

Interview mit Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler anlässlich der Verleihung des  
Constance Pascale – Helen Boyle Prize durch die European Psychiatric Association (EPA)

# Geschlechtsunterschiede bei psychiatrischen Erkrankungen und ihre klinische Relevanz

Anita Riecher-Rössler, Silke Bachmann

**SB: Frau Professor Riecher-Rössler, dieser Preis wird für aussergewöhnliche Leistungen und Errungenschaften für die europäische Psychiatrie verliehen, und zwar ausschliesslich an Frauen. Ihnen wurde dieser Preis für wissenschaftliche und klinische Tätigkeiten zur Früherkennung von Psychosen und die Bearbeitung frauenspezifischer bzw. Gender-Fragestellungen in der Psychiatrie zuerkannt. Waren Sie überrascht, als Sie von Ihrer Nominierung erfuhren?**

ARR: Ja, das war ich, denn frau kann sich für den Preis nicht bewerben, sondern muss vorgeschlagen werden. Übrigens werden bei der Preisvergabe nicht frauenspezifische Themen gewürdigt sondern ganz allgemein Verdienste um die Psychiatrie in Europa.

**SB: Wie wird dieser Preis Ihre weitere Karriere beeinflussen?**

ARR: Der Constance Pascale – Helen Boyle Prize erhöht die Visibilität. Vielleicht gibt er meiner Stimme in Gremien mehr Gewicht. An meiner Karriere wird sich wahrscheinlich nichts mehr ändern.

**SB: Helen Boyle wurde vor rund 80 Jahren die erste Präsidentin der Vereinigung, die wir heute als das renommierte Britische «Royal College of Psychiatrists» kennen. Hier sehe ich eine Parallele zu Ihnen: Sie waren 1998 die erste Ordinaria für Psychiatrie und Psychotherapie im deutschsprachigen Raum, der immerhin etwa 40 Psychiatrische Universitätskliniken umfasst. Was – ausser Interesse am Fach, Intelligenz und Fleiss – brauchten Sie, um zu dieser damals reinen Männerdomäne zugelassen zu werden?**

ARR: Für mich waren Stärkung des Selbstbewusstseins und soziale Unterstützung wichtig. Es gab Menschen, die mir rieten, mich zu bewerben, da ich die Voraussetzungen dafür mitbrachte.

Bei vergleichbaren Fähigkeiten und Leistungsausweisen verkaufen sich Frauen oft schlechter als Männer, weil sie sich unterschätzen. Um dieses Dilemma zu überwin-

den, ist Ermutigung durch vertraute Personen wichtig.

Auch wenn eine Frau eine Führungsposition erreicht, hören die Schwierigkeiten nicht auf. Oft entsteht dann ein Doublebind: Entweder die Frau wird als nicht führungsstark wahrgenommen oder als zu männlich-dominant. Richtig machen können es Frauen in Führungspositionen selten.

**SB: In den letzten 20 Jahren hat sich die Zahl der Ordinariae zwar vergrössert, aber sie sind im deutschsprachigen Raum immer noch in der Minderzahl. In der Schweiz ist eine Ordinaria in der Psychiatrie und Psychotherapie hinzugekommen sowie eine weitere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In Deutschland liegt die Quote seit einem Jahr etwas über 10%. Haben Sie diese Entwicklung so vorausgesehen und wie erklären Sie sich diese?**

ARR: Nein, vor 20 Jahren herrschte eine Aufbruchstimmung, die auf die 68er- und Post-68er-Generation zurückging. Wir dachten, dass es zu einer raschen Angleichung zwischen den Geschlechtern in der Verteilung von Führungspositionen kommen werde. Doch die Jüngeren haben jetzt – so manchmal mein Eindruck – ein konservativeres Verständnis als wir. So hören meine brillantesten Doktorandinnen nach der Promotion auf, sich wissenschaftlich zu engagieren. Das Pendel hat sich wieder in die andere Richtung bewegt. Aber das ist wohl eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung: Prä-aufklärerisches Denken überwiegt in vielen Lebensbereichen wieder.

**SB: Wie kamen Sie zu Ihren Schwerpunkten? Gab es Ereignisse, Begegnungen o.ä., die Ihre speziellen Interessen geweckt haben?**

ARR: Am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim hat mich Professor Häfner gebeten, die stellvertretende Leitung einer Studie zu übernehmen, in der Geschlechtsunterschiede bei schizophren Erkrankten erforscht wurden. Daraus ist später die bekannte ABC-Studie hervorgegangen. In

dieser Studie fanden wir den verzögerten und zweigipfligen Erkrankungsbeginn bei Frauen. Damals gründeten meine Hypothesen auf Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse. Der Austausch mit einem Endokrinologen brachte das Östrogen als relevanten Faktor ins Spiel. So entstand ein gewisser Spagat, der bis heute besteht: meine Interessen an Psychosen einerseits und frauenspezifische Themen andererseits.

Die Lektüre der Schriften von Hans Huber konfrontierte mich mit dessen Beobachtungen eines langsamen Beginns der schizophrenen Erkrankungen, und ich entwarf einen Fragenbogen, um dies bei Patienten zu erfassen (das IRAOS). Wir fanden dann in dieser ersten grossen repräsentativen Studie, dass 70% der Erkrankungen tatsächlich allmählich beginnen. In dieser Zeit kam Patrick McGorry als junger Arzt ans ZI und übersetzte die genannten Ideen in die weltweit erste prospektive Früherkennungsforschung, bei der die zugehörige EPPIC Clinic in Melbourne eine grosse Rolle spielt.

Sobald ich die Möglichkeit hatte, nämlich als ich nach Basel berufen wurde, baute ich ebenfalls ein klinisches Früherkennungsangebot auf. Später erforschten wir auch den Erkrankungsbeginn und führten mittlerweile verschiedene Langzeit- und Ultralangzeit-Studien (bis 15 Jahre) durch.

Psychisch erkrankte Frauen habe ich aus verschiedenen Perspektiven betrachtet: Einerseits hat die Sicht der Endokrinologie zum Interesse an Besonderheiten peripartal und in der Menopause beigetragen. Andererseits haben mich immer auch die psychosozialen Einflüsse interessiert. Wichtig ist mir stets eine ganzheitliche, biopsychosoziale Sichtweise. Welchen Einfluss haben z.B. geschlechtsunterschiedliche Sozialisierungen und Geschlechtsrollenstereotype auf das psychische Befinden von Frauen und Männern? Mir erscheint es wichtig, dass Frauen mehr Selbstbewusstsein und Stärke finden. Als politisch denkende Person hat mich u.a. auch das Thema «Gewalt gegen Frauen» bewegt. Wenn wir im klinischen Alltag, besonders in der Kri-

senintervention, nicht gezielt danach fragen, übersehen wir die Folgen von oft.

**SB: Inwieweit hat Ihre Forschung zu Früherkennung und Prävention etwas für die klinische Arbeit und vielleicht sogar für unser Gesundheitswesen bewirkt?**

ARR: «Meine Themen», nämlich Geschlechtsunterschiede in der Ätiologie und Therapie psychischer Erkrankungen und die Früherkennung psychotischer Erkrankungen, sind in den letzten Jahrzehnten wohl mehr ins Bewusstsein gerückt, sowohl in Fach- als auch in Laienkreisen. In puncto Konsequenzen hat die Früherkennungsforschung mehr Spuren hinterlassen. Viele Niedergelassene haben hier inzwischen gute Kenntnisse, sodass die Betroffenen oft ambulant abgeklärt und behandelt werden können, wo früher stationäre Aufenthalte notwendig waren. Auch ist die Zahl der Früherkennungszentren deutlich gestiegen; in einigen europäischen Ländern war ich dabei beratend tätig.

Kürzlich haben wir eine Befragung zum Stand der Entwicklung in 38 europäischen Ländern publiziert.

**SB: Können wir uns Prävention und Früherkennung eigentlich bald nicht mehr leisten, weil die Ressourcen im Gesundheitswesen knapper werden?**

ARR: Nein, im Gegenteil! Studien zeigen, dass es eher Kosten spart, wenn man früh erkennt und behandelt. Auch wäre es unklug, nur auf das Gesundheitswesen zu blicken. Aus einer übergeordneten Perspektive, unter Einschluss der Sozialsysteme, ist es sicher massiv kostensparend, Chronifizierungen mit Arbeitsausfällen und Frühberentungen

zu vermeiden. Die Psychiaterinnen und Psychiater sind hier gefragt, aktiv zu werden.

Mir scheint, als sei das Stigma, mit dem unsere Patientinnen und Patienten leider immer noch behaftet sind, auf uns selbst übergegangen. In vieler Hinsicht fühlen wir uns im Vergleich mit anderen medizinischen Fächern und der Psychologie relativ ohnmächtig und verhalten uns auch so. Wir sollten daran etwas ändern, uns besser durchsetzen – eine Veränderung, die im eigenen Kopf beginnen sollte.

**SB: Wo stehen wir heute im Hinblick auf die Umsetzung des Gender-Wissens in der Psychiatrie?**

ARR: Hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede ist das Wissen über Besonderheiten bei Frauen inzwischen relativ gut ausgeprägt, anders ist es bezüglich der Männer. In Aus-, Weiter- und Fortbildung wird selten über Gender-Aspekte gesprochen. Ich selbst thematisiere dies regelmässig z.B. in Vorlesungen, gehe sowohl auf psychopharmakologische als auch auf psychosoziale Faktoren ein. Insgesamt wäre es jedoch wichtig, das vorhandene Wissen stärker zu verbreiten.

**SB: Wie kann man heute gute Forschung betreiben?**

ARR: Gute Forschung heisst für mich persönlich: klinisch relevante und methodisch einwandfreie Forschung. Die Ergebnisse müssen Patientinnen und Patienten zu Gute kommen, z.B. in dem herausgefiltert wird, was im psychiatrischen Alltag wirklich nützt, was unser «evidence-based» Handeln stützt.

Neue, ungewöhnliche Ideen zu beforschen ist

allerdings schwerer geworden, weil die grossen Fördereinrichtungen eher jene Themen unterstützen, wo schon Ergebnisse vorgewiesen worden sind.

**SB: Wie konnten Sie über so lange Zeit Beruf und Privatleben vereinbaren?**

ARR: Mein Beruf hat mir immer grosse Freude bereitet und ist quasi gleichzeitig mein Hobby. Dasselbe gilt für Kinder und Familie – mit den Kindern habe ich mich von der Arbeit erholt und bei der Arbeit von den Kindern. Viel mehr war gar nicht nötig.

**SB: Würden Sie jungen Kolleginnen eine universitäre Laufbahn empfehlen? Wie lässt sich Beruf und Familie heute vereinbaren?**

ARR: Auf jeden Fall würde ich die universitäre Laufbahn empfehlen! Ich rate jungen Frauen, sich den richtigen Partner zu suchen, der sie unterstützt. Darüber hinaus empfehle ich, möglichst viel Hilfe in Anspruch zu nehmen und in allen Bereichen zu delegieren, vor allem bei der Hausarbeit, aber auch in der Klinik.

**SB: Was würden Sie gerne noch erreichen?**

ARR: Ich stehe am Ende meiner universitären Laufbahn ... (lacht). Gerne möchte ich weiterhin Mentoring-Funktionen für Früherkennungszentren und junge Kolleginnen übernehmen.

**Korrespondenz:**

Prof. Dr. med. Silke Bachmann

Clenia Littenheid AG

Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

CH-9573 Littenheid

Silke.Bachmann[at]clenia.ch