

Faktenblatt: Depression und (Häusliche) Gewalt

Ulrike Janz, Marion Steffens, Andrea Stolte

unter Mitarbeit von Gabriele Dennert (lesbische und bisexuelle Frauen), Christiane Ernst (Postpartale Depression),
Monika Pelkmann (Frauen mit Behinderung/chronische Erkrankung)

Definition Depression

„Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt.“ Definition und Einordnungen der Depression sind aktuell in Bewegung. Diese Definition findet sich in der 2. Auflage der Konsultationsfassung der Nationalen S3 Leitlinie/Versorgungsleitlinie Unipolare Depression von Juli 2015. Auch für die aktuellen Überarbeitung der ICD 10-Klassifikation (Version 2016) wurden - im Vergleich zu vorherigen Versionen - erhebliche Veränderungen vorgenommen. Im untenstehenden Kasten finden sich die entsprechenden Passagen:

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

10. Revision - German Modification (ICD 10) Version 2016

Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörung

Affektive Störungen

Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur **Depression** - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

Depressive Episode

Bei den typischen leichten, mittelgradigen oder schweren Episoden leidet der betroffene Patient (oder die betroffene Patientin) unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

und unter **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen** wie folgt:

Angst und depressive Störung, gemischt

Diese Kategorie soll bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt. Treten ängstliche und depressive Symptome in so starker Ausprägung auf, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen, sollen beide Diagnosen gestellt und auf diese Kategorie verzichtet werden

Posttraumatische Belastungsstörung

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (...). Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten.

Anpassungsstörungen

Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten (...). Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein.

Prävalenz von Depression

„Depressionen zählen zu den häufigsten, aber hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung meistunterschätzten Erkrankungen. Die Anzahl neuer Erkrankungsfälle innerhalb eines Jahres, die so genannte **Jahresinzidenz**, liegt bei ein bis zwei Erkrankungen auf 100 Personen. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression (alle Formen) zu erkranken (**Lebenszeitprävalenz**), liegt national wie international bei 16-20%. Das Lebenszeitrisiko für eine *diagnostizierte Depression* liegt laut Selbstauskunft in der ersten Erhebungswelle der aktuellen *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)* bei 11,6 %. Laut dieser Studie leiden nach Selbstauskunft aktuell ca. 8,1 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren unter einer *depressiver Symptomatik*. (...) Damit liegt die Anzahl der Betroffenen in Deutschland, die in einem Zeitraum von 12 Monaten an einer unipolaren Depression erkrankt sind, bei 4,9 Mio“ (S3-Leitlinie 2015, S. 15).

Depression und Geschlecht

In Deutschland liegt aktuell die Prävalenz für eine Depression in den letzten 12 Monaten für Männer bei 6%, für Frauen bei 10%. Epidemiologische Forschung geht konsistent von einem doppelt so hohen Risiko von Frauen aus, an einer (unipolaren) depressiven Störung zu erkranken. Als Ursachen werden vor allem psychische und soziale Risikofaktoren diskutiert. Kritisch angemerkt als möglicherweise verzerrend werden Faktoren wie unterschiedliche ärztliche Erkennungsschwellen der Depression für Frauen und Männern, die größere Bereitschaft von Frauen, über Symptome zu berichten und eine Tendenz „sämtliche stressreaktive psychische Symptome unter dem Depressionsbegriff abzuhandeln“ (Kühnert 2009). Die genannte Leitlinie zeigt sich von der Relevanz dieser Faktoren jedoch nicht überzeugt: „Grundsätzlich sollten mögliche geschlechtsspezifische Artefakte in der Depressionsdiagnostik (jedoch) berücksichtigt werden, wobei ihr Erklärungspotenzial nicht ausreicht, um das deutliche Überwiegen der Depressionsraten bei Frauen zu erklären“ (S3-Leitlinie 2015, S. 16).

Zahlen zum Zusammenhang Gewalt und Depression

Gewalt in Partnerschaften und sexualisierte Gewalt (in und außerhalb von Partnerschaften), haben gravierende gesundheitliche Folgen. Depression gehört, neben Angstsymptomatiken, zu den schwerwiegendsten und häufigsten psychischen Folgen von Gewalt. Das Risiko, an Depression zu erkranken ist bei einer gewaltbetroffenen Frau um das 2-3fache erhöht (WHO 2013). In der deutschen Prävalenzstudie von 2004 geben 36-46% der gewaltbetroffenen Frauen „Depression/Niedergeschlagenheit“ als psychische Folge von Gewalt an. Der höchste Wert von 46% wird dabei für psychische Gewalterfahrungen angegeben (Müller/Schrötte 2004). Letzteres Ergebnis fand sich auch in anderen Studien: Wenn die gesundheitlichen Auswirkungen verschiedener Gewaltformen getrennt erfasst wurden, erwies sich psychische Gewalt bzgl. Depression als (mindestens) ebenso erkrankungsrelevant wie körperliche Gewalt (Pico-Alfonso et al 2006). Niedriger liegen die Zahlen aus einer Befragung von Patientinnen der Rettungsstelle des Klinikums Charité-Universitätsmedizin Berlin. Hier benennen 57% der gewaltbetroffenen Frauen gesundheitliche Folgen der Gewalt, 15% geben Depressionen an, 33% Angst-/Panikattacken (Brzank 2005).

Eine internationale Überblicksstudie kommt 2013 zu dem Ergebnis, dass 34,7% der gesamten gewaltbezogenen Krankheitsbelastung depressiven Symptomatiken zuzuschreiben ist (Dillon et al 2013).

Für den Zusammenhang zwischen Gewalt und Depression ist komplex:

- a. Depression ist eine gesundheitliche Folge der Gewalt
- b. Das Risiko für Gewalterfahrungen wird durch eine Depression bzw. depressive Symptomatik erhöht
- c. Faktoren wie Suchtmittelkonsum, Armut, Migrationshintergrund uva. können sowohl das Risiko für Gewalterfahrungen wie auch für Depression erhöhen

In einer Metastudie wurde der statistisch hoch relevante Zusammenhang zwischen Häuslicher Gewalt und depressiven Erkrankungen nachgewiesen; dieser gilt in beide Richtungen: Frauen, die Häusliche Gewalt erleben, haben ein verdoppeltes Risiko, depressiv zu werden und depressive Frauen haben ein 2-faches Risiko (weitere) Gewalterfahrungen in einer Partnerschaft zu machen (DeVries et al 2013).

Die Zusammenhänge sind also komplex und multifaktoriell.

Postpartale Depression (PPD) und (Häusliche) Gewalt

Bei 10 bis 15% der Frauen tritt während der Schwangerschaft eine depressive Episode auf. Die **Postpartale Depression** tritt in den ersten vier bis sechs Wochen nach der Geburt auf (in seltenen Fällen auch noch bis zu zwei Jahren nach der Geburt).

Auf der psycho-sozialen Ebene gelten eine geringe soziale Unterstützung und soziale Isolation als zentrale Risikofaktoren für eine PPD. Aber auch ein geringe Verlässlichkeit anderer Personen und Partnerschaftskonflikte sowie Angst und Angstsymptome – während der Schwangerschaft und nach der Geburt – erhöhen die Vulnerabilität (Härtl et al., 2006). Die Frage, inwieweit traumatische Erlebnisse in der Lebensgeschichte der Frau und frühere und aktuelle Gewalterfahrungen eine Rolle für die Entstehung einer PPD haben, wird bisher noch selten diskutiert. In den USA sind 4-8% der Frauen während der Schwangerschaft von Häuslicher Gewalt betroffen (Ludemir et al., 2010, Sharps et al., 2007). Am meisten berichtet wird hierbei über psychische Gewalt (Leung et al., 2002, Yost et al., 2005). Für Deutschland liegen Daten aus einer Münchener Studie vor: 6,7% der Frauen, die stationär auf einer geburtshilflichen Abteilung aufgenommen wurden, hatten Gewalt erfahren, davon 1/3 durch Partner oder Ex-Partner (44% durch Vorgesetzte/Kollegen, 11% durch Fremde und 7% durch andere Familienmitglieder, Stöckl et al. 2010, vgl. Bürmann et al 2014).

Während des Fachgesprächs zum Thema Postpartale Depression als Folge (Häuslicher) Gewalt, das am im August 2015 im Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW stattfand, wurde deutlich, dass die Themen (Häusliche) Gewalt und PPD in Theorie und Praxis bisher weitgehend unabhängig voneinander bearbeitet werden und der Bedarf besteht, die Themen zu verbinden und die jeweils dazu arbeitenden Fachdisziplinen zu vernetzen. Sowohl HG wie PPD sind nach wie vor von einer gewissen Tabuisierung betroffen. So passt die PPD nicht zum Mythos einer „glücklichen Mutterschaft“ bzw. einer „glücklichen Mutter“, während Partnergewalt nicht zum Beziehungs- und Familienideal gehört.

Neben den notwendigen Enttabuisierungen wurden im Fachgespräch weitere Handlungsperspektiven für Intervention und Prävention angedacht:

- ✓ Die Einführung von routinemäßigen Befragungen nach Gewalterfahrungen als Teil der Schwangerenversorgung und Geburtsbetreuung (Screening)
- ✓ die qualifizierte Thematisierung von HG und PPD und deren Zusammenhänge in die Aus- Fort- und Weiterbildung aller medizinischer Berufsgruppen
- ✓ die Schaffung niederschwelliger Angebote für betroffene Frauen.

Im Blick: Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung

Das Leben mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung ist insbesondere für Frauen aufgrund ihrer doppelten Diskriminierung / Benachteiligung (weibliches Geschlecht und Behinderung) mit erheblichen Belastungen verbunden. Das NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung / chronischer Erkrankung NRW führte ein mehrjähriges Projekt zum Thema Depressionen und psychosomatische Störungen als Folge von Behinderung / chronischer Erkrankung durch. Die Ergebnisse des Projekts zeigten einen hohen Zusammenhang zwischen den alltäglichen Belastungen und psychosomatischen Folgeerkrankungen auf.

Zu den oft lebenslangen individuellen Belastungen, wie chronischen Schmerzen, Erschöpfung, Einsamkeit, belastenden Krankenhausaufenthalten etc. kommen vielfältige strukturelle Belastungen wie Benachteiligungen am Arbeitsmarkt, geringes Einkommen, mangelnde Gesundheitsversorgung und nicht zuletzt die hohe Gewaltbetroffenheit hinzu. Depressionen und psychosomatische Störungen können als Folge dieser Belastungen auftreten und wiederum den Umgang mit der Behinderung / Erkrankung erschweren. Dadurch ergibt sich häufig ein negativer Kreislauf, der

nur schwer zu durchbrechen ist, wenn nicht entsprechende Unterstützungsstrukturen vorhanden sind (Nähere Informationen zum Projekt: <http://www.netzwerk-nrw.de/projekte.html>)

Insbesondere die hohe Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderung /chronischer Erkrankung stellt ein erhebliches Risiko für Depressionen und psychosomatische Störungen dar. Dies bestätigen die Ergebnisse der ersten deutschlandweit repräsentativen Studie zur „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ (BMFSFJ 2012). Sowohl in Einrichtungen als auch im häuslichen Bereich sind Frauen verschiedenen Formen von Gewalt ausgesetzt

Für eine verbesserte Prävention müssen Frauen und Mädchen mit Behinderung / chronischer Erkrankung im Sinne von Empowerment in ihrer Selbstschutzkompetenz und ihrem Selbsthilfepotential gestärkt werden. Weitere Handlungsbedarfe bestehen in der Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften im Hinblick auf die besonderen Bedarfe von Frauen und Mädchen mit Behinderung. Vor allem für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen mit einer Lernbehinderung ist eine adäquate psychotherapeutische Versorgung auf- und auszubauen.

Weitere Informationen unter www.netzwerk-nrw.de.

Im Blick: Lesbische und bisexuelle Frauen

Psychosoziale Einflussfaktoren spielen eine Rolle in der Entstehung depressiver Störungen und beeinflussen auch die Möglichkeiten, Unterstützung im sozialen Umfeld und durch die Gesundheitsversorgung zu erfahren. Vor dem Hintergrund der im Lebenslauf erfahrenen Ungleichstellung und Diskriminierung lesbischer und bisexueller Frauen stellen sich für sie andere Herausforderungen als für die heterosexuelle Mehrheit.

Studien konnten zeigen, dass die gesundheitlichen Folgen von Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei lesbischen/bisexuellen Frauen im Lebenslauf kumulieren. Hierzu zählen auch Erfahrungen mit lesbenfeindlicher Gewalt und Diskriminierung, die oftmals mit anderen Marginalisierungserfahrungen (aufgrund des Geschlechts, Rassismus usw.) interagieren. Durch Studien belegt ist mittlerweile, dass nicht-heterosexuelle Frauen häufiger von Suchterkrankungen betroffen sind (Übersicht in: Dennert 2006). Unklar ist jedoch, ob sie auch häufiger an depressiven Erkrankungen leiden – hierzu gibt es widersprüchliche Forschungsergebnisse. Viele lesbische und bisexuelle Frauen verfügen über Ressourcen und Stärken, die ihnen helfen, mit den speziellen Belastungen durch Heterosexismus umzugehen, solange ihre Lebenssituation im Wesentlichen stabil ist. Kommen jedoch weitere starke Belastungen hinzu oder gehen diese Ressourcen plötzlich verloren – durch Verlust der Partnerin, schwere Erkrankung oder soziale Isolationen im Alter –, gewinnen auch die gesundheitlichen Folgen von lesbenfeindlicher Diskriminierung und Gewalt an Bedeutung.

Die ersten repräsentativen Prävalenzdaten von lesbischen und bisexuellen Frauen (und schwulen bzw. bisexuellen Männern) bezüglich Gewalterfahrungen in PartnerInnenschaften liegen seit 2010 aus den USA vor (National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Findings on Victimization by Sexual Orientation der US-Centers for Disease Control and Prevention CDC). Die Studie zeigt insgesamt eine sehr hohe Gewaltbelastung für bisexuelle Frauen. Je nach Gewaltform geben sie 50 – mehr als 100% mehr Gewalterfahrungen als heterosexuelle Frauen an, und ebenfalls erheblich höhere als lesbische Frauen. Bei Lesben ist die Prävalenz erlebter sexualisierter Gewalt (im Erwachsenenalter) innerhalb wie außerhalb von Partnerschaften geringer als bei heterosexuellen Frauen; bei allen anderen Formen von Gewalt in der Partnerschaft (außer Stalking) ist die Gewaltbelastung von Lesben etwas höher, statistisch signifikant allerdings nur bei verbaler psychischer Gewalt. Knapp ein Drittel der angegebenen Häuslichen Gewalt haben Lesben in Beziehungen mit Männern erlebt. Angst und PTBS-Symptome als Folgen von Gewalt sind bei lesbischen etwas höher als bei heterosexuellen Frauen, die Verletzungshäufigkeit bei Lesben ist dagegen erheblich geringer.

Die Frage von Lesben/bi-spezifischen Belastungen und Ressourcen ist für die psychosoziale und gesundheitliche Versorgung bei Gewalt ebenso wie bei depressiven Erkrankungen von Bedeutung. Sie erfordert neben einer allgemein akzeptierenden Grundhaltung gegenüber nicht-heterosexuellen Lebensweisen spezifisches Fachwissen, z.B. zu Beziehungsdynamiken in Frauenbeziehungen, soziale Netzwerke lesbischer und bisexueller Frauen und spezifische Ge-

waltrisiken (Hassgewalt, Gewalt durch die Herkunftsfamilie und männliche Ex-Partner, Gewalt in Frauenbeziehungen).

Im Blick: Migrantinnen

Depression/Psychische Gesundheit und Migration

Eine repräsentative Studie von 2009 stellt die Frage: „Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen?“ (Glaesmer et al. 2009) und beantwortet sie mit einem Nein: „Die Untersuchung zeigt keinen (signifikanten) Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und den untersuchten psychischen Beschwerden.“ Diese Aussage wird allerdings dahingehend eingeschränkt, dass nicht gut integrierte Migranten (und Migrantinnen) und solche mit mangelnden Sprachkenntnissen in der Studie deutlich unterrepräsentiert waren. Die AutorInnen gehen davon aus, dass mangelnde Integration und geringe Sprachkenntnisse das Risiko für psychische Probleme erhöhen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) benennt 2012 für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland einen Faktor von 1,7 als erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken. Und für Frauen ist dieses Risiko noch höher anzusetzen: „Auch wenn bisher noch keine belastbaren Zahlen über die geschlechtsspezifischen Auswirkungen der Risikofaktoren vorliegen, sind Frauen mit Migrationshintergrund besonders gefährdet, eine psychische Erkrankung zu entwickeln“ (Callies 2012, auf der DGPPN-Tagung). Belastbare Zahlen liefert eine repräsentative Studie zum Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung (Aichberger et al. 2012). Hier zeigt sich, dass ältere Migranten und Migrantinnen (über 50 Jahre) mit eigener Migrationserfahrung signifikant mehr depressive Symptome zeigen als ältere Menschen ohne Migrationserfahrung. Der Faktor „weibliches Geschlecht“ erhöht dabei das Risiko für Depression noch einmal erheblich.

Auch für junge migrantische Frauen gibt es eine in diesem Zusammenhang relevante Zahl: Bei jungen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund ist die Selbstmordrate fast doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Frauen aus deutschen Familien. „Sie fühlen sich weder der deutschen noch der türkischen Kultur richtig zugehörig. Wenn die jungen Frauen mit niemandem sprechen und keine Hilfe erhalten, können derartige Konflikte zu scheinbar ausweglosen Situationen werden“ (Dr. Meryam Schouler-Ocak, Charité Berlin, 2012). Frauen mit Zuwanderungsgeschichte brauchen daher spezielle Hilfsangebote, die auf ihre sozialen und kulturellen Konflikte zugeschnitten sind (vgl. Bündnis gegen Depression Region Hannover 2011; Studie: Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund 2008-2011).

Häusliche Gewalt, (psychische) Gesundheit und Migration

2008 wurden die Daten der 2004 veröffentlichten deutschen Prävalenzstudie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (Müller/Schröttle 2004) sekundäranalytisch ausgewertet, um den Zusammenhang von Gesundheit, Migrationshintergrund und Gewalt zu beleuchten (Schröttle 2008). Es wurde untersucht, ob und in welcher Hinsicht sich die gesundheitliche Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheidet, welche Faktoren dafür verantwortlich sein können und welche Auswirkungen Gewalterfahrungen, Diskriminierung und soziale Ungleichheiten in diesem Kontext haben.

In den ersten Auswertungen war eine erhöhte Betroffenheit durch Partnerschaftsgewalt insbesondere bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund festgestellt worden; gewaltbetroffene Frauen türkischer Herkunft erleben häufiger als andere Befragungsgruppen schwerere Formen von Gewalt durch den aktuellen Partner (18% Muster von schwerer bis sehr schwerer körperlicher/sexueller/psychischer Misshandlung, vs. 6% bei Frauen deutscher Herkunft und 9% bei Frauen aus Ländern der ehem. UdSSR). Auch psychische Gewalt, Kontrolle und Dominanz, Drohungen in Paarbeziehungen werden von Ihnen häufiger erlebt.

Die subjektiv wahrgenommene und anhand von Beschwerden beschriebene *gesundheitliche Situation* ist bei beiden beforschten Migrantinnengruppen, insbesondere aber bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund (verstärkt ab 45 Jahren) deutlich schlechter als bei Frauen deutscher Herkunft: Die Anzahl körperlicher Beschwerden ist deutlich erhöht (u.a. Schmerzsymptome, Magen-/Darmbeschwerden, Belastungssymptome, zerebrale Störungen, gynäkologische Beschwerden). Und auch bei psychischen Beschwerden (Angststörungen, Schlafstörungen, Suizidgedan-

ken und Essstörungen in bestimmten Altersgruppen) ist eine tendenzielle Höherbelastung von Frauen mit türkischem Hintergrund festzustellen.

Partnerschaftsgewalt gegen Migrantinnen – Ursachen und Einflussfaktoren

Gesundheit, Gewalt und soziale Situation sind eng miteinander verknüpft. Zwar existiert generell bei Gewalt in Paarbeziehungen kein einfacher Bildungs- und Schichtzusammenhang, dennoch sind erhöhte Gewaltbelastungen und stärkere Gesundheitsfolgen auch auf soziale Faktoren zurückzuführen.

Folgende multifaktorielle Zusammenhänge sind festzustellen:

- soziale Diskriminierung / Chancenlosigkeit (und belastende Familiendynamiken im Zuge der Migration);
- Schwierigkeit der Loslösung aus gewaltbelasteten Beziehungen, auch aufgrund der ökonomischen, beruflichen und gesundheitlichen Situation
- geringere Bildung und geringere Einkommen
- traditionellere Geschlechterverhältnisse mit höherer Gewaltakzeptanz

Erforderlich sind differenzierte Handlungs- und Interventionskonzepte, die dem Bedarf gewaltbetroffener Frauen mit Migrationshintergrund angepasst sind:

- kultursensibel
- mehrsprachig
- die inter- und intrakulturelle Diversität berücksichtigend
- die rechtliche(n) und soziale(n) Situation(en) einbeziehend
- die Diversität unter Migrantinnen gleicher und verschiedener Herkunft und Generationen beachtend

Literatur

Aichberger, C.A., Neuner, B, Hapke, U, Rapp, M a, Schouler-Ocak, M, Busch M A (2012): Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Querschnittstudie, Psychiatrische Praxis 2012; 39: 116-121

Bündnis gegen Depression Region Hannover (2011): Vom türkischen Bauch und der russischen Seele Migration, Gender und Depression, Tagung 2011, <http://www.gesundheitnds.de/index.php/veranstaltungen/dokumentationen/163-migration-gender-und-depression>

Bürmann genannt Siggemann, C.; Klärs, G.; Möhrke, B.; Ernst, C.; Riweler, M.; Kolip, P.; Hornberg, C. (2014): Postpartale Depression – tabuisiert, unterschätzt und unterversorgt. Faktenblatt des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit NRW.

Hier als PDF: <http://frauenundgesundheit-nrw.de/infothek/eigene-publikationen/>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit (HRSG.) (2012): *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland*“, Projektleitung: Prof. Dr. Claudia Hornberg und Dr. Monika Schröttle (Projektleitung), Bielefeld

Callies, I. T. (2012): Risikofaktor Migration Sozialpsychiatrische Aspekte, Vortrag auf dem Hauptstadtsymposium Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland, Berlin, September 2012

Centers for Disease Control and Prevention CDC (2010): National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Findings on Victimization by Sexual Orientation

DGPPN (2012): 12. Hauptstadtsymposium: „Psychisch krank durch Migration? Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland“ <http://www.dgppn.de/veranstaltungen/hauptstadtsymposium/migration.html> , Berlin, September 2012 (Alle Vorträge sind im Internet zu finden)

Dennert, G. (2006): Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen - eine Übersicht europäischer Studien. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 2006, 38(3):559-76.

Dennert, G (2015): Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. In: Petra Kolip und Klaus Hurrelmann (Hrsg.): *Handbuch Geschlecht und Gesundheit – Männer und Frauen im Vergleich*. Huber / Hogrefe, Bern (im Erscheinen).

Dibble, S L. / Robertson, Patricia A. (Eds.) (2010): *Lesbian Health 101. A Clinician's Guide*. University of California Nursing Press, San Francisco.

Devries, K.M. , Mak , J. , Bacchus , L. J.; Child , J. C., Falder , G. , Petzold , M., Astbury, J., Watts, C. H.(2013): Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001439 PLOS Collections

Dillon, G., Hussain R., Loxton, D., Rahman, S. (2013): Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature, *International Journal of Family Medicine*, Vol 2013 (2013), <http://dx.doi.org/10.1155/2013/313909>

Glaesmer, H, Wittig, U. Brähler, E, Martin, A, Mewes, R, Riel, W (2009): Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an eine repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung, *Psychiatrische Praxis* 2009; 36: 16-22

ICD-10-GM 2014 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification

Leung, W.C.; Wong, Y.Y., Leung, T.W., Ho, P.C. (2002): Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. In: *Int. Gynecol Obstet* 2002: 79: 159-166.

Kühnert, Christine (2010): Stand der Genderforschung zum Thema Depression, in: *Depression – Gendersensible Ansätze für Fachkräfte*, Dokumentation der Fachtagung vom 26.08.2009, herausgegeben vom Team Gleichstellung der Region Hannover

Ludemir, A., B.; Lewis, G.; Valongueiro, S., A.; de Araujo, T., V., H.; Araya, R. (2010): Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. In: *Lancet* 2010; 376: 903-910. Published online: www.thelancet.com

Müller, U, Schröttle, M (2004): *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland - Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*, Berlin, Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. Download der Kurz- und Langfassungen der Studie im Internet unter: www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html

Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, I.M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C, Echeburúa, E., Martinez, M. (2006): The impact of physical, psychological, and sexual intimate mal partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide, *Journal of Women's Health*, vol. 15, no. 5, pp. 599–611

Schouler-Ocak, M (2010) zitiert in: *Beende Dein Schweigen, nicht Dein Leben! - Neues Hilfsangebot für türkische Frauen mit Selbstmordgedanken*, Website des Bundesministeriums für bildung und Forschung <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/beende-dein-schweigen-nicht-dein-leben.php>

Schröttle, M (Projektleitung, 2008): Gesundheit-Gewalt-Migration - Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland, Ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Download der Kurz- und Langfassungen im Internet unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=1087>

Sharps, P.W.; Laughon, K.; Giangrande, S.K. (2007): Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. In: Trauma Violence Abuse 2007:8: 1105-116.

Stöckl, H., Hertlein, L., Friese, K., Stöckl, D. (2010). Partner, workplace, and stranger abuse during pregnancy in Germany. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 111, 136- 139.

WHO (2013): Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health of intimate partner violence and nonpartner sexual violence, Genf

Yost, N.P.; Bloom, S.L.; McIntire, D.D.; Leveno, K.J. (2005): A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. In: Obstet Gynecol 2005: 1006: 61-65.

Impressum:

Herausgegeben vom

Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW
Gesundheitscampus-Süd 9, 44801 Bochum

Verantwortlich für den Inhalt:

Ulrike Janz
janz@frauenundgesundheit-nrw

Veröffentlichung: Januar 2016

Die Erstellung dieses Textes erfolgte im Kontext des Netzwerks Frauengesundheit und Gewalt in NRW