSCH G (1971) Zur Indikation tagesklinischer Behandlung. *Nervenarzt* 42: 457–466
- 48 BOSCH G, STEINHART I (1983) Entwicklung und gegenwärtiger Stand der tagesklinischen Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland. In: BOSCH G, VELTIN A, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*. Rheinland Verlag, Köln: 11–36
- 49 BOUHUYS AL, GEERTS E, GORDIJN MC (1999) Gender-specific mechanisms associated with outcome of depression: perception of emotions, coping and interpersonal functioning. *Psychiatry Research* 85: 247–261
- 50 BOWMAN DG, SCOGIN F, FLOYD M, MCKENDREE-SMITH N (2001) Effect of therapist sex on outcome of psychotherapy: A meta-analysis. *Psychotherapy* 38: 141–148
- 51 BRAMESFELD A, ADLER G, BRASSEN S, SCHNITZLER M (2001) Day-clinic treatment of late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16: 82–87
- 52 BRAUS DF, LEHMBECK J (2007) *Bildgebung*. In: ROHDE A, MARNEROS A (Hg.) *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart: 337–351
- 53 BREEDLOVE SM (1994) Sexual differentiation of the human nervous system. *Annual Review of Psychology* 45: 389–418
- 54 BREIHZOLZ H, DUSCHEK K-J, HANSCH E (2005) *Leben und Arbeiten in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2004*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- 55 BRIEGER P, RÖTTIG S, MARNEROS A (2004) Lebensqualität bei unipolar depressiven und bipolar affektiven Patienten. *Psychiatrische Praxis* 31: 304–309
- 56 BRISCOE J, MCCABE R, PRIEBE S, KALLERT T (2004) A national survey of psychiatric day hospitals. *Psychiatric Bulletin* 28: 160–163
- 57 BRISCOE M (1982) Sex differences in psychological well-being. *Psychological medicine Monograph supplement* 1: 1–46
- 58 BRÜGGEMANN BR, GARLIPP P (2005) Die Geschlechtlichkeit des Menschen – Ihre Bedeutung für ein Verständnis psychischer Störungen. *Nervenheilkunde* 24: 819–828
- 59 BRÜGGEMANN BR, GARLIPP P, HALTENHOF H, SEIDLER KP (2006) Profitieren Patienten aus verschiedenen Diagnosegruppen gleichermaßen von der Behandlung in einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik? – Eine prospektive Längsschnittuntersuchung über 3½ Jahre (abstract). *Nervenarzt* 77 (Suppl 3): 435–436
- 60 BRÜGGEMANN BR, HALTENHOF H (2002) Der Beitrag soziokultureller Faktoren zum Verständnis der Geschlechterverteilung depressiver Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 50: 101–132

- 61 BRÜGGEMANN BR, ROHDE GO, SEIDLER KP, GARLIPP P, HALTENHOF H (2003) Evaluation tagesklinischer Behandlung im Verlauf unter besonderer Berücksichtigung von Lebenszufriedenheit, Krankheitsverarbeitung und sozialer Unterstützung (abstract). *Nervenarzt* 74 (Suppl 2): 308
- 62 BRÜGGEMANN BR, ROHDE GO, SEIDLER KP, GARLIPP P, HALTENHOF H (2004) Psychopathologische und psychosoziale Merkmale als Indikatoren der Ergebnisqualität tagesklinischer Behandlung (abstract). *Nervenarzt* 75 (Suppl 2): 362
- 63 BUCHWALD D, PEARLMAN T, KITH P, SCHMALING K (1994) Gender differences in patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of General Internal Medicine* 9: 397–401
- 64 BURDA PC, VAUX A, SCHILL T (1984) Social support resources: Variation across sex and sex role. *Personality & Social Psychology Bulletin* 10: 119–126
- 65 BURVILL PW, KNUIMAN MW (1983) The influence of minor psychiatric morbidity on consulting rates to general practitioners. *Psychological Medicine* 13: 635–643
- 66 BUTTLER R (1995) *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts*. Berlin Verlag, Berlin
- 67 BUTTLER R (1991) *Das Unbehagen der Geschlechter*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- 68 BYNE W, SEKAER C (2004) The question of psychosexual neutrality at birth. In: LEGATO MJ (Hg.) *Principles of gender-specific medicine, Volume 1*. Elsevier Academic Press, Amsterdam: 155–166
- 69 CALLAN JE (2001) Gender development. Psychoanalytic perspectives. In: WORELL J (Hg.) *Encyclopedia of women and gender. Sex similarities and differences and the impact of society on gender*. Academic Press, San Diego: 523–536
- 70 CAMERON DE (1947) The day hospital. An experimental form of hospitalization for psychiatric patient. *The Modern Hospital* 69: 60–62
- 71 CHIARELLO C, McMAHON MA, SCHAEFER K (1989) Visual cerebral lateralization over phases of the menstrual cycle: a preliminary investigation. *Brain & Cognition* 11: 18–36
- 72 CHUE P (2004) Gender differences in psychopharmacology. In: LEGATO MJ (Hg.) *Principles of gender-specific medicine*. Elsevier Academic Press, Amsterdam: 145–154
- 73 CLANCY K, GOVE W (1974) Sex differences in mental illness: An analysis of response bias in self-reports. *American Journal of Sociology* 80: 205–216
- 74 CLARKIN JF, LEVY KN (2004) The influence of client variables on psychotherapy. In: LAMBERT MJ (Hg.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York: 194–226
- 75 COLLAER ML, HINES M (1995) Human behavioral sex differences: A role for gonadal hormones during early development. *Psychological Bulletin* 118: 55–107
- 76 CORBALLIS MC, SIDEY S (1993) Effects of concurrent memory load on visual-field differences in mental rotation. *Neuropsychologia* 31: 183–197
- 77 COVENTRY WL, GILLESPIE NA, HEATH AC, MARTIN NG (2004) Perceived social support in a large community sample – age and sex differences. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39: 625–636
- 78 CRAMER LA, RILEY PJ, KIGER G (1991) Support and antagonism in social networks: Effects of community and gender. *Journal of Social Behavior & Personality* 6: 991–1005
- 79 CREED F, BLACK D, ANTHONY P, OSBORN M, THOMAS P, TOMENSON B (1990) Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *British Medical Journal* 300: 1033–1037
- 80 CREED F, MBAYA P, LANCASHIRE S, TOMENSON B, WILLIAMS B, HOLME S (1997) Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 314: 1381–1385
- 81 DAVAR BV (2002) *Mental Health from a gender perspective*. Sage Publications, London
- 82 DE VRIES J, VAN HECK GL, DRENT M (1999) Gender differences in sarcoidosis: symptoms, quality of life, and medical consumption. *Women & Health* 30: 99–114

- 83 DEROGATIS LR (1977) SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. Eigendruck, Johns Hopkins University School of Medicine
- 84 DICK PH, SWEENEY ML, CROMBIE IK (1991) Controlled comparison of day-patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry* 158: 24–27
- 85 DICK P (1985) Day and full time psychiatric treatment: A controlled comparison. *British Journal of Psychiatry* 147: 246–249
- 86 DIEBELS E, TSCHUSCHKE V, BENZ C, GÜNTHER A, SCHMITZ H-J (2004) Aspekte einer aktuellen Bestandsaufnahme psychiatrisch-tagesklinischer Arbeit in Deutschland. In: EIKELMANN B, REKER T (Hg.) *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik – Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart: 19–30
- 87 DILLING H, MOMBOUR W, SCHMIDT MH (2004) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Hans Huber, Göttingen
- 88 DOMEQ C, NARANJO CA, RUIZ I, BUSTO U (1980) Sex-related variations in the frequency and characteristics of adverse drug reactions. *International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy, & Toxicology* 18: 362–366
- 89 DOUGLAS M (1974) Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- 90 DOYÉ S, HEINZ M, KUSTER F (2002) Philosophische Geschlechtertheorien. Ausgewählte Texte von der Antike bis zur Gegenwart. Reclam, Stuttgart
- 91 DUVAL S, WICKLUND RA (1972) A theory of objective self awareness. Academic Press, New York
- 92 DZAGHAROV MA (1937) Experience in organizing a day hospital for mental patients. *Neuropathologi Psikiatri* 6: 137–146
- 93 DZIEWAS H, BOCK T, JOHN U (1983) Die Tagesklinik als Instrument der Krisenintervention. In: BOSCH G, VELTIN A, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*. Rheinland Verlag, Köln: 67–78
- 94 EBNER N, FISCHER G (2004) Psychiatrie. In: RIEDER A, LOHFF B (Hg.) *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*. Springer, Wien: 77–111
- 95 EICHLER T, SCHÜTZWOHL M, GLÖCKNER M, MATTHES C, KALLERT TW (2006) Patientenbewertungen tagesklinischer und vollstationärer akutpsychiatrischer Behandlung – Auswertungen offener Fragen im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Untersuchung. *Psychiatrische Praxis* 33: 184–190
- 96 EIKELMANN B, REKER T (2004) *Psychiatrie und Psychotherapie der Tagesklinik: Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart
- 97 EMERY CF, FRID DJ, ENGBRETSON TO, ALONZO AA, FISH A, FERKETICH AK, REYNOLDS NR, DUJARDIN JP, HOMAN JE, STERN SL (2004) Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine* 66: 190–197
- 98 ENGFER R (2004) *Die psychiatrische Tagesklinik: Kontinuität und Wandel*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- 99 ENGFER R (2006) *Die psychiatrische Tagesklinik: Kontinuität und Wandel – Das Beispiel Offenbach am Main. Sozialpsychiatrische Informationen* 36: 2–6
- 100 FALKAI P, HEINZ G, DENTER S, SCHNEIDER-AXMANN T (2007) Neuromorphologie und Neuropathologie. In: ROHDE A, MARNEROS A (Hg.) *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart: 324–336
- 101 FINZEN A (1977) *Die Tagesklinik: Psychiatrie als Lebensschule*. Piper, München
- 102 FINZEN A (2003) *Kurze Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- 103 FLASKERUD JH, LIU PY (1991) Effects of an Asian client-therapist language, ethnicity and gender match on utilization and outcome of therapy. *Community Mental Health Journal* 27: 31–42
- 104 FRANKE GH (1995) *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Beltz Test, Göttingen

- 105 FRANZ M, MEYER T, GALLHOFER B (2002) Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten. *Psychiatrische Praxis* 29: 306–310
- 106 FRENCH CT, FLETCHER KE, IRWIN RS (2004) Gender differences in health-related quality of life in patients complaining of chronic cough. *Chest* 125: 482–488
- 107 FREUD S (1989) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Die Weiblichkeit. In: MITSCHERLICH A, RICHARDS A, STRACHEY J (Hg.) Sigmund Freud Studienausgabe Band I: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Fischer, Frankfurt a. M.
- 108 FUJINO DC, OKAZAKI S, YOUNG K (1994) Asian-American women in the mental health system: An examination of ethnic and gender match between therapist and client. *Journal of Community Psychology* 22: 164–176
- 109 FYDRICH T, GEYER M, HESSEL A, SOMMER G, BRAEHLER E (1999) Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 45: 212–216
- 110 FYDRICH T, SOMMER G (2003) Diagnostik sozialer Unterstützung. In: JERUSALEM M, WEBER H (Hg.) Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Hogrefe, Göttingen: 79–104
- 111 GALENSON E, ROIPHE H (1974) The emergence of genital awareness during the second year of life. In: FRIEDMAN RC, RICHART RM, VAN DE WIELE RL (Hg.) Sex differences in behavior. Wiley, New York: 223–231
- 112 GANDHI M, AWECKA F, GREENBLATT RM, BLASCHKE TF (2004) Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 44: 499–523
- 113 GARLIPP P (2003) Evaluation allgemeinspsychiatrisch tagesklinischer Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsendes. Habilitationsschrift Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
- 114 GARLIPP P, SEIDLER KP, AMINI K, MACHLEIDT W, HALTENHOF H (2001) Behandlungsabbruch in der psychiatrischen Tagesklinik. Plädoyer für eine differenzierte Betrachtungsweise. *Psychiatrische Praxis* 28: 262–266
- 115 GARLIPP P, SEIDLER KP, BRÜGGEMANN BR, MACHLEIDT W, HALTENHOF H (2003) Welche Patienten beenden die tagesklinische Behandlung vorzeitig? Eine empirische Studie (abstract). *Nervenarzt* 74 (Suppl 2): 45
- 116 GEARHART CP (1995) The functional progress and treatment success of males and females in psychiatric partial hospitalization. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering 55: 4102
- 117 GEE L, ABBOTT J, CONWAY SP, ETHERINGTON C, WEBB AK (2003) Quality of life in cystic fibrosis: the impact of gender, general health perceptions and disease severity. *Journal of Cystic Fibrosis* 2: 206–213
- 118 GILDEMEISTER R (2004) Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In: BECKER R, KORTENDIEK B (Hg.) Handbuch Frauen- und Geschlechter-Forschung. Theorie, Methoden, Empirie. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 132–140
- 119 GLICK ID, FLEMING L, DECHILLO N, MEYERKOPF N, JACKSON C, MUSCARA D, GOOD-ELLIS M (1986) A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *American Journal of Psychiatry* 143: 1551–1556
- 120 GLYNN LM, CHRISTENFELD N, GERIN W (1999) Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine* 61: 234–242
- 121 GROSSMAN M, WOOD W (1993) Sex differences in intensity of emotional experience: a social role interpretation. *Journal of Personality & Social Psychology* 65: 1010–1022
- 122 GUR RC, GUR RE (2004) Gender differences in the functional organization of the brain. In: LEGATO MJ (Hg.) Principles of gender-specific medicine. Elsevier Academic Press, Amsterdam: 63–70

- 123 GUTKNECHT H (2006) Behandlungselemente der Tagesklinik aus Sicht der Patienten – Konsequenzen für die Behandlungspraxis. *Sozialpsychiatrische Informationen* 36: 11–15
- 124 GUTKNECHT H (2004) Wie Psychatriepatienten ihre Krankheit verarbeiten: Krankheitsverursachungsannahmen, Krankheitsverarbeitungsmodi und emotionale Reaktionen; eine Untersuchung in der Tagesklinik. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- 125 GUTKNECHT H (2005) Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten – Aspekte der Behandlungserfahrungen und erlebte Veränderungen. *Psychiatrische Praxis* 32: 342–348
- 126 HADDAD PM, WIECK A (2004) Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia: mechanisms, clinical features and management. *Drugs* 64: 2291–2314
- 127 HÄFNER H (2000) Das Rätsel Schizophrenie – Eine Krankheit wird entschlüsselt. C. H. Beck, München
- 128 HAHNEFELD WL, KALLERT TW (2005) Diagnosegruppenspezifische Bewertungen von Therapieelementen einer psychiatrischen Tagesklinik aus Patienten und Therapeutesicht – Ein Vergleich zwischen affektiven und schizophrenen Störungen. *Krankenhauspsychiatrie* 16: 149–156
- 129 HALPERN DF (2000) Sex differences in cognitive abilities. LEA Publishers, London
- 130 HALPERN DF (2001) Sex difference research: cognitive abilities. In: WORELL J (Hg.) *Encyclopedia of women and gender. Sex similarities and differences and the impact of society on gender*. Academic Press, San Diego: 963–972
- 131 HALTENHOF H, BRÜGGEMANN BR, GARLIPP P, SEIDLER KP (2006) Klientel und Strukturmerkmale allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken in Deutschland – Entwicklungstendenzen seit 1981/82 im Spiegel bundesweiter Umfragen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 36: 27–32
- 132 HALTENHOF H, VOSSLER A (1994) Wie begegnen depressive Patienten ihrer Erkrankung? Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 42: 201–229
- 133 HARFST T, ADERHOLD V, SCHULZ H, DIEBELS E, SCHULTZ-VENRATH U, KÜCHENHOFF B, AGARWALLA W (2004) Evaluation von Prozess und Ergebnis der Behandlung in einer universitären psychiatrischen Tagesklinik (abstract). *Nervenarzt* 75 (Suppl 2): 362
- 134 HAUSMANN M (2001) Geschlechtsspezifische Aspekte der funktionellen zerebralen Asymmetrie und deren Relevanz für die Psychiatrie. In: RIECHER-RÖSSLER A, ROHDE A (Hg.) *Psychische Erkrankungen bei Frauen – Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Karger, Basel: 124–137
- 135 HAUSMANN M, BEHRENDT-KORBITZ S, KAUTZ H, LAMM C, RADELT F, GUNTURKUN O (1998) Sex differences in oral asymmetries during wordrepetition. *Neuropsychologia* 36: 1397–1402
- 136 HAUTZINGER M (1991) Geschlechtsunterschiede bei Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 39: 219–239
- 137 HEINDL A, RUBEL A, WOLFERSDORF M (2002) Zur Lebenszufriedenheit bei stationären Depressiven. In: GASTPAR M, MÜLLER WE (Hg.) *Depressionen. Versorgungsstrukturen und Behandlungsperspektiven*. Springer, Berlin: 41–48
- 138 HEISE H (1983) Die Tagesklinik als Alternative zur vollstationären Behandlung. In: BOSCH G, VELTIN A, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*. Rheinland Verlag, Köln: 105–110
- 139 HERZ MI, ENDICOTT J, SPITZER RL, MESNIKOFF A (1971) Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *American Journal of Psychiatry* 127: 1371–1382
- 140 HESSEL A, HEIM E, GEYER M, BRÄHLER E (2000) Krankheitsbewältigung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Situative, soziodemographische und soziale Einflussfaktoren. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 50: 311–321
- 141 HEUFT G, SENF W (1998) *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-BaDo*. Thieme, Stuttgart

- 142 HINZ A, WERRMANN A, SCHWARZ R (2005) Fatigue, Lebensqualität, Angst und Depressivität bei Patienten mit Depressionen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 53: 75–85
- 143 HOLAHAN CJ, MOOS RH, HOLAHAN CK, BRENNAN PL (1995) Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology* 14: 152–163
- 144 HOLBROOK TL, HOYT DB, COIMBRA R, POTENZA B, SISE M, ANDERSON JP (2005) High rates of acute stress disorder impact quality-of-life outcomes in injured adolescents: mechanism and gender predict acute stress disorder risk. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care* 59: 1126–1130
- 145 HOUSE JS, UMBERSON D, LANDIS KR (1988) Structure and processes of social support. *Annual Review of Sociology* 14: 293–318
- 146 JABS B, KRAUSE U, ALTHAUS G, STÖBER G, PFUHLMANN B (2004) Vergleichsuntersuchung zur Lebensqualität bei Probanden mit zyklischen und schizophrener Psychosen. *Nervenarzt* 75: 460–466
- 147 JANCA A, KASTRUP M, KATSCHNIG H, LOPEZ-IBOR JJJ, MEZZICH JE, SARTORIUS N (1996) The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 31: 349–354
- 148 JOKSIMOVIC O (1989) Ein sozioanalytisches Modell zur Geschlechtsrollen-spezifischen Morbiditätsrate des depressiven Syndroms (Dissertation). Ludwig-Maximilians-Universität, München
- 149 KALLERT TW, GLÖCKNER M, PRIEBE S, BRISCOE J, RYMASZEWSKA J, ADAMOWSKI T, NAWKA P, REGULIOVA H, RABOCH J, HOWARDOVA A, SCHÜTZWOHL M (2004) A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries: implications of their diversity for day hospital research. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39: 777–788
- 150 KALLERT TW, MATTHES C, GLÖCKNER M, EICHLER T, KOCH R, SCHÜTZWOHL M (2004) Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein Effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot? *Psychiatrische Praxis* 31: 409–419
- 151 KALLERT TW, SCHÖNHERR R, SCHNIPPA S, MATTHES C, GLÖCKNER M, SCHÜTZWOHL M (2005) Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. *Psychiatrische Praxis* 32: 132–141
- 152 KALLERT TW, SCHÜTZWOHL M, KIEJNA A, NAWKA P, PRIEBE S, RABOCH J (2002) Efficacy of psychiatric day hospital treatment: Review of research findings and design of a European multi-centre study. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy* 4: 55–71
- 153 KALLERT TW, SCHÜTZWOHL M, MATTHES C (2003) Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 30: 72–82
- 154 KANDO JC, YONKERS KA, COLE JO (1995) Gender as a risk factor for adverse events to medications. *Drugs* 50: 1–6
- 155 KAPALA M, KEITEL M (2003) *Handbook of Counseling Women*. Sage Publications, London
- 156 KASKUTAS LA, ZHANG L, FRENCH MT, WITBRODT J (2005) Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. *Addiction* 100: 60–69
- 157 KEMMLER G, MEISE U, TASSLER A, LIENSBERGER D, SCHIFFERLE I, BRAITENBERG M, SCHWITZER J, HINTERHUBER H (1999) Subjektive Lebensqualität schizophrener Erkrankter – Einfluss von Behandlungssetting, Psychopathologie und extrapyramidal-motorischen Medikamentennebenwirkungen. *Psychiatrische Praxis* 26: 9–15
- 158 KENDLER KS, MYERS J, PRESCOTT CA (2005) Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry* 162: 250–256
- 159 KESSLER RC, BROWN RL, BROMAN CL (1981) Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health & Social Behavior* 22: 49–64

- 160 KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S, WITTCHEN HU, KENDLER KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51: 8–19
- 161 KESTEMBERG LB, TARNOFSKY SILVERMAN MB, SANTANDREU NG (2003) Gender differences in neuropsychological functioning. In: KAPALA M, KEITEL M (Hg.) *Handbook of Counseling Women*. Sage Publications, London: 86–105
- 162 KEUPP H (1987) Soziale Netzwerke – Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs? In: KEUPP H, RÖHRLE B (Hg.) *Soziale Netzwerke*. Campus, Frankfurt: 11–53
- 163 KIM O (2001) Sex differences in social support, loneliness, and depression among Korean college students. *Psychological Reports* 88: 521–526
- 164 KIMURA D (1992) Weibliches und männliches Gehirn. *Spektrum der Wissenschaften* 11: 104–113
- 165 KIMURA D (1999) *Sex and Cognition*. MIT Press, Cambridge
- 166 KING DA, BUCHWALD AM (1982) Sex differences in subclinical depression: administration of the Beck Depression Inventory in public and private disclosure situations. *Journal of Personality & Social Psychology* 42: 963–969
- 167 KLAUER T (2005) Psychotherapie und soziale Unterstützung. *Psychotherapeut* 50: 425–436
- 168 KLAUER T (2000) Das Selbst und die Nutzung sozialer Ressourcen. In: GREVE W (Hg.) *Psychologie des Selbst*. Psychologie Verlags Union, Weinheim: 149–166
- 169 KLAUER T, WINKELER M (2002) Gender, mental health status, and social support during a stressful event. In: WEIDNER G, KOPP M, KRISTENSON M (Hg.) *Heart Disease, Environment, Stress and Gender: Environment, Stress, and Gender – NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, Vol. 327*. IOS Press, Amsterdam: 223–236
- 170 KNOLL N, SCHOLZ U, RIECKMANN N (2005) *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Ernst Reinhardt Verlag, München
- 171 KNOLL N, SCHWARZER R (2005) Soziale Unterstützung. In: SCHWARZER R (Hg.) *Enzyklopädie der Psychologie. Band 1: Gesundheitspsychologie*. Hogrefe, Göttingen: 333–349
- 172 KOHLBERG L (1966) A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In: MACCOBY E (Hg.) *The development of sex differences*. Stanford University Press, Stanford: 82–173
- 173 KRIS EB (1965) Day hospitals. *Current Therapeutic Research* 7: 320–323
- 174 KRÜGER M, SCHMIDT-MICHEL PO (1998) Die psychiatrische Tagesklinik in Friedrichshafen – eine Beschreibung und erste Auswertung der innovativen Konzeption. *Krankenhauspsychiatrie* 9: 22–27
- 175 KRUSE G, SIEVERS K (1987) Tagesklinische Behandlung von Abhängigkeitskranken. *Psychiatrische Praxis* 14: 174–178
- 176 KUHL J (1983) *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Springer, Berlin
- 177 LAIREITER A (1993) *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde*. Huber, Bern
- 178 LAIREITER A, BAUMANN U, STIEGLITZ R-D (1994) Soziodiagnostik. In: STIEGLITZ R-D, BAUMANN U (Hg.) *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. Enke, Stuttgart: 191–206
- 179 LAUBACH W, SCHRÖDER C, SIEGRIST J, BRÄHLER E (2001) Normierung der Skalen »Profil der Lebensqualität Chronisch Kranker« an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 22: 100–110
- 180 LAUER G (1997) Zur Lebensqualität psychiatrischer Patienten. *Report Psychologie* 22: 122–126
- 181 LAUER G (1998) Die Lebensqualitätsdimension in der Qualitätssicherung. In: LAIREITER A-R, VOGEL H (Hg.) *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen: 275–291

- 182 LAZARUS RS (1999) *Stress and emotion*. Springer, New York
- 183 LAZARUS RS, FOLKMAN S (1984) *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York
- 184 LE VAY S (1994) *Keimzellen der Lust. Die Natur der menschlichen Sexualität*. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg
- 185 LEIBENLUFT E (1999) *Gender differences in mood and anxiety disorders – From bench to bedside*. American Psychiatric Press, Washington
- 186 LEIDNER R (1991) *Serving Hamburgers and selling insurances: Gender, work and identity in interactive service jobs*. *Gender and society* 52: 177
- 187 LEISSE M, KALLERT TW (2000) *Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care*. *European Psychiatry* 15: 450–460
- 188 LENZ G, DEMAL U (2000) *Quality of life in depression and anxiety disorders: an exploratory follow-up study after intensive inpatient cognitive behaviour therapy*. *Psychopathology* 33: 297–302
- 189 LEWIS-HALL F, WILLIAMS TS, PANETTA JA, HERRERA JM (2005) *Psychiatric illness in women*. American Psychiatric Publishing, Washington
- 190 LINZER M, SPITZER R, KROENKE K, WILLIAMS JB, HAHN S, BRODY D, DEGRUY F (1996) *Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study*. *American Journal of Medicine* 101: 526–533
- 191 LOTT B, MALUSO D (2001) *Gender development. Social learning*. In: WORELL J (Hg.) *Encyclopedia of women and gender. Sex similarities and differences and the impact of society on gender*. Academic Press, San Diego: 537–570
- 192 LYTTON H, ROMNEY DM (1991) *Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis*. *Psychological Bulletin* 109: 267–296
- 193 MACLUSKY NJ, NAFTOLIN F (1981) *Sexual differentiation of the central nervous system*. *Science* 211: 1294–1302
- 194 MAHLER MS, PINE F, BERGMANN A (1993) *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Fischer, Frankfurt a. M.
- 195 MARSHALL M, CROWTHER R, MARAZ-SARRANO A, CREED F, SLEDGE W, KLUITER H, ROBERTS C, HILL E, WIERSMA D (2003) *Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders*. *Cochrane Database Syst Rev* CD004026
- 196 MARSHALL M, CROWTHER R, MARAZ-SARRANO A, TYRER P (2001) *Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders*. *Cochrane Database Syst Rev* CD003240
- 197 MARTIN CL, DINELLA LM (2001) *Gender development: Gender schema theory*. In: WORELL J (Hg.) *Encyclopedia of women and gender. Sex similarities and differences and the impact of society on gender*. Academic Press, San Diego: 507–522
- 198 MATAKAS F (1984) *Aus der Arbeit einer Tagesklinik für psychisch Kranke*. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 35: 91–97
- 199 MCCONATHA JT, LEONE FM, ARMSTRONG JM (1997) *Emotional control in adulthood*. *Psychological Reports* 80: 499–507
- 200 MERCIER C, PELADEAU N, TEMPIER R (1998) *Age, gender and quality of life*. *Community Mental Health Journal* 34: 487–500
- 201 MEYER C, RUMPF HJ, HAPKE U, DILLING H, JOHN U (2000) *Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie*. *Nervenarzt* 71: 535–542
- 202 MÖLLER-LEIMKUHLE AM (2000) *Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten*. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 68: 489–495
- 203 MÖLLER-LEIMKUHLE AM (2002) *Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression*. *Journal of Affective Disorders* 71: 1–9
- 204 MOORE G (1990) *Structural determinants of men's and women's personal networks*. *American Sociological Review* 55: 726–735

- 205 MRUS JM, WILLIAMS PL, TSEVAT J, COHN SE, WU AW (2005) Gender differences in health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Quality of Life Research* 14: 479–491
- 206 MUTHNY FA (1989) Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Beltz, Weinheim
- 207 MUTHNY FA (1996) Erfassung von Verarbeitungsprozessen mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). *Rehabilitation* 35: 16
- 208 NEFF LA, KARNEY BR (2005) Gender differences in social support: a question of skill or responsiveness? *Journal of Personality & Social Psychology* 88: 79–90
- 209 NELSON-ZLUPKO L, KAUFFMAN E, DORE MM (1995) Gender differences in drug addiction and treatment: implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social Work* 40: 45–54
- 210 NEZU AM, NEZU CM, PETERSON MA (1986) Negative life stress, social support, and depressive symptoms: Sex roles as a moderator variable. *Journal of Social Behavior & Personality* 1: 599–609
- 211 NOLEN-HOEKSEMA S (1990) Sex differences in depression. University Press, Stanford
- 212 NOLEN-HOEKSEMA S (2000) The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology* 109: 504–511
- 213 NOLEN-HOEKSEMA S (1991) Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 100: 569–582
- 214 NOLEN-HOEKSEMA S (1987) Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bulletin* 101: 259–282
- 215 NOLEN-HOEKSEMA S, LARSON J, GRAYSON C (1999) Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality & Social Psychology* 77: 1061–1072
- 216 NOLEN-HOEKSEMA S, MORROW J, FREDRICKSON BL (1993) Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology* 102: 20–28
- 217 NOPOULOS P, FLAUM M, O'LEARY D, ANDREASEN NC (2000) Sexual dimorphism in the human brain: evaluation of tissue volume, tissue composition and surface anatomy using magnetic resonance imaging. *Psychiatry Research* 98: 1–13
- 218 NOPOULOS PC, ANDREASEN NC (1999) Gender differences in neuroimaging findings. In: LEIBENLUFT E (Hg.) *Gender differences in mood and anxiety disorders – From bench to bedside*. American Psychiatric Press, Washington: 1–30
- 219 ORTMANN J, HAND I, RUFER M, DAHME B (2003) Evaluation teilstationärer Verhaltenstherapie (abstract). *Nervenarzt* 74 (Suppl 2): 74
- 220 ORTMANN J, RUFER M, HAND I, DAHME B (2004) Subjektive Erfolgseinschätzung und klinische Veränderungsdaten 2 Jahre nach Behandlung in einer spezifischen Verhaltenstherapie-Tagesklinik (abstract). *Nervenarzt* 75 (Suppl 2): 301
- 221 ORTNER SB, WHITEHEAD H (1981) *Sexual meanings, the cultural construction of gender and sexuality*. Cambridge University Press, Cambridge
- 222 PAAR C, BECK U, BONSELS B (1996) Zur Rehabilitation langjährig psychisch Kranker. *Krankenhauspsychiatrie* 7: 72–76
- 223 PAYK TR, WACHENDÖRFER M (1987) Untersuchungen zur Effizienz tagesklinischer Behandlung. *Psychiatrische Praxis* 14: 51
- 224 PERL HL, TRICKETT EJ (1988) Social network formation of college freshmen: Personal and environmental determinants. *American Journal of Community Psychology* 16: 207–224
- 225 PILGRIM C, HUTCHISON JB (1994) Developmental regulation of sex differences in the brain: can the role of gonadal steroids be redefined? *Neuroscience* 60: 843–855
- 226 PIPER WE, ROSIE JS, AZIM HF, JOYCE AS (1993) A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital & Community Psychiatry* 44: 757–763
- 227 PLOTKIN DA, WELLS KB (1993) Partial hospitalization (day treatment) for psychiatrically ill elderly patients. *American Journal of Psychiatry* 150: 266–271

- 228 POMATA G (1983) Die Geschichte der Frauen zwischen Anthropologie und Biologie. *Feministische Studien* 2: 113–127
- 229 POPE K (2001) Sex between therapists and clients. In: WORELL J (Hg.) *Encyclopedia of women and gender – Sex similarities and differences and the impact of society on gender*. Elsevier Academic Press, San Diego: 955–971
- 230 POTVIN KM, BUSBY K, JOHNSTON M, WOOD J, DOCHERTY C (2000) Predictors of outcome in a short-term psychiatric day hospital program. *General Hospital Psychiatry* 22: 184–194
- 231 PRIEBE S, JONES G, McCABE R, BRISCOE J, WRIGHT D, SLEED M, BEECHAM J (2006) Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 188: 243–249
- 232 PRIOR P (1999) *Gender and mental health*. New York University Press, New York
- 233 PUKROP R (2003) Subjektive Lebensqualität. *Kritische Betrachtung eines modernen Konstrukts*. *Nervenarzt* 74: 48–54
- 234 QUINTANA JM, AROSTEGUI I, ORIBE V, DE TEJADA IL, BARRIOS B, GARAY I (2005) Influence of age and gender on quality-of-life outcomes after cholecystectomy. *Quality of Life Research* 14: 815–825
- 235 RABINOWITZ J, GROSS R, FELDMAN D (1999) Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 34: 141–146
- 236 RÄDLER T, JAHN H, WIEDEMANN K (2006) Geschlechtsspezifische Psychopharmakologie. *Die Psychiatrie* 3: 41–44
- 237 RÄDLER T, JAHN H, WIEDEMANN K (2007) Psychopharmakologie. In: ROHDE A, MARNEROS A (Hg.) *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart: 377–383
- 238 RÄDLER T, NABER D (2007) Schizophrenie. In: ROHDE A, MARNEROS A (Hg.) *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart: 50–59
- 239 RAVE-SCHWANK M, HUNEKE H (1979) Zur Rehabilitation chronisch Kranker. Eine Nachuntersuchung von psychiatrischen Tagesklinikpatienten. *Nervenarzt* 50: 800–805
- 240 RAWSON HE, BLOOMER K, KENDALL A (1994) Stress, anxiety, depression, and physical illness in college students. *Journal of Genetic Psychology* 155: 321–330
- 241 RAZMJOU H, HOLTBY R, MYHR T (2006) Gender differences in quality of life and extent of rotator cuff pathology. *Arthroscopy* 22: 57–62
- 242 REEVY GM (1995) Sex-related and gender differences in sources and types of sought and received social support. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering* 55: 4158
- 243 REEVY GM, MASLACH C (2001) Use of social support: Gender and personality differences. *Sex Roles* 44: 437–459
- 244 REINISCH JM (1981) Prenatal exposure to synthetic progestins increases potential for aggression in humans. *Science* 211: 1171–1173
- 245 REIS O, MEYER-PROBST B (1995) Depressivität und soziale Unterstützung bei jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 24: 22–34
- 246 REISCH T, THOMMEN M, CSONTOS Z, TSCHACHER W (2002) Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik. Evaluation und Einordnung in die psychiatrische Versorgungskette. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 52: 56–63
- 247 RENNERT H, KÜHNE GE (1968) Erfahrungen mit der Tages- und Nachtambulanz in der Psychiatrie. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 20: 266–269
- 248 RESNICK SG, ROSENHECK RA, LEHMAN AF (2004) An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services* 55: 540–547
- 249 RIECHER-RÖSSLER A, ROHDE A (2001) *Psychische Erkrankungen bei Frauen – Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Karger, Basel

- 250 RIEDINGER MS, DRACUP KA, BRECHT ML, PADILLA G, SARNA L, GANZ PA (2001) Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart & Lung* 30: 105–116
- 251 RIEGEL B, MOSER DK, CARLSON B, DEATON C, ARMOLA R, SETHARES K, SHIVELY M, EVANGELISTA L, ALBERT N (2003) Gender differences in quality of life are minimal in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 9: 42–48
- 252 ROBINS LN, REGIER DA (2005) *Psychiatric disorders in america. The Epidemiologic Catchment Area Study*. Free Press, New York
- 253 ROCKSTROH D (1984) *Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover. Sozialpsychiatrische Informationen* 14: 19–25
- 254 ROE CM, MCNAMARA AM, MOTHERAL BR (2002) Gender- and age-related prescription drug use patterns. *Annals of Pharmacotherapy* 36: 30–39
- 255 ROHDE A, MARNEROS A (2007) *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart
- 256 ROHDE-DACHSER C (1992) *Expedition in den dunklen Kontinent: Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse*. Berlin
- 257 RÖHRLE B (1994) *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Beltz, Psychologie-Verl.-Union, Weinheim
- 258 ROICK C, THIERFELDER K, HEIDER D, KLEMM T, PASCHKE R, ANGERMEYER MC (2004) Untersuchung der Aussagefähigkeit psychometrischer und präferenzbasierter Lebensqualitätsindizes bei psychisch und somatisch Kranken. *Psychiatrische Praxis* 31: 128–137
- 259 ROOK KS (2001) Social support. In: WORELL J (Hg.) *Encyclopedia of women and gender – sex similarities and differences and the impact of society on gender*. Elsevier Academic Press, San Diego: 1079–1089
- 260 ROOS PE, COHEN LH (1987) Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. *Journal of Personality & Social Psychology* 52: 576–585
- 261 RUDOLF H (2000) Lebensqualität: Differenzierungs- und Veränderungsmerkmal in der psychiatrischen Forschung. In: BULLINGER M, SIEGRIST J, RAVENS-SIEBERER U (Hg.) *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Hogrefe, Göttingen: 110–122
- 262 SADLER TW, LANGMAN J (2003) *Medizinische Embryologie*. Thieme, Stuttgart
- 263 SAIBENI S, CORTINOVIS I, BERETTA L, TATARELLA M, FERRARIS L, RONDONOTTI E, CORBELLINI A, BORTOLI A, COLOMBO E, ALVISI C, IMPERIALI G, DE FRANCHIS R, Gruppo di Studio per le Malattie Infiammatorie Intestinali (2005) Gender and disease activity influence health-related quality of life in inflammatory bowel diseases. *Hepato-Gastroenterology* 52: 509–515
- 264 SALOKANGAS RK, VAAHTERA K, PACRIEV S, SOHLMAN B, LEHTINEN V (2002) Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *Journal of Affective Disorders* 68: 215–220
- 265 SALOKANGAS RKR (1997) Living situation, social network and outcome in schizophrenia: A five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96: 459–468
- 266 SARASON BR, SARASON IG, GURUNG RAR (2001) Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. In: SARASON BR, DUCK S (Hg.) *Personal relationships*. Wiley, Chichester: 15–41
- 267 SASS H, WITTCHEN H-U, ZAUDIG M (1998) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV: übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association*. Hogrefe, Göttingen
- 268 SCHAUBENBURG H, STRACK M (1998) Die Symptom Checkliste-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48: 257–264
- 269 SCHENE AH (2004) The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. *Current Opinion in Psychiatry* 17: 303–309

- 270 SCHENE AH, VAN WIJNGAARDEN B, POELIJOE NW, GERSONS BP (1993) The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87: 427–436
- 271 SCHULZ H, LIEBHERZ S, HARFST T, KOCH U, WEDELL U, ANDRESEN B, ADERHOLD V (2006) Evaluation einer universitären psychiatrischen Tagesklinik – Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Sozialpsychiatrische Informationen* 36: 16–20
- 272 SCHUSTER M (1984) Modelllernen. In: ANGERMEIER W (Hg.) *Lernpsychologie*. Reinhardt, München
- 273 SCHÜTZWOHL M, GLÖCKNER M, MATTHES C, EICHLER T, KALLERT T (2005) Die Belastung von Bezugspersonen voll- und teil-stationär behandelter psychisch Erkrankter – Ergebnis einer randomisiert kontrollierten Untersuchung. *Psychiatrische Praxis* 32: 281–288
- 274 SCHÜTZWOHL M, KALLERT T (2004) Ist die Belastung von Angehörigen akupsychotherapeutischer tagesklinischer Patienten settingspezifisch? (abstract). *Nervenarzt* 75 (Suppl 2): 361
- 275 SCHÜTZWOHL M, KOCH R, KALLERT T (2006) Prädiktoren für den psychopathologischen Entlassungsbefund bei akupsychotherapeutischer, tagesklinischer und vollstationärer Behandlung. *Psychiatrische Praxis* 33: 226–232
- 276 SCHWARZER R (2004) *Psychologie des Gesundheitsverhaltens – Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Hogrefe, Göttingen
- 277 SCHWARZER R, LEPPIN A (1994) Soziale Unterstützung und Wohlbefinden. In: ABELE A, BECKER P (Hg.) *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Juventa, Weinheim: 175–189
- 278 SEEMAN MV (2004) Gender differences in psychiatric disorders. In: LEGATO MJ (Hg.) *Principles of gender-specific medicine*. Elsevier Academic Press, Amsterdam: 137–144
- 279 SEIDEL R (1983) Die Tagesklinik als Bestandteil eines gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems. In: BOSCH G, VELTIN A, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*. Rheinland Verlag, Köln: 153–166
- 280 SEIDLER KP, BRÜGGEMANN BR, GARLIPP P, HALTENHOF H (2002) Der gegenwärtige Stand der allgemeinspsychiatrischen tagesklinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. In: ALBOTA M, BAUMGARDT-ELMS C (Hg.) *Workshop zur psychiatrischen tagesklinischen Versorgung in Hamburg am 07.11.2001*. Freie Hansestadt Hamburg, Hamburg: 40–46
- 281 SEIDLER KP, BRÜGGEMANN BR, GARLIPP P, MACHLEIDT W, HALTENHOF H (2002) Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in der psychiatrischen Tagesklinik. *Nervenheilkunde* 6: 60–68
- 282 SEIDLER KP, GARLIPP P, BRÜGGEMANN BR, HALTENHOF H (2001) Evaluation und Qualitätskontrolle tagesklinischer Behandlung. *Sozialpsychiatrische Informationen* 31: 36–44
- 283 SEIDLER KP, GARLIPP P, MACHLEIDT W, HALTENHOF H (2006) Treatment concepts of day hospitals for general psychiatric patients. Findings from a national survey in Germany. *European Psychiatry* 21: 110–117
- 284 SELIGMAN MEP (1981) *Gelernte Hilflosigkeit. Verhaltenstherapie depressiver Reaktionen*. Huber, Bern
- 285 SEMMLER W (1998) Qualitätssicherung unter teilstationären Bedingungen. *Krankenhauspsychiatrie* 9: 120–124
- 286 SEN B (2004) Adolescent propensity for depressed mood and help seeking: race and gender differences. *The Journal of Mental Health Policy & Economics* 7: 133–145
- 287 SHAYWITZ BA, SHAYWITZ SE, PUGH KR, CONSTABLE RT, SKUDLARSKI P, FULBRIGHT RK, BRONEN RA, FLETCHER JM, SHANKWEILER DP, KATZ L (1995) Sex differences in the functional organization of the brain for language. *Nature* 373: 607–609
- 288 SIEGRIST J (2004) Belastungen am Arbeitsplatz und in der Familie: Die Auswirkungen von »Spillover«-Effekten auf depressive Symptome. In: KASTNER M (Hg.) *Die Zukunft der Work Life Balance*. Asanger, Kröning

- 289 SIEGRIST J, BROER M, JUNGE A (1996) Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC) – Manual. Beltz, Göttingen
- 290 SIEVERDING M, ALFERMANN D (1992) Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 1: 6–15
- 291 SLEDGE WH, TEBES J, WOLFF N, HELMINIAK TW (1996) Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part II: Service utilization and costs. *American Journal of Psychiatry* 153: 1074–1083
- 292 SLEDGE WH, TEBES J, RAKFELDT J, DAVIDSON L (1996) Day hospital/crisis respite care versus inpatient care: I. Clinical outcomes. *American Journal of Psychiatry* 153: 1065–1073
- 293 SOMMER G, FYDRICH T (1989) Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, Fragebogen F-SozU. DGVT, Tübingen
- 294 SPENCE JT, HELMREICH RL (1978) Masculinity and femininity. Their psychological dimension, correlates and antecedent. University of Texas Press, Austin
- 295 STAHL SM (2000) Essential Psychopharmacology – Neuroscientific basis and practical applications. Cambridge University Press, Cambridge
- 296 STEINHART I, BOSCH G (1984) Zum Stand tagesklinischer Behandlung älterer psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. *Zeitschrift für Gerontologie* 17: 367–372
- 297 STERN D (2003) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart. Klett-Cotta, Stuttgart
- 298 STOLLER RJ, Institute of Psychoanalysis (Great Britain) (1968) Sex and gender. Hogarth, London
- 299 STRAUSS B, MÖLLER J (1999) Androgynie: Typ oder Trait? In: BOCK U, ALFERMANN D (Hg.) Androgynie. Vielfalt der Möglichkeiten. Querelles – Jahrbuch für Frauenforschung 1999. Metzler, Stuttgart: 200–209
- 300 TEN HAVE M, SCHOEMAKER C, VOLLEBERGH W (2002) Gender differences in mental disorders, consequences and service utilisation: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 44: 367–375
- 301 TERMAN LM, MILES CC (1936) Sex and personality studies in masculinity and femininity. McGraw-Hill, New York
- 302 THOME B, HALLBERG IR (2004) Quality of life in older people with cancer – a gender perspective. *European Journal of Cancer Care* 13: 454–463
- 303 TIJHUIS MA, PETERS L, FOETS M (1990) An orientation toward help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine* 31: 989–995
- 304 TOBACH E (2001) Development of sex and gender: Biochemistry, physiology, and experience. In: WORELL J (Hg.) Encyclopedia of women and gendersex similarities and differences and the impact of society on gender. Academic Press, San Diego: 315–332
- 305 TYRER PJ, REMINGTON M (1979) Controlled comparison of day-hospital and outpatient treatment for neurotic disorders. *Lancet* 1: 1014–1016
- 306 TYSON P, TYSON RL (2001) Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart
- 307 UCHTENHAGEN A (1983) Die Tagesklinik als Instrument der Rehabilitation. In: BOSCH G, VELTIN A, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Rheinland Verlag, Köln: 79–89
- 308 UNREIN G (1990) Ergebnisse eines teilstationären, mittelfristigen Behandlungsprogrammes für schizophrene Patienten – Prospektive 2-Jahres-Untersuchung. In: EIKELMANN B, TÖLLE R (Hg.) Praxis der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie. Forum der Medizin, Neuss: 62–78
- 309 US NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (2003) Clinical Global Impressions [CGI] ECDEU version (1976). In: SAJATOVIC M, RAMIREZ LF (Hg.) Rating scales in mental health. Lexi-Company, Hudson: 174–175

- 310 VANDIVER VL (1998) Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. *Community Mental Health Journal* 34: 501–511
- 311 VAUX A (1988) *Social support. Theory, research, and intervention*. Praeger, New York
- 312 VERHAAK PF (1995) Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first level and first filter. *Psychological Medicine* 25: 95–104
- 313 VILLA PI (2004) (De)Konstruktion und Diskurs-Genalogie: Zur Position und Rezeption von Judith Butler. In: BECKER R, KORTENDIEK B (Hg.) *Handbuch Frauen- und Geschlechter-Forschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- 314 VOSSLER A, SOMMER G, BÜHLER K-E, HALTENHOF H (2001) Soziale Unterstützung und Krankheitsverarbeitung bei 41 Patienten mit depressiven Störungen. *Nervenheilkunde* 20: 17–21
- 315 VOYER D (1996) On the magnitude of laterality effects and sex differences in functional lateralities. *Laterality* 1: 51–83
- 316 WATZLAWICK P (1991) *Die erfundene Wirklichkeit: Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus*. Pieper, München
- 317 WEFELMEYER T (2004) Tagesklinik für Suchtkranke. In: EIKELMANN B, REKER T (Hg.) *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik – Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart: 97–106
- 318 WENDT A, PETERMANN F (1996) Messverfahren zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 44: 3–32
- 319 WEST C, ZIMMERMAN D (1987) Doing gender. *Gender and society* 1: 125–151
- 320 WETTERER A (2004) Konstruktion von Geschlecht: Reproduktionsweisen der Zweigeschlechtlichkeit. In: BECKER R, KORTENDIEK B (Hg.) *Handbuch Frauen- und Geschlechter-Forschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 122–131
- 321 WEYERER S, MELLER I, THALER J (1983) The importance of artifactual factors in the relationship between sex and mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry* 29: 73–80
- 322 WHITE MA, O'NEIL PM, KOLOTKIN RL, BYRNE TK (2004) Gender, race, and obesity-related quality of life at extreme levels of obesity. *Obesity Research* 12: 949–955
- 323 WIERSMA D, GIEL R, KLUITER H, NIENHUIS FJ (1992) Direct treatment costs of day treatment with additional ambulatory care as a substitute for hospitalization: VI. Reports from the Drenthe substitution project. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34: 158–169
- 324 WIERSMA D, KLUITER H, NIENHUIS FJ, RUPHAN M (1995) Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry* 166: 52–59
- 325 WIETASCH A-K, KIEFER M, SPITZER M (2007) Neuropsychologie. In: ROHDE A, MARNEROS A (Hg.) *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart: 305–323
- 326 WIJNHOFEN HA, KRIEGSMAN DM, SNOEK FJ, HESSELINK AE, DE HAAN M (2003) Gender differences in health-related quality of life among asthma patients. *Journal of Asthma* 40: 189–199
- 327 WILHELM K, PARKER G (1994) Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? *Psychological Medicine* 24: 97–111
- 328 WILHELM K, ROY K, MITCHELL P, BROWNHILL S, PARKER G (2002) Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106: 45–53
- 329 WILLER B, MILLER GH (1978) On the relationship of client satisfaction to client characteristics and outcome of treatment. *Journal of Clinical Psychology* 34: 157–160
- 330 WILLIAMS CL (1989) *Gender differences at workwomen and men in nontraditional occupations*. University of California Press, Berkeley

- 331 WINSTEAD BA (1986) Sex differences in same-sex friendships. In: DERLEGA VJ, WINSTEAD BA (Hg.) *Friendship and social interaction*. Springer, New York: 81–100
- 332 WITTCHEN HU, ESSAU CA, VON ZERSSEN D, KRIEG JC, ZAUDIG M (1992) Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 241: 247–258
- 333 WOLFERSDORF M, KUKLA R (2004) Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland – Klinische stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung 2003. Übersicht nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland (BAG Psychiatrie). *Krankenhauspsychiatrie* 15: 12–15
- 334 WOLTER DK (2004) Gerontopsychiatrische Tageskliniken. In: EIKELMANN B, REKER T (Hg.) *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik – Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart: 83–96
- 335 WORELL J (2001) *Encyclopedia of women and gender – sex similarities and differences and the impact of society on gender*. Academic Press, San Diego
- 336 WORELL J (1988) Women's satisfaction in close relationships. *Clinical Psychology Review* 8: 477–498
- 337 WORMSTALL H, MORAWETZ C, ADLER G, SCHMIDT W, GÜNTNER A (2001) Behandlungsverläufe und therapeutische Effektivität in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 69: 78–85
- 338 YONKERS KA, BRAWNMANN-MINTZER O (2002) The pharmacologic treatment of depression: Is gender a critical factor? *Journal of Clinical Psychiatry* 63: 610–615
- 339 YUEN P, BALARAJAN R (1989) Unemployment and patterns of consultation with the general practitioner. *British Medical Journal* 298: 1212–1214
- 340 ZEECK A, HERZOG T, KUHN K, HARTMANN A, SCHEIDT C, WIRSCHING M (2002) Teilstationäre Psychotherapie. Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 52: 492–499
- 341 ZLOTNICK C, SHEA MT, PILKONIS PA, ELKIN I, RYAN C (1996) Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry* 153: 1021–1027
- 342 ZWERLING I, WILDER JF (1964) An evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines* 2: 162–185