

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Professor Dr. med. Hans-Jürgen Möller

**EINFLUSS DER GESCHLECHTSROLLENORIENTIERUNG
AUF WOHLBEFINDEN, DEPRESSIVE SYMPTOME
UND HILFESUCHVERHALTEN BEI JUNGEN MÄNNERN.
- ERGEBNISSE EINER REPRÄSENTATIVEN BEFRAGUNG -**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Julia Heller
aus
Gräfelfing
Jahr 2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Priv.-Doz. Dr. rer. soc. Anne Maria Möller- Leimkühler
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Joest Martinius Prof. Dr. Thomas Bronisch Prof. Dr. Karl-Hans Englmeier
Dekan:	Prof. Dr. med. Dr. h. c. Maximilian Reiser, FACR
Tag der mündlichen Prüfung:	30.10.2008

Danken möchte ich

Frau Priv.-Doz. Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler, Diplom-Sozialwissenschaftlerin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München, für die Überlassung des Themas sowie ihre stetige und ausdauernde Unterstützung der Arbeit mit zahllosen Denkanstößen und klärenden Diskussionen während der Durchführung und Auswertung der Studie,

Herrn Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München, für die Möglichkeit, die Studie unter seiner Schirmherrschaft durchführen zu können,

Frau Dr. med. Nicola-Constanze Paulus, Medizinaldirektorin des Kreiswehersatzamtes München, für Ihre freundliche Genehmigung, die Studie im Kreiswehersatzamt München realisieren zu dürfen und Ihre Unterstützung bei der praktischen Durchführung,

den Ärzten des Kreiswehersatzamtes München für Ihre Mühe und Geduld bei der Rekrutierung der Probanden,

Herrn Dr. Michael Wiseman, Leiter der Gruppe Benutzerunterstützung des Leibnitz-Rechenzentrums (LRZ), für seinen kritischen und fundierten Beitrag zu den statistischen Grundlagen der Auswertung,

den 1004 anonymen Probanden, die von Juli bis September 2003 im Rahmen ihrer Musterung im Kreiswehersatzamt München freiwillig an unserer Studie teilgenommen haben,

und allen anderen nicht namentlich erwähnten, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen.

INHALTSVERZEICHNIS

1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	6
1.1 Hinführung an das Thema	6
1.2 Die Geschlechtsrollenorientierung.....	7
1.2.1 Geschlechtsrollenentwicklung	8
1.2.2 Die traditionelle männliche Geschlechtsrolle	8
1.2.3 Eindimensionales Geschlechtsrollenmodell.....	9
1.2.4 Wandel der männlichen Geschlechtsrolle.....	9
1.2.5 Modell der psychischen Androgynie	10
1.3 Das subjektive Wohlbefinden	11
1.3.1 Wichtige Studien	11
1.3.2 Bedeutung	11
1.3.3 Einflussfaktoren.....	13
1.4 Die Depression	13
1.4.1 Klassifikation und Krankheitsbild.....	14
1.4.2 Epidemiologie	16
1.4.3 Bedeutung	16
1.4.4 Wichtige Studien	17
1.4.5 Konzept des männlichen depressiven Syndroms	19
1.4.6 Niedrige Prävalenz oder Unterdiagnostizierung der männlichen Depression?	21
1.5 Das Hilfesuchverhalten (help seeking behaviour).....	23
1.5.1 Wichtige Studien	23
1.5.2 Unzureichendes Hilfesuchverhalten von Männern.....	24
1.5.3 Erklärungsansätze.....	25
2 FRAGESTELLUNG	28
3 METHODIK UND STICHPROBE.....	29
3.1 Methoden.....	29
3.1.1 GEPAQ.....	29
3.1.2 WHO-5.....	30
3.1.3 Gotland Male Depression Scale.....	31
3.1.4 Hilfesuchverhalten, Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit.....	33
3.1.5 Soziodemographische Daten	33
3.2 Stichprobe und Durchführung	33
3.3 Statistische Auswertung	34
4 ERGEBNISSE DER STUDIE	36
4.1 Deskriptive Darstellung	36
4.1.1 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	36
4.1.2 GEPAQ.....	36
4.1.3 WHO-5.....	39
4.1.4 Gotland Male Depression Scale.....	41

4.1.5 Hilfesuchverhalten	43
4.1.6 Arztkonsultation	46
4.1.7 Zufriedenheit mit der Gesundheit	47
4.2 Einflussfaktoren auf Wohlbefinden, depressive Symptome, Hilfesuchverhalten und Zufriedenheit mit der Gesundheit	48
4.2.1 Einfluss der soziodemographischen Daten	48
4.2.2 Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf das Wohlbefinden	50
4.2.3 Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf depressive Symptome	53
4.2.4 Zusammenhang des Depressionsrisikos nach WHO-5 und Depressionsanzeichen nach der Gotland Male Depression Scale	59
4.2.5 Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf das Hilfesuchverhalten in Konfliktsituationen	61
4.2.6 Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf Arztkonsultationen	69
4.2.7 Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf die Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit	70
5 DISKUSSION	75
5.1 Bewertung der Fakten	75
5.2 Interpretation der Ergebnisse im Literaturvergleich	75
5.2.1 Soziodemographische Daten	75
5.2.2 Geschlechtsrollenorientierung	76
5.2.3 Allgemeines Wohlbefinden und Depressionsrisiko	77
5.2.4 Zufriedenheit mit der Gesundheit	84
5.2.5 Hilfesuchverhalten	86
5.3 Limitierung der Studie und Ausblick	88
5.3.1 Kritische Anmerkungen zur Studie	88
5.3.2 Offene Fragen, Ausblick und Empfehlung	89
5.3.3 Praxisrelevante Schlussfolgerungen	90
6 ZUSAMMENFASSUNG	91
7 LITERATURVERZEICHNIS	94
8 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	103
9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	104
10 TABELLENVERZEICHNIS	105
11 ANHANG	
Fragebögen	
Curriculum Vitae	

1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

1.1 HINFÜHRUNG AN DAS THEMA

Die postmoderne, westliche Gesellschaft verlangt dem Individuum ab, sich in ein neues Rollenverständnis einzufügen, selbst neue soziale Leitbilder zu kreieren und in den eigenen Lebensentwurf einzupassen. Äthologische Faktoren wie die größer werdende geographische und soziale Mobilität, zunehmende Urbanisierung, die Veränderungen in Familien- und Unternehmensstrukturen und der sozialen Geschlechterrollen tragen dazu bei, neue Rollendefinitionen im Besonderen für Männer jüngerer Geburtskohorten nötig werden zu lassen.

Aber wie geht es den jungen Männern in der späten Adoleszenz im Konflikt zwischen traditionell geprägtem männlichen Rollenverständnis und der Suche nach einem neuen Selbstkonzept in dieser Phase der Neuorientierung in der Gesellschaft?

Jedes Individuum kann unabhängig von seinem biologischen Geschlecht einem der vier Typen der so genannten Geschlechtsrollenorientierung zugeordnet werden. Je nach überwiegen typisch weiblicher beziehungsweise typisch männlicher Attribute werden die vier Erscheinungsformen, nach definierten Kriterien charakterisiert. Eine solche Einteilung ist bei geschlechtsspezifischen Betrachtungen besonders sinnvoll und findet daher auch in der vorliegenden Arbeit Anwendung.

Die Geschlechtsrollenorientierung scheint auf das subjektive Wohlbefinden des Einzelnen Einfluss zu nehmen - dieser Zusammenhang ist bisher jedoch nur mangelhaft untersucht worden. Da das subjektive Wohlbefinden ein wesentlicher Parameter der Lebensqualität ist, erscheint eine genauere Analyse in diesem Kontext lohnenswert.

Besondere Bedeutung kommt auch der Depression zu, da sie für den Betroffenen und sein Umfeld nicht nur hohen Leidensdruck bedeutet, sondern zum Teil auch extreme Verhaltensveränderungen mit sich bringt. Das Krankheitsbild der Depression ist wissenschaftlich gut untersucht. Da sie jedoch immer noch häufig verkannt wird, drängt sich der Verdacht auf, dass entscheidende Einflussgrößen der Depression noch nicht ausreichend verstanden sind. Vor dem Hintergrund ansteigender Inzidenz psychischer Störungen, sinkendem Ersterkrankungsalter und hoher Suizidraten stehen insbesondere junge Männer in der späten Adoleszenz sowie die „männliche“ Depression im Zentrum des

Interesses. Diese Arbeit beschäftigt sich im Speziellen mit der Geschlechtsrollenorientierung als bisher weitgehend unbedachten Aspekt im Krankheitsgeschehen.

Um defiziente körperliche wie seelische Zustände zu erkennen und zu bekämpfen, werden zahlreiche Methoden der ärztlichen und sozialpsychologischen Hilfe angeboten. Besonders im Umgang mit psychischen Problemen spielt die gesellschaftliche Prägung eine große Rolle. Die Akzeptanz verschiedener Bewältigungsstrategien scheint entscheidend vom Geschlecht respektive der Geschlechtsrollenorientierung und –identität des Einzelnen abhängig zu sein.

Diese knapp skizzierten Wechselbeziehungen und die im Kontext aufklaffenden Verständnislücken offenbaren den enormen Forschungsbedarf im angeschnittenen Themenkomplex. Für die vorliegende Arbeit ergibt sich hieraus das nachfolgend formulierte Thema:

**Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf Wohlbefinden, depressive Symptome
und Hilfesuchverhalten bei jungen Männern.
- Ergebnisse einer repräsentativen Befragung -**

Der strukturelle Aufbau der Arbeit ist zweiteilig: Im theoretischen Teil werden die elementaren Aspekte der Themenkreise Geschlechtsrolle und Geschlechtsrollenidentität, subjektives Wohlbefinden, Depression und Male Depression sowie Hilfesuchverhalten jeweils unter besonderer Berücksichtigung maskuliner Spezifika beleuchtet sowie die wichtigsten, wissenschaftlichen Forschungsergebnisse dargelegt. Der nachfolgende empirische Teil beschäftigt sich mit der methodischen Realisierung und der Durchführung dieser Studie. Anschließend werden die Untersuchungsergebnisse ausführlich dargestellt und im Literaturvergleich diskutiert.

1.2 DIE GESCHLECHTSROLLENORIENTIERUNG

Das Geschlecht kann nicht nur, wie oft in Medizin und klinischer Psychologie praktiziert, als biologische Individuums- und Persönlichkeitsvariable gesehen werden. Das Geschlecht ist eine soziale Kategorie, die als grundlegendes Prinzip der gesellschaftlichen Organisation das Verhältnis der Geschlechter zueinander strukturiert. In der vorliegenden Arbeit wird daher zwischen der Geschlechtszugehörigkeit (sex) und der sozialen Geschlechtsrolle (gender) unterschieden. Das biologische Geschlecht (sex) legt ein spezifisches Verhaltensrepertoire keineswegs fest, dient aber als Bezugspunkt für geschlechtsspezifische Konstruktionen von Weiblichkeit und Männlichkeit qua Geschlechtsrolle (gender). „Diese umfasst die kulturell vorherrschenden Erwartungen und sozialen Normen, die festlegen,

welche Fähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen und Verhaltensweisen für eine Frau oder einen Mann typisch, angemessen und sozial erwünscht sind.“ (Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003: S.132) Diese Kodierung von „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ ist Bestandteil eines gesellschaftlich verfügbaren, wenig hinterfragten Wissensbestandes über die Zweigeschlechtlichkeit, der auf Alltagserfahrungen, wissenschaftlichen Erkenntnissen, Vorurteilen und Ideologien basiert. [Vgl. Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003]

1.2.1 GESCHLECHTSROLLENENTWICKLUNG

Rollenerwartungen und das zugehörige Rollenverhalten werden im Laufe der Sozialisation internalisiert. Verhaltensweisen wichtiger Individuen, wie Eltern und Geschwister, und die Reaktionen anderer auf diese Verhaltensweisen, werden beobachtet und imitiert. Geschlechtsspezifische Verhaltensspielregeln werden besonders in der frühen Kindheit und der Pubertät durch Einflüsse von Familie, Schulkameraden, Peergruppen und der Gesellschaft gelernt. Die frühen Bande mit den Eltern, geschlechtsspezifische Präferenzen für Spiele, Spielsachen und Spielkameraden, Peergruppenakzeptanz oder –ablehnung, sowie die Entwicklung von Intimität und sexueller Vorlieben sind psychosoziale Ereignisse, die die Geschlechtsrollenentwicklung in unterschiedlichem Ausmaß beeinflussen. Auf diese Weise werden die traditionellen Geschlechtsrollen adaptiert und gehen in die Selbstkonzepte der Individuen ein und werden damit zum Bewertungsmaßstab für das eigene Verhalten und Empfinden. [Vgl. Jakupcak, 2003; Mahalik & Cournoyer, 2000; Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003]

1.2.2 DIE TRADITIONELLE MÄNNLICHE GESCHLECHTSROLLE

Die traditionelle männliche Geschlechtsrolle ist durch Attribute wie Streben nach Macht und Dominanz, Aggressivität, Mut, Erfolg, Effizienz, Rationalität, Wettbewerbsbestreben, Unabhängigkeit, Aktivität, Kontrolle und Invulnerabilität charakterisiert. In den westlichen Kulturen impliziert Maskulinität auch das Nichtzulassen von Ängsten. Traditionell werden Wut, Aggressivität und Feindseligkeit als männliche Kodierung von Expressivität sozial akzeptiert. [Vgl. Möller-Leimkühler, 2003]

Die Fixierung auf Leistung garantiert dem Einzelnen bei Erfolg soziale Anerkennung, mit allen positiven Effekten auf Identität und Gesundheit. Andererseits stellt diese Leistungsfixierung das Individuum unter enormen Erwartungsdruck und kann Versagensängste, und resultierend Disstress verursachen. Jugendliche reagieren auf diese Verunsicherung oftmals mit „exzessiver Maskulinität“ (in Form von risikobehaftetem Verhalten, Aggressivität und Gewalttätigkeit) zur Unterstreichung ihrer Männlichkeit.

Während Leistungsorientierung sozial akzeptiert und gefördert wird, wird emotionale Expressivität bei männlichen Individuen traditionell abgelehnt. Dementsprechend wird

Knaben gelehrt, Symptome stoisch zu ignorieren („Jungen weinen nicht!“). Auf diese Weise wird die Schwelle zur Mitteilung von Schmerz und emotionaler Sensibilität, speziell im Kontext von Gefühlen wie Schwäche, Unsicherheit, Hilflosigkeit und Traurigkeit, erhöht und führt zu emotionaler Restriktion. Da keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Expressivität von Neugeborenen zu finden sind, ist gemäß McConatha et al. (1997) davon auszugehen, dass die emotionale Kontrolle mit dem Alter ansteigt. [Vgl. Möller-Leimkühler, 2003]

1.2.3 EINDIMENSIONALES GESCHLECHTSROLLENMODELL

„Bis in die 70er Jahre ging man auch in den Sozialwissenschaften davon aus, daß Maskulinität und Femininität als einander ausschließende Merkmale einer gelungenen männlichen und weiblichen Geschlechtsrollenidentität zu verstehen seien.“ (Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003: S.132) Dies haben Ergebnisse der Stereotypenforschung bestätigt, die männliche und weibliche Rollenerwartungen als gegensätzliche Pole einer Dimension identifizierten: der Instrumentalität als männliches Rollenstereotyp (aggressiv, aktiv, rational, zielorientiert, ehrgeizig, durchsetzungsfähig, selbstsicher, unabhängig, entscheidungsfreudig, abenteuerfreudig) steht die Expressivität als weibliches Rollenstereotyp (angepasst, nachgiebig, vorsichtig, passiv, ängstlich, abhängig, harmonisierend, emotional, wenig selbstsicher) gegenüber. [Vgl. Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003; Barrett & Raskin White, 2002; Vonk & Ashmore, 2003]

1.2.4 WANDEL DER MÄNNLICHEN GESCHLECHTSROLLE

In unserer sich schnell verändernden Gegenwartsgesellschaft scheint die traditionelle Konstruktion von Männlichkeit zunehmend an Funktionalität einzubüßen, so dass Rollenunsicherheit und Rollenkonflikte entstehen. „Da die männliche Rolle zentral über Erwerbsarbeit definiert ist, verliert sie in Zeiten der gesellschaftlichen Verknappung von Erwerbsarbeit, Auflösung des Normalarbeitsverhältnisses und Langzeitarbeitslosigkeit tendenziell ihre Grundlage.“ (Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003: S.134) Zwischen beruflicher Überlastung einerseits und Arbeitslosigkeit andererseits, als für Männer typische gesundheitsrelevante Belastungen, werden neue Definitionen von Männlichkeit als gesellschaftliche Leitbilder erforderlich. „Hatten gesellschaftliche Vorgaben dem einzelnen noch eine gewisse kognitive Sicherheit vermittelt hinsichtlich sozial erwünschten Verhaltensweisen und „richtiger“ Gestaltung der einzelnen Lebensbereiche [...], so muß er sich im Zuge der De-Institutionalisierung dieser Verbindlichkeiten zunehmend als autonome Planungsinstanz seiner eigenen Biographie erleben.“ (Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003: S.133)

1.2.5 MODELL DER PSYCHISCHEN ANDROGYNIE

In Gegensatz zum oben beschriebenen eindimensionalen Geschlechtsrollenmodell wird im Modell der psychischen Androgynie sowohl der Definition geschlechtsspezifischer Eigenschaften als auch dem sozialen Wandel der Geschlechtsrollen in der postmodernen Gesellschaft Rechnung getragen. Maskulinität und Femininität werden als zwei voneinander unabhängige Dimensionen der Geschlechtsrollenidentität angenommen, so dass eine Person unabhängig von ihrem biologischen Geschlecht weibliche und männliche Attribute aufweisen kann.

Das Androgynie-Modell geht von vier Typen der Geschlechtsrollenorientierung aus, die sich aus jeweils unterschiedlichen Eigenschaftsausprägungen der beiden Dimensionen Femininität und Maskulinität (operationalisiert als expressive und instrumentelle Eigenschaften) ableiten lassen. Hohe Ausprägungen der einen oder anderen Dimension der Geschlechtsrollenidentität ergeben die klassischen Femininen und Maskulinen, hohe Ausprägungen sowohl der femininen als auch der maskulinen Dimension zeigen die Androgynen. Individuen mit geringen Ausprägungen beider Geschlechtsrollenidentitäten weisen eine undifferenzierte Geschlechtsrollenorientierung auf (siehe Abb.1)[Vgl.: Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003; Barrett & Raskin White, 2002].

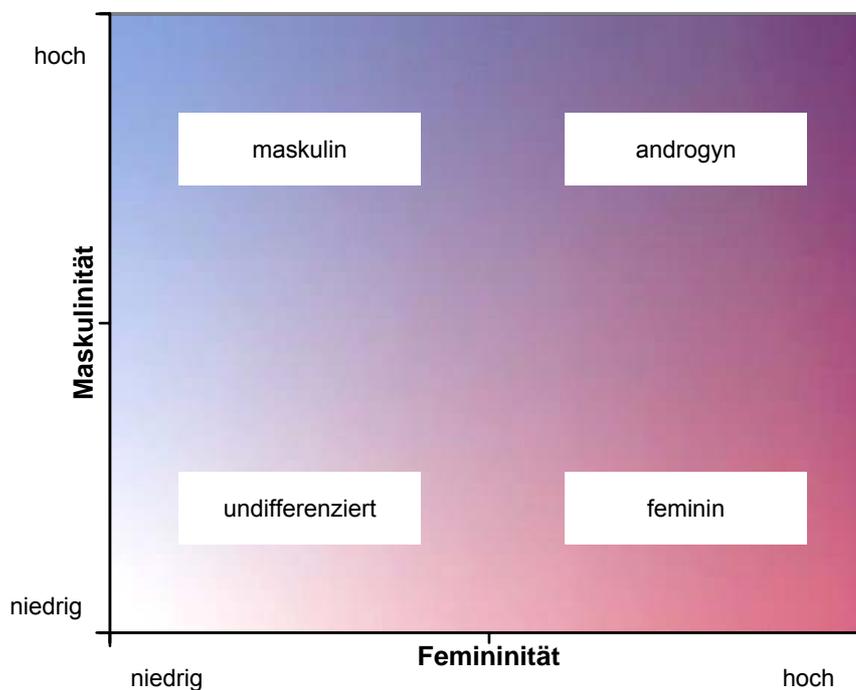


Abb.1: Modell der psychischen Androgynie (nach Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003)

1.3 DAS SUBJEKTIVE WOHLBEFINDEN

Ein zunehmendes Interesse der Wissenschaft gilt der Abschätzung des Wohlbefindens im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit. Es findet sich eine stetig steigende Zahl von Studien, die Methoden und Instrumente zur Messung des subjektiven Wohlbefindens entwickeln und prüfen. Die Objektivierung eines solchen, extrem subjektiven, definitionsgemäß einseitigen Sachverhaltes gestaltet sich jedoch immer problematisch. Daher können Untersuchungen des persönlichen Wohlbefindens niemals Anspruch auf Allgemeingültigkeit und Vollständigkeit bezüglich der Messung aller sie beeinflussenden Aspekte erheben.

1.3.1 WICHTIGE STUDIEN

Da allgemeine Erkenntnisse zum subjektiven Wohlbefinden bereits ein Paradoxon in sich darstellen, können streng genommen keine universellen, verwertbaren Ergebnisse gefunden werden. Die meisten Studien zum Wohlbefinden beschäftigen sich derzeit mit der Generierung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. Dies ist jedoch im Rahmen dieser Arbeit von untergeordneter Bedeutung. Daher wird in der vorliegenden Arbeit explizit nur auf eine Studie eingegangen, die dank ihrer Instrumentenwahl Vergleiche mit unserer Untersuchung zulässt:

- *Danish population study*

Die von Rasmussen et al. (1999) durchgeführte Studie untersuchte das subjektive Wohlbefinden von rund 2000 dänischen Frauen und Männern, die einen repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt formierten. Es kam die 5-Item-Version der Well-Being Scale der World Health Organization (WHO-5), einem häufig angewendeten Screeninginstrument, zum Einsatz. Die WHO-5 wird in eine Prozentwertskala von 0 bis 100 transferiert, wobei 0 für das schlechteste und 100 für das beste vorstellbare Wohlbefinden steht (siehe unten). Die dänische Normalbevölkerung erzielte im Mittel 75 Prozent mit keiner signifikanten Diskriminierung zwischen Geschlechtern und verschiedenen Altersgruppen. Individuen mit bekannter Major Depression gaben im Mittelwert 40 Prozent an; Alkoholabhängige, sofern die Diagnose auszumachen war, schätzten ihr Wohlbefinden auf ca. 55 Prozent ein. [Vgl. Bech et al., 2003]

1.3.2 BEDEUTUNG

Ein herabgesetztes subjektives Wohlbefinden korreliert stark mit der Präsenz einer psychiatrischen Erkrankung. Beide können für gewöhnlich nicht hinreichend gegeneinander abgegrenzt werden, da ein subjektiv reduziertes Wohlbefinden ein Kardinalsymptom der Depression und jeder anderen psychiatrischen Erkrankung darstellt. [Vgl. Heun et al., 1999]

Unabhängig von der untersuchten Population findet man typischerweise die mit Abstand niedrigsten Wohlbefindensscores bei depressiv Erkrankten [Vgl. Heun et al., 1999]. Daraus folgernd stellte Bech die Theorie des herabgesetzten Wohlbefindens als Vorbote der Major Depression auf [Vgl. Bech, 2000].

- *Einteilung in positives und negatives (Wohl-)Befinden*

Bei Einteilung in positives und negatives (Wohl-)Befinden, erscheinen wichtige Aspekte des positiven Wohlbefindens mit entgegengesetzter Polarität als Kernpunkte des negativ eingeschätzten Wohlbefindens. Verdeutlicht wird dieser Sachverhalt bei Betrachtung der einzelnen Items zweier in der Anwendung weit verbreiteter Screeninginstrumente: der Well-Being Scale der World Health Organization (WHO-5) und dem Major Depression Inventory (siehe Tab.1).

Positives Wohlbefinden <i>WHO-5 Items</i>	Negatives (Wohl-)befinden <i>Major Depression Inventory Items</i>
<i>gute Laune</i> <i>Interesse an Dingen und Aktivitäten</i> <i>aktiv und energisch</i> <i>ruhig und entspannt</i> <i>frisch und ausgeruht</i>	<i>depressive Stimmung</i> <i>Mangel an Interesse</i> <i>Mangel an Energie</i> <i>Ruhelosigkeit/ Irritabilität</i> <i>Schlafstörungen</i> <i>kein Selbstvertrauen</i> <i>Schuldgefühle</i> <i>Leben nicht lebenswert</i> <i>Konzentrationsschwierigkeiten</i> <i>Appetitveränderungen</i>

Tab.1: Positives versus negatives (Wohl-)Befinden (nach Bech, 2000)

Positives und negatives (Wohl-)Befinden sowie psychische Erkrankungen, im Besonderen die Depression, stehen in engem Kontext zueinander. [Vgl. Bech, 2000]

- *Geschlechtsspezifische Betrachtungen*

Untersuchungen mit Fokus auf Individuen mit gutem subjektivem Wohlbefinden finden keine geschlechtsspezifischen Differenzen. Bei negativen Lebensveränderungen, die für den Einzelnen mit sinkendem positivem Wohlbefinden verbunden sind, scheinen Frauen direkt zur Depressionsentfaltung zu tendieren. Männer entwickeln erst allmählich, maskiert durch Aggression, Distress und Alkoholmissbrauch, depressive und suizidale Verhaltensweisen (maskierte Depression). Ein herabgesetztes Wohlbefinden wird gleichermaßen für beide Geschlechter als Vorankündigung einer Major Depression angenommen. [Vgl. Bech, 2000; Rutz et al., 1995]

1.3.3 EINFLUSSFAKTOREN

Es ist unmittelbar einleuchtend, dass das persönliche Wohlbefinden von vielen Faktoren bedingt und beeinflusst wird. Welche Faktoren aber welche Art von Einfluss auf das subjektive Befinden ausüben, ist eine Frage, auf die es keine allgemeingültigen Antworten gibt. Einige Aspekte, die mit Sicherheit in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen dürften, sind nachfolgend aufgelistet:

- Lebens- und Vermögensverhältnisse
- Lebensstand und Familienverhältnisse
- Wohnort
- Alter
- Geschlecht
- Bildungsstand.

Jede Untersuchung präsentiert, in Abhängigkeit der unterschiedlichen Stichproben und der damit unvergleichbaren Lebensbedingungen, gänzlich verschiedene Faktoren als maßgeblich einflussnehmende Größen, beziehungsweise als irrelevante Aspekte. Die einzige Größe, die übereinstimmend als unabhängig und nicht auf das Wohlbefinden einwirkend genannt wird, ist das Alter [Vgl. Heun et al., 1999; Bech, 2000].

1.4 DIE DEPRESSION

Der Begriff „Depression“ ist schon lange nicht mehr nur ein Fachterminus der Medizin und des psychologisch-sozialen Fachbereichs; er findet heute ubiquitäre Verwendung auch bei Laien. Die Wortbedeutung schwimmt damit und ein einheitlicher Gebrauch des Begriffs ist nicht mehr gewährleistet. Nach Hamilton M. (1989) können unter Depression drei verschiedenen Bedeutungen verstanden werden:

- Depression kann für einen bestimmten Gemütszustand, der mit einem Verlust, im Sinne eines negativen Life-Time-Events, assoziiert ist, stehen. Diese Art der Depression ist eine physiologische Reaktion des Menschen, die sowohl zeitlich als auch in ihrer Intensität eindeutig mit dem sie auslösenden Ereignis in Verbindung steht.
- Die Depression beschreibt auch einen pathologischen Gemütszustand, der bei vielen psychischen Erkrankungen, zum Beispiel der Schizophrenie, und auch als Folge von somatischen Erkrankungen, wie der Influenza, beobachtet werden kann. Die pathologische, depressive Verstimmung ist das wichtigste Charakteristikum für affektive Störungen. Die Unterscheidung zwischen normalem und pathologischem depressiven Gemütszustand ist aufgrund der Überproportionalität zum externen Ereignis beim pathologischen Bild zu treffen. Sie kann jedoch in manchen Fällen schwer fallen.

- Ebenso wird der Begriff „Depression“ zur Beschreibung eines Syndroms verwendet. Diese Ansammlung von Symptomen formt ein kohärentes Muster, das auch depressive Erkrankung genannt wird. Der Verlauf ist rezidivierend und intermittierend. Es wird eine genetische Komponente angenommen und Belege für zugrunde liegende, biochemische Dysfunktionen liegen vor.

1.4.1 KLASSIFIKATION UND KRANKHEITSBILD

Unter den affektiven Störungen, die nach Laux (2001) als krankhafte Veränderungen der Stimmung (Affektivität) definiert sind, kommt den depressiven Erkrankungen bei weitem die größte Bedeutung zu. Sie gehören heute zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Angesichts der heute favorisierten Sichtweise einer multifaktoriellen Ursache und Bedingtheit psychischer Störungen erfolgt die Einteilung primär nach klinischen und psychosozialen Kriterien (Schweregrad, Verlauf, Auslöser,...). Die Einteilung affektiver Störungen ist in Abb.2 dargestellt.

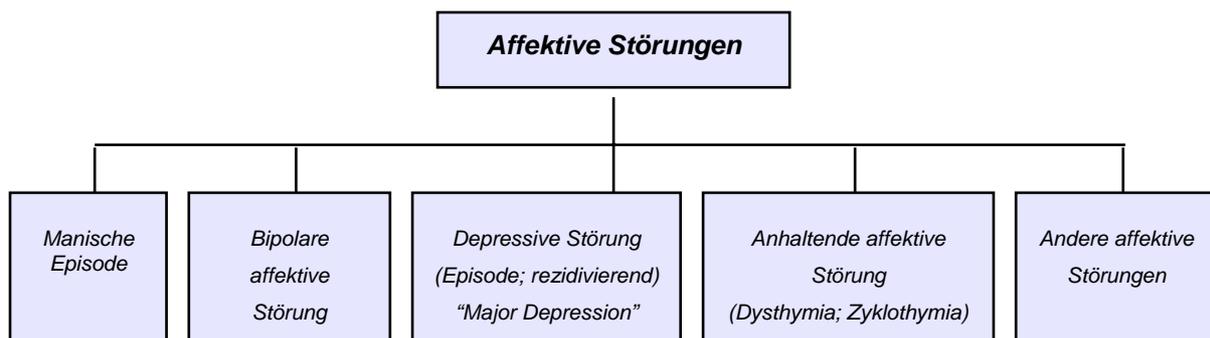


Abb.2: Einteilung affektiver Störungen (nach Laux, 2001)

Die internationale Klassifikation affektiver Störungen kann, wie in Tab.2 dargelegt, nach ICD-10 oder DSM-IV erfolgen.

Internationale Klassifikation von affektiven Störungen	
<i>ICD-10</i>	<i>DSM-IV</i>
<p>Manische Episode (F30)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypomanie (F30.0) • Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) • Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2) 	
<p>Bipolare affektive Störung (F31)</p> <p>Unterteilung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episode (depressiv/manisch/gemischt) • Schweregrad • Verlauf (remittiert) 	<p>Bipolare Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • bipolar I (Manie, Depression/Manie) • bipolar II (Depression/Hypomanie) • zylothyme Störung
<p>Depressive Episode (F32)</p> <p>Unterteilung nach Schweregrad</p> <ul style="list-style-type: none"> ± psychotische Symptome ± somatische Symptome 	<p>Depressive Störung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Major Depression (einzeln, rezidivierend) • dysthyme Störung
<p>Rezidivierende depressive Störungen (F33)</p> <p>Unterteilung nach Schweregrad</p> <ul style="list-style-type: none"> ± psychotische Symptome ± somatische Symptome <p>Verlauf remittiert</p>	
<p>Anhaltende affektive Störungen (F34)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zylothymia (F34.0) • Dysthymia (F34.1) 	
<p>Andere affektive Störungen (F38)</p>	<p>Andere affektive Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • affektive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Morbus Parkinson, Hypothyreose, Lupus erythematodes, Apoplex) • substanzinduzierte affektive Störung (Drogen, Medikamente; Intoxikation, Entzug) <p>Zusatzkodierungen (u.a. Schweregrad, Verlauf)</p>

Tab.2: Internationale Klassifikation von affektiven Störungen (aus Laux, 2001; S.77)

Als Leitsymptome der Depression gelten depressive Verstimmung, Hemmung von Antrieb und Denken, sowie Schlafstörungen. Weitere Symptome manifestieren sich als Interessen- und Initiativeverlust, Entscheidungsunfähigkeit, Angst und Hoffnungslosigkeit, innere Unruhe, Grübeln, diverse vegetative Symptome und Vitalstörungen, sowie durch Suizidgedanken und -versuche. (siehe Abb.3)[Vgl.Laux,2001]

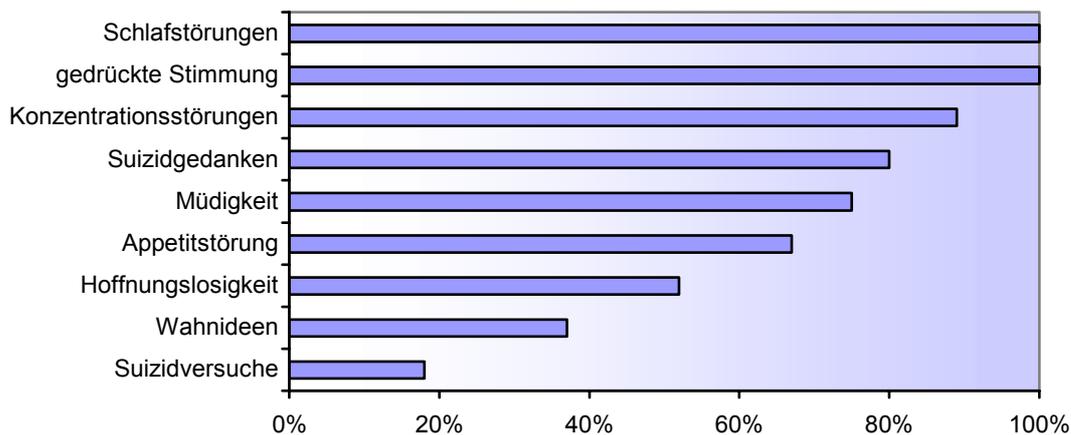


Abb.3: Häufigkeit typischer Depressionssymptome (aus Laux, 2001; S.82)

1.4.2 EPIDEMIOLOGIE

In Europa wird die Punktprävalenz der behandlungsbedürftigen Depression auf fünf bis zehn Prozent geschätzt [Vgl. Laux, 2002; Wälinder & Rutz, 2001]. Damit ist sie die häufigste Erkrankung des affektiven Formenkreises. Exakte Zahlen zur Häufigkeit hängen zum Teil stark von Stichproben- und Diagnosekriterien ab und sind in verschiedenen Ländern und Kulturen unterschiedlich [Vgl. Joukamaa et al., 1995]. Daher sind die Angaben zur Lebenszeitprävalenz auch so vielfältig und verschieden, wie die Zahl, der den Sachverhalt untersuchenden Studien [Vgl. Übersicht: Knäuper & Wittchen, 1995]. Von Laux, 2001, wird das Lebenszeitrisiko an einer depressiven Störung zu erkranken für Männer mit 10,4 Prozent und für Frauen mit 20,4 Prozent angegeben. Wälinder & Rutz, 2001, gehen von einer Lebenszeitprävalenz um 20 Prozent für Männer und um 40 Prozent für Frauen aus. Eine anonyme Quelle, 1992, berichtet sogar von einem Lebenszeitrisiko um 50 Prozent für Westeuropäer und Nordamerikaner.

1.4.3 BEDEUTUNG

Nicht nur für Betroffene stellt die depressive Störung, mit ihrer Tendenz zur Rezidivierung und Chronifizierung, eine Erkrankung mit extremem Leidensdruck dar. Auch Angehörige sind oftmals stark belastet: zum einen durch das Miterleben des Leidens und der Unfähigkeit Hilfe zu leisten, zum anderen durch die oftmals ständige Präsenz einer Selbstmordgefährdung

des depressiv Erkrankten. So liegen vielfach Belege für eine signifikant erhöhte Morbidität, sowie für ein hohes Mortalitäts- und Suizidrisiko in Assoziation mit der Major Depression vor. Nach Schätzungen von Wålinder & Rutz, 2001, werden mindestens 50 Prozent der Suizide während oder als Folge einer depressiven Episode begangen. Andere Quellen gehen davon aus, dass sich bis zu 70 Prozent aller Suizidanten ihr Leben während einer Depressionsphase nehmen [Vgl. Anonym in Lancet, 1992]. Eine Depressionsgeschichte gilt als ebenso starker Prädispositionsfaktor für Suizid wie ein erfolgter Suizidversuch [Schmidtke & Weinacker, 1994; zit. nach Rutz, 1999]. Auch von der WHO wurde die depressive Störung als eine der ernstzunehmendsten Bedrohungen für die psychische und physische Gesundheit deklariert [Vgl. Wålinder & Rutz, 2001]. Zusammengefasst ist die Depression, neben dem persönlichen Leid der Betroffenen, eine endemische, oftmals letale Erkrankung, die zu einer Suizidmortalität führt, die wesentlich höher ist als die Mortalitätsrate bei Verkehrsunfällen in einigen europäischen Ländern [Vgl. Schmidtke & Fiedler, 2002; Rutz, 1999].

1.4.4 WICHTIGE STUDIEN

Wie aus den statistischen Prävalenzangaben hervorgeht (siehe oben), scheint eine ungleiche Geschlechterverteilung zu bestehen. Dementsprechend zeigen die meisten epidemiologischen Studien, dass Frauen in etwa doppelt so häufig wie Männer unter (unipolaren) Depressionen leiden [Vgl. Bech et al., 2001; Zierau et al., 2002; Wålinder & Rutz, 2001; Laux, 2001; Cochran & Rabinowitz, 2000; Culbertson, 1997]. Eine Übersicht über diejenigen Studien, die von dieser üblichen geschlechtsspezifischen Prävalenz für Depressionen abweichen, ist in Tab.3 auszugsweise zusammengestellt.

Studie	Autor(en)	Verhältnis feminin:maskulin
Amish Study	<i>Egeland & Hostetter (1983)</i>	1 : 1
Sterling County Study	<i>Murphy et al. (1984)</i>	1 : 0,78 (1952) 1 : 1 (1970)
New Zealand Teachers	<i>Wilhelm & Parker (1989)</i>	1 : 1
Jews	<i>Levav et al. (1993)</i>	1 : 1
Anglo Jewry Study	<i>Lowenthal et al. (1995)</i>	1 : 0,95
Elderly (über 75 Jahre)	<i>Girling et al. (1995)</i>	1 : 1,9
Elderly	<i>Bebbington et al. (1998)</i>	1 : 1,8
Chinese Americans	<i>Takeuchi et al. (1998)</i>	1 : 1 (nicht kulturell adaptiert) 2 : 1 (kulturell adaptiert)

Tab.3: Auszug von Studien, die von den üblichen Depressionsprävalenzraten für Frauen und Männer abweichen (nach Cochran & Rabinowitz, 2000)

- *Amish Study*

Eine der bedeutendsten Studien, die ein Geschlechterverhältnis von nahezu eins zu eins fand, stellt die Amish Study von Egeland et al. dar. Diese ungewöhnliche Studie schätzte von 1976 bis 1980 die Prävalenz von affektiven Störungen in einer genetisch und kulturell sehr homogenen Gruppe ab. Die „Old Order Amish“, eine Bevölkerungsgruppe von 12.500 Menschen, leben in Lancaster County, Pennsylvania, USA. Die Subkultur der Amish ist charakterisiert durch ein sehr enges soziales Netzwerk, das kein antisoziales Verhalten zulässt, und keinen Zugang zu Alkohol oder Drogen gewährt. In der Amish Study waren 49 Prozent der an (unipolarer) Major Depression erkrankten Männer. Da die meisten Studien ein Verhältnis von Frauen: Männern 2:1 finden, liegt es auf der Hand, die Ursache für diese Diskrepanz der Ergebnisse in der außergewöhnlichen Bevölkerungsstruktur der Amish zu suchen. Gemäß Egeland et al. (1983, Amish Study III), erscheint die einleuchtendste Erklärung zu sein, dass Alkoholismus, Substanzmissbrauch und antisoziales Verhalten Depressionen bei männlichen Amish nicht maskieren. In anderen westeuropäischen und nordamerikanischen Kulturen ist dies ein häufig anzutreffender Sachverhalt. [Vgl. Egeland & Hostetter, Amish Study I.1983; Egeland et al., Amish Study III.1983]

- *Kohortensudie von Levav et al.*

Auch Levav et al. (1993) wies in seiner 10jährigen Kohortenstudie mit jungen Erwachsenen in Israel eine gleich hohe Geschlechterrate für unipolare Depressionen nach. Auch hier bietet sich als Erklärungsansatz die konfessionsbedingte Unverfügbarkeit von Alkohol an, die ein maskieren der Depression unmöglich macht.

- *Gotland Study*

Mit dem Ziel die Depressionsdiagnostik und –behandlung durch praktische Ärzte zu verbessern, wurde von dem Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression ein Fortbildungsprogramm entwickelt. In den Jahren 1983-1984 wurde das Projekt auf Gotland, einer Insel in Schweden mit annähernd 55.000 Einwohnern, mit allen 20 dort praktizierenden Allgemeinärzten verwirklicht. Die erweiterten Kenntnisse der praktischen Ärzte führte zu einer signifikanten Verringerung der psychiatrischen stationären Aufnahmen, der Verschreibungen von Sedativa, der Morbidität und Mortalität, sowie der durch Depression verursachten Kosten auf der Insel. Die Verschreibung von Antidepressiva stieg signifikant an. Ein besonders hervorzuhebendes Ergebnis der Gotland Study war die statistisch signifikante Abnahme an Suiziden auf Gotland. Weitere Analysen zeigten, dass die Zahl der Selbstmorde fast ausschließlich bei Frauen mit diagnostizierter Major Depression zurückgegangen war, während die Zahl der Suizide von Männern nahezu gleich geblieben war. Psychologische Autopsien der männlichen Suizidopfern ergaben, dass diese zwar häufig depressiv und /oder alkoholabhängig waren, aber weniger den dortigen Ärzten als vielmehr der Polizei sowie Ordnungsbehörden bekannt waren. Neben den üblichen depressiven Symptomen waren bei den Männern häufiger Symptome wie Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, Ärgerattacken oder antisoziales Verhalten zu finden, die zunächst nicht als Depressionssymptome gedeutet bzw. als typisch männliche Abwehrstrategien erkannt wurden. Erst als diese mänderspezifische Symptomatik in Diagnostik und Therapie berücksichtigt wurde, konnte auch bei Männern eine Reduktion der Suizidrate erreicht werden. Auf der Basis dieser Erkenntnisse wurde das Konzept der Male Depression entwickelt (Siehe unten). [Vgl. Möller-Leimkühler, 2006; Rutz, 1999; Rutz et al., 1992]

- *Befunde aus Ungarn und Schweden*

Auch das „Ungarische Paradoxon“ der negativen Korrelation zwischen bekannter Depression und Suizidmortalität spricht für eine ungenügende Diagnose und Behandlung der Depression [Vgl. Rhimer et al., 1990].

Noch extremere Ausmaße wurden in Schweden beobachtet: während das Diagnoseverhältnis der Major Depression für Frauen zu Männern 2:1 ist, ist die Suizidrate der Männer fünffach höher als die der Frauen [Vgl. Rutz, 1999].

1.4.5 KONZEPT DES MÄNNLICHEN DEPRESSIVEN SYNDROMS

Betrachtet man das Profil der Symptome, so differiert das weibliche Bild der depressiven Störung vielgestaltig vom Männlichen, vor allem zu Beginn der Erkrankung [Vgl. Bech et al., 2001]. Bei der Depression der Frau stehen, neben den Leitsymptomen, die von beiden Geschlechtern gleich häufig erfahren werden, Mattigkeit und Energieverlust, Somatisierung

von Angstgefühlen, gastrointestinale Beschwerden sowie Interesse- und Initiativeverlust im Vordergrund [Vgl. Hamilton, 1989]. Das männliche Muster ist charakterisiert durch Irritabilität, Aggressivität, ausagierendes Verhalten, reduzierte Impulskontrolle, erniedrigte Stresstoleranz und Substanzmissbrauch, hauptsächlich in Form von Alkohol [Vgl. Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003; Wälinder & Rutz, 2001].

- *Ethologische Ansätze*

Auch die Ethologie bietet Ansätze für zwei unterschiedliche Verhaltensmuster beim Zusammenbrechen von Copingstrategien, die beide durch Hilflosigkeit und Überforderung der Copingfähigkeiten hervorgerufen werden. Einerseits, eher dem männlichen Muster entsprechend, wird in Richtung „fight-and-flight“ reagiert. Andererseits, eher als typisch weiblich geltend, lässt sich der stuporöse „Totstell-reflex“ beobachten. Dieser Ansatz geht von einem vollkommen verschiedenartigen Verhalten von Frauen und Männern in der gleichen Situation, der Hilflosigkeit, aus, was vermutlich eine wichtige, ethologische Bedeutung für das Überleben der Spezies hatte. [Vgl. Wälinder & Rutz, 2001]

- *Dysfunktionen im Serotoninstoffwechsel*

Ein Mangel an Serotonin (= 5-Hydroxytryptamin), ein biogenes Amin, das als Mediator und Neurotransmitter wirkt, und im Zentralnervensystem durch komplexe Projektionen Einfluss auf Stimmung, Schlaf-Wach-Rhythmus, Nahrungsaufnahme, Schmerzwahrnehmung und Körpertemperatur nimmt, wird seit den 70er Jahren als pathogenetischer Faktor bei der Entstehung von Depressionen diskutiert [Vgl. Pschyrembel, 2001, S.1532]. Forschungsarbeiten von Gould et al. (1996) kamen zu dem Ergebnis, dass eine Dysfunktion der zentralen serotonergen Neurotransmission, in Zusammenwirken mit depressiver Stimmung, Aggressivität, reduzierte Impulskontrolle, selbstdestruktives Verhalten und Wutattacken induzieren könne [Vgl. Gould R.A., Ball S., Kaspi S.P., Otto M.W., Shekar A., Fava M., 1996, Zit. nach Wälinder & Rutz, 2001].

Ein Zusammenhang von Störungen im Serotoninstoffwechsel mit Verhaltensauffälligkeiten, depressiven Verstimmungen und Suizidalität wurde ebenfalls von van Praag beschrieben. Niedrige Konzentrationen des Hauptabbauproduktes von Serotonin, 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), in der cerebrospinalen Flüssigkeit wurden in Verbindung mit suizidalem Verhalten gebracht. [Vgl. van Praag, 1991]

1996 stellte van Praag einen neuen Depressionssubtyp vor. Diese Depression (SeCA depression) beschrieb er als eine durch Stress herbeigeführte, Cortisol-induzierte, mit Serotonin zusammenhängende und durch Angst oder Aggression getriggerte Depression. Betroffene Patienten sind charakterisiert durch eine verringerte Serotoninsynthese und eine verminderte Serotoninrezeptorsensitivität, die in Stresssituationen, durch die Überproduktion

von Cortisol, früher als bei gesunden Personen versiegt. Als Konsequenz erhöht sich die Angst- und Aggressionsbereitschaft. [Vgl. van Praag, 1996]

Da Angst und Aggression psychopathologisch als Vorläufer und treibende Kräfte der depressiven Erkrankung gelten [Vgl. Wålinder & Rutz, 2001], erscheint das Konstrukt der SeCA depression evident. Störungen der Aggressionsregulation können gehäuft im männlichen Bevölkerungsanteil gefunden werden; folglich könnte das Konzept der angst- und aggressionsgetriggerten Depression Ausdruck eines männlichen, klinischen Depressionssyndroms sein [Vgl. Wålinder & Rutz, 2001].

Rutz Theorie geht von einer gleichermaßen auf Frauen und Männer verteilte genetische Prädisposition für klinische Depressionen aus [Vgl. Bech, 2000]. Anhand psychologischer Autopsien von Suizidopfern sowie unter Berücksichtigung der Erkenntnisse zur Hilflosigkeit, dem ausagierenden, suizidalen Verhalten und zu den zentralnervösen, serotonergen Dysfunktionen sowie der Einbeziehung der Ergebnisse der Gotland Study und der Amish Study, postulierten Wålinder und Rutz (2001) unter Annahme eines möglichen Zusammenhangs zwischen allen Komponenten, das in Tab.4 dargestellte männliche depressive Syndrom. Im diesem Kontext wird auch der an Bedeutung zunehmende Begriff der Male Depression verwendet. [Vgl. Wålinder & Rutz, 2001; Pollack, 1998]

<i>Das männliche depressive Syndrom</i>
<i>Geringe Stresstoleranz</i>
<i>Ausagierende Verhaltensweisen</i>
<i>Geringe Impulskontrolle</i>
<i>Irritabilität, Ruhelosigkeit, Unzufriedenheit</i>
<i>Substanzmissbrauch</i>
<i>Antisoziale Verhaltensweisen</i>
<i>Depressive Verstimmung</i>
<i>Erbliche Vorbelastung für depressive Erkrankungen, Alkoholismus oder Suizid</i>

Tab.4: Das männliche depressive Syndrom (nach Wålinder & Rutz, 2001)

1.4.6 NIEDRIGE PRÄVALENZ ODER UNTERDIAGNOSTIZIERUNG DER MÄNNLICHEN DEPRESSION?

Leiden Männer wirklich seltener unter Depressionen als Frauen oder werden depressive Störungen bei Männern nur seltener identifiziert?

Die dargestellten Erkenntnisse und Hypothesen geben Anstoß zur erneuten Auseinandersetzung mit der allgemeinen Annahme, dass Frauen doppelt so häufig wie Männer an depressiven Störungen leiden.

Es stehen zahlreiche Hinweise zur Verfügung, die die Hypothese der Unterdiagnostizierung von depressiven Störungen bei Männern bekräftigen. Viele Aspekte der Depression und der Depressionsdiagnostik sind, vor allem zu Beginn der Erkrankung, geschlechtsspezifisch unterschiedlich (Vgl. Möller-Leimkühler, 2006; Möller-Leimkühler et al., 2004):

- Männer präsentieren andere Symptome oder Symptom Schwerpunkte als Frauen (siehe oben).
- Hilfesuche bei Problemen ist bei Männern oftmals eine wenig verbreitete Bewältigungsstrategie (siehe unten).
- Symptome werden von Frauen und Männern qualitativ und quantitativ auf unterschiedliche Art und Weise beschreiben (Angst et al., 2002).
- Die Erinnerung an vergangene, depressive Episoden ist stark geschlechterabhängig.
- Selbsteinschätzungen werden geschlechtsspezifisch unterschiedlich vorgenommen.
- Die zur Diagnose führende Perzeption ist häufig geschlechtsbeeinflusst.
- Gender-bias in der Depressionsdiagnostik: in den führenden Depressionsinventarien werden Symptome beziehungsweise Abwehrstrategien, die in den männlichen Bevölkerungsanteilen dominieren können, nicht berücksichtigt.
- In epidemiologischen Studien können Falldefinitionen unterschiedlich vorgenommen worden sein und daher Ergebnisse verzerrt erscheinen.

Das Vollbild der Major Depression jedoch unterscheidet sich weder in Intensität noch in Ausprägung der Symptome bezüglich des Geschlechtes.

Welche Gründe könnten für die Unterdiagnostizierung und Unterbehandlung depressiver (junger) Männer von Bedeutung sein?

Aus soziologischer Perspektive erscheinen drei Faktoren wesentlich: mangelnde Hilfesuche, dysfunktionale Stressverarbeitungsmuster und ein Genderbias in der Depressionsdiagnostik. Der gemeinsame Nenner dieser Faktoren ist das historisch/gesellschaftliche Konstrukt der traditionellen Maskulinität, das trotz Rollenwandel und Individualisierungsfortschritt für Jungen und Männer weiterhin normative Funktionen erfüllt [Vgl. Glick et al., 2004]. Es schließt die Erkrankung einer Depression bei Männern normativ aus, erzwingt ihre Maskierung und leistet damit der sog. „männlichen Depression“ Vorschub.“ [Vgl. Möller-Leimkühler, 2006]

Internationale Bevölkerungsstudien konnten insbesondere die Altersgruppe 14-24jähriger Männer als auffallende Risikogruppe identifizieren, in der Depressionen am häufigsten unerkannt und unbehandelt bleiben [Vgl. Wittchen et al., 1999; Lefebvre et al., 1998].

Es ist empirisch belegt, dass für beide Geschlechter eine psychische Störung umso eher diagnostiziert wird, je deutlicher das symptomatische Verhalten aus dem Normbereich des Geschlechterstereotyps heraus fällt, sei es im Sinne einer Übererfüllung (bei Frauen z.B. große Ängstlichkeit oder Abhängigkeit von anderen, bei Männern z.B. sozialer Rückzug oder ausgeprägte Aggressivität) oder einer Untererfüllung (bei Frauen z.B. sozialer Rückzug oder Aggressivität, bei Männern z.B. Weinerlichkeit oder soziale Unterordnung) [Vgl. Kämmerer, 2001].

Die seit den 80er Jahren stetig ansteigende Prävalenz der Depression insbesondere junger Männer [Vgl. Fombonne, 1994], die diesbezüglich eine besonders vulnerable Gruppe darstellen, sowie der Anstieg der Selbstmordziffern jüngerer Geburtskohorten in den letzten 50 Jahren [Vgl. Eckersley & Dear, 2002], demonstrieren die Notwendigkeit die Diagnostik und Behandlung der Male Depression im Besonderen auch für junge Männer (in der späten Adoleszenz) zu verbessern und eine wirkungsvollere Suizidprävention zu entwickeln [Vgl. Möller-Leimkühler et al., 2004; Henkel et al., 2003; Lefebvre et al., 1998; Culbertson, 1997; Rutz et al., 1995].

1.5 DAS HILFESUCHVERHALTEN (HELP SEEKING BEHAVIOUR)

Der Umgang mit Problemen körperlicher und seelischer Ursache kann sehr unterschiedlich ausfallen. Als Bewältigungsmechanismen finden sich die Verdrängung, die Konsultation eines Arztes oder gegebenenfalls eines Psychiaters, sowie die informelle Beratung durch eine nahe stehende Person. Dieses unterschiedliche Copingverhalten in defizienten Zuständen wird in dieser Arbeit unter dem Begriff Hilfesuchverhalten zusammengefasst und behandelt.

1.5.1 WICHTIGE STUDIEN

Vorhandene epidemiologische Studien über Ärztekonsultationsraten berichten übereinstimmend von Geschlechtsunterschieden im Hilfesuchverhalten (Männer:Frauen = 1:2) [Vgl. zum Beispiel: Hibbard & Pope, 1986; Gijsbers van Wijk et al., 1992; Lefebvre et al., 1998]. Dieser Sachverhalt findet sich besonders häufig im Rahmen von emotionalen Problemen und depressiven Symptomen.

- *Oberbayerische Studie*

Nur wenige Studien berichten von einem im Vergleich zu Frauen verstärkten Hilfesuchverhalten von Männern. So wurden in der Oberbayerischen Studie von 1989 für depressive Männer eine geringfügig höhere Behandlungsrate verglichen mit depressiven Frauen gefunden [Vgl. Meller et al., 1989a]. In Relation zu allen psychiatrischen Diagnosen

wurden Männer innerhalb einer 5-Jahres-Periode häufiger als Frauen behandelt [Vgl. Meller et al., 1989b].

- *Rickwood & Braithwaite*

Zu einem ganz anderen Ergebnis kommt die australische Studie von Rickwood und Braithwaite (1994) die das Hilfesuchverhalten bei emotionalen Problemen anhand einer Stichprobe von 725 Jugendlichen analysierte. Diese Untersuchung liefert Beweise für die Hypothese des gering ausgeprägten Hilfesuchverhaltens von Männern. Nur 17 Prozent der als „gestresst“ diagnostizierten Jugendlichen (Abschätzung erfolgte mithilfe des 12-Item General Health Questionnaire) suchten professionelle Hilfe auf; 23 Prozent dieser Gruppe suchten überhaupt keine Hilfe. Es wurden keine geschlechtsspezifischen Differenzen in der Intensität der Disstresserfahrung gefunden, aber das Hilfesuchverhalten unterschied sich essentiell zwischen den Geschlechtern. Sogar hoch belastete Männer suchten weder bei professionellen Institutionen noch im persönlichen sozialen Netzwerk Hilfe. [Vgl. Rickwood & Braithwaite, 1994]

- *Wittchen et al.*

Populationsbasierte Daten aus Deutschland unterstützen die Hypothese des unterproportionierten Hilfesuchverhaltens von Männern bei psychischen Problemen, durch den Nachweis einer hohen Rate von unbehandelten depressiven Störungen, die insbesondere auf Männer zutrifft [Vgl. Wittchen et al., 1999].

- *Carpenter & Addis*

In der von Carpenter und Addis an 172 Fakultätsmitgliedern einer kleinen Universität in New England durchgeführten Studie, berichteten Männer bei auftreten eines psychischen Problems signifikant seltener als Frauen, mit Freunden oder Verwandten über Gefühle zu diskutieren, über Gefühle nachzudenken und Ursachen von Problemen zu analysieren, sowie die Hilfe eines Therapeuten oder Arztes zu beanspruchen [Vgl. Carpenter und Addis, 2000].

- *Angst & Ernst*

Frauen suchen Hilfe – Männer sterben. Diese Schlussfolgerung zogen Angst und Ernst, 1990, aus ihrer Studie zur Suizidprävention in der Schweiz. 75 Prozent der Hilfesuchenden in einer Suizidpräventionsinstitution waren weiblich, und 75 Prozent der Suizidanten im selben Jahr waren männlich. [Vgl. Angst & Ernst, 1990]

1.5.2 UNZUREICHENDES HILFESUCHVERHALTEN VON MÄNNERN

Empirisch erscheint es evident, dass niedrige Behandlungsraten von Männern nicht durch bessere Gesundheit erklärt werden können, sondern aus einer Diskrepanz zwischen der

Wahrnehmung von Hilfebedarf und tatsächlichem Hilfesuchverhalten resultieren. Während Frauen, die keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, im Allgemeinen gesünder sind als Frauen, die einen Arzt konsultieren, scheint diese simple Logik nicht für Männer zu gelten. [Vgl. Möller-Leimkühler, 2002]

Die seit den 80er Jahren steigende Suizidrate von jungen Männern sowie die steigende Depressionsrate von jungen Männern [Vgl. Culbertson, 1997] enthüllt das enorme Ausmaß unberücksichtigter Nöte. Ist die Depression die häufigste Ursache für Suizid, muss man von einer hohen Zahl depressiver junger Männer ausgehen, die keine Hilfe suchen oder in Anspruch nehmen, daher unbehandelt bleiben und sich resultierend das Leben nehmen. [Vgl. Möller-Leimkühler, 2002]

Nicht nur die personelle oder institutionelle Hilfesuche wird verweigert. Psychoaktiven Medikamenten wird Alkohol und Tabak als Form der Selbstmedikation, und damit Kontrolldemonstration gegenüber sich und anderen, vorgezogen. Alternativ werden als Problembewältigungsversuche andere, sozial akzeptierte Verhaltensweisen bis zum Exzess ausgeübt (zum Beispiel Arbeiten bis zum „Workaholic“). [Vgl. Möller-Leimkühler, 2002]

1.5.3 ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Die 1994 von Givens und Tija an der School of Medicine at the University of California, San Francisco, durchgeführte Studie, untersuchte das Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen an weiblichen und männlichen Medizinstudenten des ersten und zweiten Studienjahres. Von den insgesamt 24 Prozent der Studenten, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde, nahmen nur 22 Prozent psychische Beratungsdienste in Anspruch. Die am häufigsten angegebenen Hindernisse, die vorhandenen Beratungsdienste zu konsultieren, waren

- Zeitmangel (48%),
- mangelndes Vertrauen (38%),
- Stigmatisierung in Verbindung mit der Inanspruchnahme psychischer Beratungsdienste (30%),
- Kosten (28%),
- Furcht vor ungewollten Interventionen (26%),
- Furcht vor Dokumentation in akademischen Unterlagen (24%). [Vgl. Givens & Tija, 2002]

Die Studie differenziert jedoch nicht nach Geschlecht.

Auch die WHO Study on Psychological Problems in Primary Care zeigt, dass unabhängig vom Geschlecht, nur eine kleine Minderheit der depressiven Patienten einen Arzt wegen ihrer depressiven Symptome konsultieren [Vgl. Maier et al., 1999].

Beide Geschlechter beanspruchen also, im Verhältnis zur Prävalenz von psychischen Problemen und Depression, zu wenig professionelle Hilfe.

Warum aber suchen insbesondere Männer seltener Hilfe bei psychischen Problemen als Frauen?

Lange vor der Arztkonsultation stehen die Wahrnehmung einer Befindlichkeitsveränderung und die Perzeption, dass es sich um ein physisches oder psychisches Symptom handeln könnte. Dies ist möglicherweise der zentrale Punkt, an dem biologische, individuelle und soziale Faktoren zusammenwirken und zur Nicht-Perzeption, Unterevaluierung und Verneinung von Symptomen beitragen, die resultierend die Hilfesuche behindern und verhindern. [Vgl. Möller-Leimkühler, 2003]

- Nahezu jeder Erklärungsversuch beruft sich auf soziale Normen des traditionellen Geschlechtsrollenkonstruktes. Der maskuline Stereotyp erlaubt keine Hilfesuche, denn Schwäche und Hilfebedürftigkeit gelten als unmaskulin. Bereits das Verspüren von Hilfebedürftigkeit verstößt gegen traditionelle Rollenerwartungen, und das Eingestehen dieser Notwendigkeit wäre ein doppeltes Vergehen. Hilfesuche und -beanspruchung impliziert Statusverlust, Verlust von Kontrolle und Autonomie, Inkompetenz, Abhängigkeit und führt daher, im Kontext der traditionellen Rollenerwartungen, zu einer Identitätsschwächung des Mannes. Falls wegen somatischer Beschwerden ein Arzt zu Rate gezogen wird, werden psychosoziale Probleme oder Disstress ausgeklammert und nicht berichtet. [Vgl. Möller-Leimkühler, 2003]
- Besonders Depressionen sind unvereinbar mit dem männlichen Stereotyp. Sie gelten als typisch feminin - von einem Mann wird erwartet, nicht unter ihnen zu leiden. Diese Verknüpfung von Depression und Femininität kann als stärkster Motivationsfaktor für Männer gesehen werden, ihre Depression zu verbergen. Hilfesuche ist damit ausgeschlossen. [Vgl. Möller-Leimkühler, 2003]
- Des Weiteren erklärt Möller-Leimkühler (2002) den männlichen Widerwillen gegen Hilfesuche im psychologischen Ressort als Resultat der in der Sozialisation internalisierten Unterdrückung der emotionalen Expressivität, die die Symptomperzeption inhibierend beeinflusst. Entsprechend berichten Carpenter & Addis (2000) von der „restriktiven Emotionalität“. Sie gilt als negative Folge der männlichen Geschlechtsrollensozialisation und wird mit Schwierigkeiten und Ängsten beim Beschreiben von Emotionen in Verbindung gebracht. Es wird von einem Zusammenhang zwischen „restriktiver Emotionalität“ und erniedrigter Wahrscheinlichkeit, psychologische Hilfe zu suchen, berichtet. [Vgl. Carpenter & Addis, 2000]

- Eine andere Theorie zur Erklärung des unzureichenden Hilfesuchverhaltens von Männern schlägt deren Widerwillen oder Unfähigkeit zur emotionalen Selbsterkenntnis vor [Vgl. Carpenter und Addis, 2000].
- Good & Wood stellten die Struktur von Beratungsinstitutionen für psychische Probleme in Frage. Es wurde eine besser zum männlichen Geschlechtsrollenbild passende Systemumstrukturierung zur Diskussion gestellt, die weniger auf emotionale Expressivität, sondern mehr auf instrumentelle Veränderungen und Kontrolle fokussiert sein sollte. Passend zu dieser Theorie plädierten Robertson & Fitzgerald (1992) für institutionalisierte Möglichkeiten der psychischen Problembewältigung wie Workshops, Seminare und Videobänder anstatt der traditionellen Sitzung unter vier Augen. [Vgl. Good & Wood, 1995; Robertson & Fitzgerald, 1992]

Plakativ fasst Terrence das männliche Hilfesuchverhalten zusammen:

- Männer sterben früh, weil sie nicht auf sich acht geben.
- Sie warten länger mit dem Krankheitseingeständnis.
- Sie brauchen mehr Zeit sich Hilfe zu organisieren.
- Wenn sie dann behandelt werden, mangelt es an Compliance.

[Vgl. Terrence, 1997, Zit. nach: Bech, 2000]

2 FRAGESTELLUNG

Die vorliegende Studie untersucht erstmals den Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf das subjektive Wohlbefinden, das Auftreten von depressiven Symptomen und das Hilfesuchverhalten an einer repräsentativen Stichprobe junger Männer in der späten Adoleszenz.

Da insbesondere junge Männer in der späten Adoleszenz, wie die ansteigende Depressionsprävalenz und Suizidopferziffern dokumentieren, als gefährdet für schlechtes Wohlbefinden, Depression und mangelhaftes Hilfesuchverhalten gelten müssen, wurde für die vorliegende Studie ein entsprechend junges Probandenkollektiv ausgewählt. Von verschiedenen internationalen Bevölkerungsstudien wurden Männer in der Altersphase der späten Adoleszenz als Risikogruppe für unerkannte Depressionen identifiziert (siehe Kapitel 1.2). Das Depressionsscreening im vermeintlich gesunden männlichen Bevölkerungsdurchschnitt ist eine wichtige Säule dieser Studie, was durch eine Erhebung im nicht-klinischen Rahmen, die eine Erfassung gesunder und erkrankter junger Männer ohne Vorselektion erlaubt, realisiert worden ist.

Die Fragestellungen lauten im Einzelnen:

- Wie schätzen junge Männer in der späten Adoleszenz ihr Wohlbefinden ein?
- Wie hoch ist das Depressionsrisiko für junge Männer in der späten Adoleszenz?
- Wie verhalten sich junge Männer in der späten Adoleszenz bei psychischen Problemen und wie suchen sie nach Hilfe?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Wohlbefinden, Depressionsrisiko, Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen und der Häufigkeit der Arztkonsultation bei jungen Männern in der späten Adoleszenz?
- Wie ist die globale Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit junger Männer in der späten Adoleszenz und welche Rolle spielt hier die Geschlechtsrollenorientierung?
- Welchen Einfluss haben soziodemographische Faktoren in diesem Zusammenhang?

3 METHODIK UND STICHPROBE

3.1 METHODEN

3.1.1 GEPAQ

Die Geschlechtsrollenorientierung wurde mit dem German Extended Personal Attributes Questionnaire (GEPAQ), der deutschen Übersetzung des Extended Personal Attributes Questionnaire (EPAQ) von Spence und Helmreich, erfasst [Vgl. Runge et al., 1981]. Der GEPAQ ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, bei dem 40 bipolare Eigenschaften auf einer 5-stufigen Skala beurteilt werden. Im Unterschied zum ursprünglichen Fragebogen wurde in dieser Studie eine 6-stufige Skala gewählt, um der bekannten „Antworttendenz zur Mitte“ auszuweichen. Die abgefragten Charakterzüge gelten jeweils als sozial erwünscht oder sozial unerwünscht und werden als prävalent für das jeweilige Geschlecht angenommen. (A) repräsentiert dabei die erstgenannte Eigenschaft, (F) steht für das gegenteilige Charakteristikum.

- *Ausprägung von Maskulinität und Femininität*

Jeweils acht, beziehungsweise sieben bei der negativen Femininität, Eigenschaftspaare werden vier Skalen, als Ausprägung der jeweiligen Geschlechtsrollenidentität, zugeordnet.

- Die **positive Maskulinitätsskala** vereint sozial erwünschte, als typisch maskulin geltende Eigenschaften in sich: Unabhängigkeit, Aktivität, Wettbewerbsorientiertheit, Entscheidungsfreudigkeit, nicht leicht Aufgebend, Selbstsicherheit, Überlegenheit und Fähigkeit, Druck gut standzuhalten.
- Der **negativen Maskulinitätsskala** werden sozial unerwünschte, charakteristischerweise männliche Attribute zugeordnet: Arroganz, Prahlerei, Gier, diktatorisches Gebaren, Zynismus, Feindseligkeit, Egoismus und Aggressivität.
- Die **positive Femininitätsskala** wird von sozial erwünschten, als besonders weiblich geltenden Eigenschaften bedingt: Gefühlsbetontheit, Zartheit, Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit, Fähigkeit, auf andere einzugehen, Bewusstsein über die Gefühle anderer, Verständnis gegenüber anderen und Herzlichkeit.
- Unter der **negative Femininitätsskala** werden sozial nicht erwünschte, typisch feminine Attribute subsumiert: Weinerlichkeit, Klagsamkeit, Unterordnung gegenüber anderen, Nörgelei, Nervosität, Unterwürfigkeit, Leichtgläubigkeit.

Für die Probanden werden Summenscores der bewerteten Eigenschaften berechnet, zugeordnet je zu den vier Skalen. Ein hoher Summenscore des Probanden auf einer Skala bedeutet eine starke Ausprägung der jeweiligen Dimension.

- *Typen der Geschlechtsrollenorientierung*

Nach dem Modell der psychischen Androgynie (siehe Abb.1) wird anhand der positiven Maskulinitätsskala und der positiven Femininitätsskala eine Klassifizierung in vier Subtypen der Geschlechtsrollenorientierung vorgenommen, und zwar aufgrund der Mediane der zugrunde liegenden Stichprobe. Eine maskuline Geschlechtsrollenidentität liegt vor, wenn der Summenscore der positiven Maskulinitätsskala eines Probanden über dem Median der Stichprobe und der Score der positiven Femininitätsskala unter dem Stichprobenmedian liegt. Für eine feminine Geschlechtsrollenorientierung gilt entsprechendes umgekehrt. Androgynie liegt vor, wenn sowohl der Femininitäts- als auch der Maskulinitätssummscore über dem Median liegen. Als undifferenziert gilt eine Geschlechtsrollenorientierung, wenn die Summscores beider Skalen unter den Stichprobenmedianen liegen.

Faktorenanalysen an deutschen und amerikanischen Stichproben bestätigen die Orthogonalität der Femininitäts- und Maskulinitätsskala [Vgl. Möller-Leimkühler & Koller, 2004]. Die Subskalen weisen mit Cronbachs Alphawerten zwischen 0,57 und 0,83 eine gute interne Validität auf [Vgl. Barrett & Raskin White, 2002]. Die Retestreliaibilität ist zufrieden stellend und liegt bei 0,65 bis 0,91 [Vgl. Möller-Leimkühler & Koller, 2004].

3.1.2 WHO-5

Das subjektive Wohlbefinden wurde anhand der deutschen Fassung der WHO-5 Well-Being Scale evaluiert. Diese aus fünf Items bestehende Version des Selbsteinschätzungstests der World Health Organization wurde von Bech in den neunziger Jahren entwickelt und basiert auf den drei Kerndimensionen der Depression nach ICD-10: Stimmung, Interessen und Energie. Sie ermöglicht ein Abschätzen des persönlichen Wohlbefindens und als Screeninginstrument die Identifizierung eines herabgesetzten Wohlbefindens, das auf psychiatrische Erkrankungen hinweisen kann. Die WHO-5 wird sowohl zur Anwendung bei Patienten als auch bei der gesunden Bevölkerung empfohlen [Vgl. Heun et al., 1999]. Die Probanden bewerten ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Die zu beurteilenden Aussagen sind: In den letzten zwei Wochen (1) „...war ich froh und guter Laune“, (2) „...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt“, (3) „...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt“, (4) „...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt“, (5) „...war mein Alltag voller Dinge die mich interessieren“. Die Antwortmöglichkeiten auf der 6-stufigen Likert-Skala erstrecken sich von „die ganze Zeit“ (5 Punkte), „meistens“ (4 Punkte), „etwas mehr als die Hälfte der Zeit“ (3 Punkte), „etwas weniger als die Hälfte der Zeit“ (2 Punkte), „ab und zu“ (1 Punkt) bis „zu keinem Zeitpunkt“ (0 Punkte).

Es wird ein Rohwert aus der Summe der Punkte berechnet, der sich zwischen 0 und 25 bewegt. Es wird empfohlen bei einem Rohwert unter 13 Punkten oder falls ein Teilnehmer bei einem der fünf Items mit 0 oder 1 geantwortet hat den Major Depression (ICD-10)

Inventory anzuwenden, da ein Rohwert unter 13 ein schlechtes Wohlbefinden anzeigt und eine Indikation zur Depressionsdiagnostik nach ICD-10 darstellt.

Der aus der Summe der Items berechnete Rohwert wird anschließend in eine Skala von 0 bis 100 transferiert. 0 bedeutet das schlechteste denkbare Wohlbefinden; 100 steht für das beste vorstellbare Wohlbefinden. Der Prozentwert-Score wird eingesetzt, um mögliche Veränderungen des Wohlbefindens zu diagnostizieren. Eine Veränderung von 10 Prozent zeigt eine signifikante Veränderung des Wohlbefindens.

Die WHO-5 ist gekennzeichnet durch eine sehr hohe Sensitivität (94%), aber nur geringe Spezifität (65%), sodass ein relativ hoher Anteil an falsch positiv gescreeenten Personen erwartet werden kann [Vgl. Henkel et al., 2004].

Die WHO-5 präsentiert eine gute interne Validität (Cronbachs Alpha = 0,95, Loevings Homogenitätskoeffizient = 0,41 und Mokkens Homogenitätskoeffizienten sind bei allen Items > 0,40, außer bei dem Punkt „...habe mich ruhig und entspannt gefühlt“) [Vgl. Heun et al., 1999].

Die WHO-5 zeigt eine zufrieden stellende diskriminante Validität. Sie vermag zwischen Teilnehmern mit und ohne psychiatrische Erkrankungen zu unterscheiden, da psychische Erkrankungen signifikant mit herabgesetztem Wohlbefinden einhergehen. Ebenso wurde konvergente Validität nachgewiesen: das subjektive Wohlbefinden korreliert signifikant mit anderen Indikatoren psychischer Morbidität. [Vgl. Heun et al., 1999]

3.1.3 GOTLAND MALE DEPRESSION SCALE

Die Gotland Male Depression Scale ist der bislang einzige Screeningfragebogen, der speziell zur Erkennung depressiver Erkrankungen nach männlichem Geschlechtsmuster entwickelt wurde. Neben den herkömmlichen depressiven Symptomen werden auch die als typisch maskulin deklarierten Symptome der Depression erfasst, wie beispielsweise Irritabilität, Aggression, Wutattacken, Aktivismus und exzessiver Alkohol- oder Substanzmissbrauch. Dies ist umso wichtiger, als besonders im leichten Stadium der Depression die Geschlechtsdifferenzen besonders ausgeprägt sind und ein Screeninginstrument zur Früherkennung und zur Erkennung der beginnenden und daher oft noch geringgradigen Erkrankung vorgesehen ist [Vgl. Bech, 2000]. Die Gotland Male Depression Scale wurde Ende der neunziger Jahre von Rutz, basierend auf den Erfahrungen der Gotland Study entwickelt. Sie vereint in sich zwei Hauptaspekte der Male Depression: den Depressionsfaktor, der die klassisch „weiblichen“ Symptome subsumiert, und den Distressfaktor, der für die „männlichen“ Symptome steht (siehe Tab.5).

Depressionsfaktor	Disstressfaktor
<i>Burn-out und Leeregefühl (3)</i>	<i>Stressempfindung (1)</i>
<i>Müdigkeit (4)</i>	<i>Aggressivität (2)</i>
<i>Entscheidungsschwierigkeiten (6)</i>	<i>Ruhelosigkeit/Irritation (5)</i>
<i>Schlafprobleme (7)</i>	<i>Angst und Unwohlsein (8)</i>
<i>Hoffnungslosigkeit (11)</i>	<i>Übermäßiger Alkohol- oder Substanzkonsum (9)</i>
<i>Familienanamnese von Depression oder</i>	<i>Verhaltensänderungen (10)</i>
<i>Selbstmord (13)</i>	<i>Verstärkte Selbstmitleidstendenz (12)</i>

Tab.5: Die Gotland Male Depression Scale (in Klammern sind die Itemnummern des Fragenbogens angegeben) (nach Bech et al., 2001)

Die Gotland Male Depression Scale ist ein aus 13 Items bestehendes Selbstbeurteilungsinstrument. Es wurde die deutsche Version verwendet. Verhaltensänderungen in den letzten vier Wochen werden auf einer 4-stufigen Likert-Skala, von „überhaupt nicht“ (0 Punkte) bis „stimmt genau“ (3 Punkte), bewertet. Die Kandidaten können Werte von 0 bis 39 erzielen. Das standardisierte Schema zur Bewertung der Summenscores lautet wie folgt: 0–12 Punkte = keine Depression; 13–26 Punkte = Depression möglicherweise vorhanden, spezifische Therapie und Psychopharmaka möglicherweise indiziert; 27–39 = klare Depressionsanzeichen, spezifische Therapie und Psychopharmaka eindeutig indiziert [Vgl. Zierau et al., 2002]. Höhere Summenscores bedeuten also eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu haben.

Die Validität der Skala erscheint bisher noch nicht ausreichend belegt, doch sie wird zur Zeit international in verschiedenen Projekten eingesetzt (persönliche Mitteilung von W. Rutz, nach Möller-Leimkühler (1), 2007). Psychometrischen Gütekriterien sind der Studie von Zierau et al. (2002) zu entnehmen. Hier wurde in einer Stichprobe von Alkoholabhängigen eine gute interne Konsistenz nachgewiesen (Cronbachs Alpha = 0,86; Homogenität: Loevinger Koeffizient = 0,37).

Die externe Validität wurde anhand von Korrelationsanalysen der Gotland Male Depression Scale mit dem Major Depression Inventory demonstriert (Spearman Korrelationskoeffizient = 0,77). Ebenso wurde gezeigt, dass die Depressionssubskala der Gotland Male Depression Scale eine valide Methode ist, zwischen Patienten mit und ohne Depression, evaluiert anhand der Verordnung von Antidepressiva, zu unterscheiden („predictive validity“: $p \leq 0,05$). [Vgl. Zierau et al., 2002]

In der vorliegenden Stichprobe beträgt die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Gesamtskala 0,81, der Distresssubskala 0,71, und der Depressionssubskala 0,65. Beide Subskalen korrelieren signifikant miteinander (Spearman's Rho = 0,61; $p = 0,000$). Die

konvergente Validität der Gotland Male Depression Scale ist aufgrund der Korrelation mit der WHO-5 zufrieden stellend (Spearman's Rho = -0,56; $p = 0,000$). [Vgl. Möller-Leimkühler (2), 2007]

3.1.4 HILFESUCHVERHALTEN, ZUFRIEDENHEIT MIT DER PSYCHISCHEN UND PHYSISCHEN GESUNDHEIT

Da keine validierten Standardinstrumente zum Hilfesuchverhalten oder Einstellungen zum Hilfesuchverhalten verfügbar sind, wurden in Anlehnung an Lin und Parikh (1999) sowie Rickwood und Braithwaite (1994) für die vorliegende Studie einige Items zum Hilfesuchverhalten zusammengestellt. Diese erfassen Aspekte des Hilfesuchverhaltens bei Vorliegen eines belastenden psychischen Problems im letzten Jahr. Die Probanden wurden aufgefordert, aus sieben Aussagen die am besten auf sie zutreffende auszuwählen. Evaluiert wurde auf diese Weise:

- die subjektive Einschätzung, im letzten Jahr ein belastendes psychisches Problem gehabt zu haben,
- die Bereitschaft, über dieses Problem zu sprechen,
- die Bereitschaft, informelle Hilfe bei der Familie oder Freunden in Anspruch zu nehmen,
- die Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Zusätzlich wurde nach der Inanspruchnahme eines Arztes im vergangenen Jahr wegen anderer gesundheitlicher Beschwerden gefragt.

Darüber hinaus wurde die globale subjektive Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit anhand einer 7-stufigen Likert-Skala, von „völlig unzufrieden“ (1) bis „völlig zufrieden“ (7) erfasst.

3.1.5 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

Als soziodemographische Variablen wurden Alter, Schulbildung, Ausbildungs-/ Arbeitsstand und Wohnort gefragt.

Alle Fragebögen sind dem Anhang exemplarisch beigelegt.

3.2 STICHPROBE UND DURCHFÜHRUNG

Das Kollektiv umfasst 1004 Männer einer Altersgruppe. Es gab keinerlei Ausschlusskriterien. Da die Einberufung der jungen Männer zur Musterung zeitlich und örtlich willkürlich erfolgt, waren die einzigen Auswahlkriterien der Stichprobe:

- der Erhebungszeitraum von Juli bis September 2003 und
- die Musterung im Kreiswehersatzamt München.

Die Teilnehmer formieren also eine sehr gut geeignete altershomogene Stichprobe, ähnlich dem Bevölkerungsquerschnitt.

Mit dem Ziel, eine möglichst repräsentative Stichprobe junger, männlicher Probanden in der späten Adoleszenz zu erreichen, kontaktierten wir das Kreiswehersatzamt München. In Zusammenarbeit mit den Ärzten des Kreiswehersatzamtes wurden alle jungen Männer, die im Rahmen ihrer ersten Musterung von Juli bis September 2003 im Kreiswehersatzamt München vorstellig wurden, persönlich angesprochen und gebeten, die ausgehändigten Selbsteinschätzungsfragebögen auszufüllen. Die geschätzte Responserate beträgt, in Anlehnung an Angaben der Medizinaldirektorin des Kreiswehersatzamtes Dr. Paulus, 95 Prozent. Die Studie wurde als Untersuchung der Ludwig-Maximilians-Universität München zu Stresserfahrung und Selbsteinschätzung des persönlichen Befindens vorgestellt. Die Teilnahme war freiwillig und Anonymität wurde versichert. Es wurde im Speziellen darauf hingewiesen, dass die Mitwirkung an der Befragung nicht in Verbindung mit der Musterung steht und dass sie keinerlei Einfluss auf deren Ergebnis habe.

3.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG

In dieser Studie wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha = 0,05$ festgesetzt.

Außerdem wurde festgelegt, dass im Falle eines signifikanten Ergebnisses des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson, derjenige Sachverhalt der Kreuztabelle als ausschlaggebend für die Signifikanz gilt, der ein standardisiertes Residuum von $\geq \pm 2,0$ aufweist.

Die Datenauswertung erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS, Version 14.0 für Windows.

Zu Beginn wurden die Häufigkeitsverteilungen der Antworten und deren Summenscores, einschließlich Mittelwert, Median und Standardabweichung, über deskriptive Statistiken erstellt.

Um den Zusammenhang der erhobenen Variablen untereinander zu prüfen, wurden mehrere bivariate Analyseverfahren angewendet.

Es wurden Korrelationsmatrizen für verschiedene Variablenkombinationen angefertigt. Da alle erhobenen und mit diesem Verfahren geprüften Variablen, außer dem Wohlbefinden nach WHO-5, nicht normalverteilt und nicht intervallskaliert sind, wurden Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet.

Zur Veranschaulichung prozentualer Häufigkeitsverteilungen der untersuchten Variablen in Abhängigkeit der verschiedenen GEPAQ-Typen wurden Kreuztabellen erstellt. Es wurde jeweils der beobachtete und erwartete Wert, die prozentuale Verteilung innerhalb der GEPAQ-Gruppe und das standardisierte Residuum berechnet.

Zur Prüfung, ob sich die beobachtete Häufigkeit signifikant von der erwarteten Häufigkeit unterscheidet, kam der Chi-Quadrat-Test zum Einsatz.

Der Mittelwertvergleich normalverteilter Variablen nach GEPAQ-Typen wurde mithilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse ANOVA, einem a-priori-Test für mehr als zwei unabhängige Stichproben durchgeführt. Welche Gruppen sich im Falle der Signifikanz unterscheiden, wurde mit dem a-posteriori-Test nach Bonferroni, einem multiplen T-Test mit Alpha-Korrektur untersucht.

Mittelwertvergleiche nicht normalverteilter Variablen für mehr als zwei unabhängige Stichproben erfolgte durch Berechnung der gruppierten Mediane der Variablen nach GEPAQ-Typen und Anwendung des H-Tests nach Kruskal und Wallis. Welche Gruppen sich im Falle der Signifikanz im Einzelnen voneinander unterscheiden, wurde paarweise durch entsprechende U-Tests nach Mann und Whitney geprüft.

Das multiple Signifikanzniveau wurde mit der Bonferroni-Methode kontrolliert.

4 ERGEBNISSE DER STUDIE

4.1 DESKRIPTIVE DARSTELLUNG

Im folgenden Abschnitt werden die Antworten der Studienteilnehmer auf Fragen und gruppierte Fragenkomplexe als Häufigkeitsverteilungen dargestellt. Darüber hinaus werden in Form von prozentualen Anteilen die Selbsteinschätzungen der Probanden in Bezug zur Gesamtheit der Teilnehmer gesetzt.

4.1.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER STICHPROBE

Das Durchschnittsalter der ausschließlich männlichen Probanden beträgt 18,5 Jahre (Standardabweichung (SD) $\pm 1,18$). Der jüngste Teilnehmer ist zum Zeitpunkt der Befragung 16 Jahre alt, der Älteste ist 35 Jahre.

Der Bildungsgrad der Befragten verteilt sich folgendermaßen: 2,6 Prozent besitzen keinen Abschluss der Grund- oder Hauptschule, 7,3 Prozent besitzen einen Grund- oder Hauptschulabschluss, 48,7 Prozent erhalten oder erhielten die Mittleren Reife beziehungsweise einen Fachschulabschluss und 41,4 Prozent sind bereits oder werden bald Absolventen eines Abiturs oder Fachabiturs sein. Von den Teilnehmern sind 78,2 Prozent Schüler, 7,5 Prozent Auszubildende, 6,8 Prozent Arbeitslose, 4,7 Prozent Berufstätige und 2,8 Prozent Studenten.

52,3 Prozent der Stichprobe leben in einer Großstadt, 32,7 Prozent wohnen in einer Kleinstadt (5.000-20.000 Bewohner) und 15,0 Prozent sind Dorfbewohner.

4.1.2 GEPAQ

- *Ausprägung von Maskulinität und Femininität*

Bei Zusammenfassung der einzelnen Items zu den Summenscores der positiven und negativen Maskulinitätsskala sowie der positiven und negativen Femininitätsskala (siehe oben) ergeben sich folgende Anwohnhäufigkeiten in unserer Stichprobe:

- Die Teilnehmer erzielten im Median 34 beim positiven Maskulinitätsscore (Mittelwert 33,3; SD $\pm 5,92$) (siehe Abb.4).
- Für den negativen Maskulinitätssummscore findet sich ein Median von 22 (Mittelwert 21,8; SD $\pm 5,37$) (siehe Abb.5).
- Der positive Femininitätssummscore der Teilnehmer liegt im Median bei 37 (Mittelwert 36,5; SD $\pm 5,1$) (siehe Abb.6).
- Für den negativen Femininitätsscore findet man einen Median von 20,0 (Mittelwert 19,7; SD $\pm 4,5$) (siehe Abb.7).

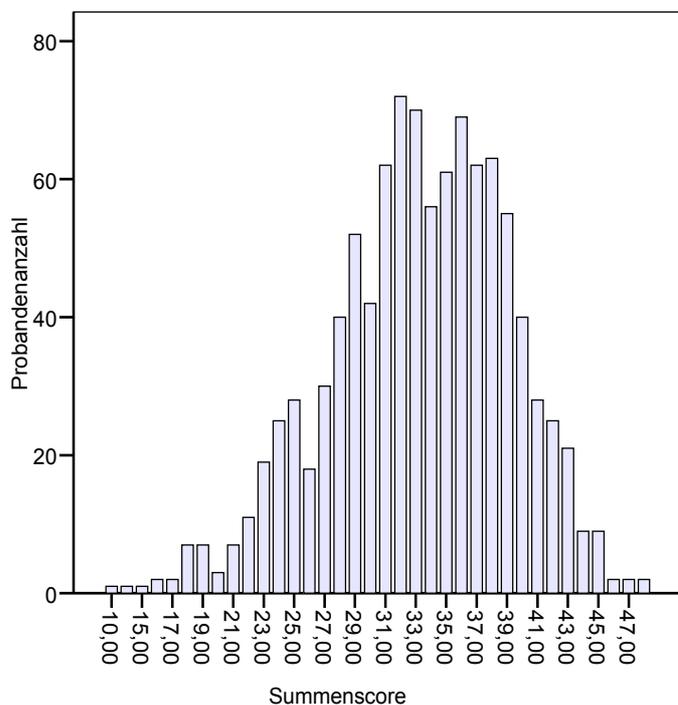


Abb.4: Häufigkeitsverteilung: Summenscores der positiven Maskulinitätsskala

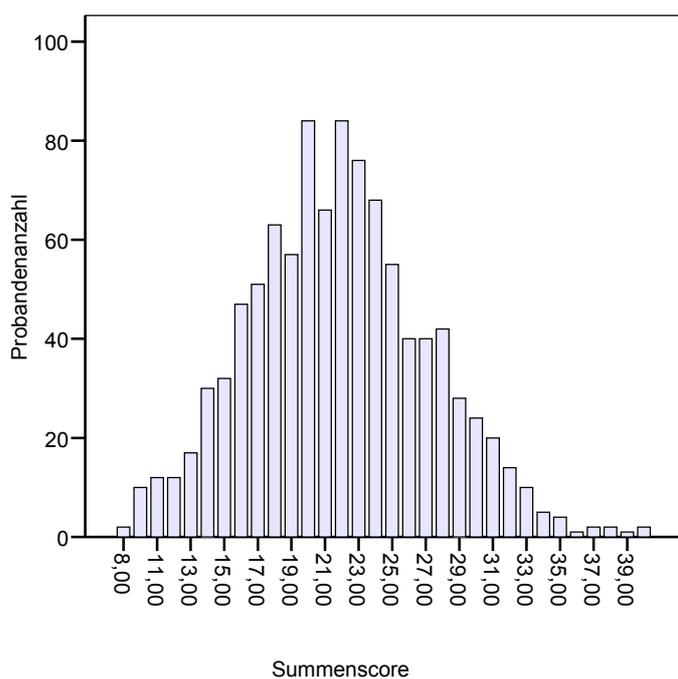


Abb.5: Häufigkeitsverteilung: Summenscores der negativen Maskulinitätsskala

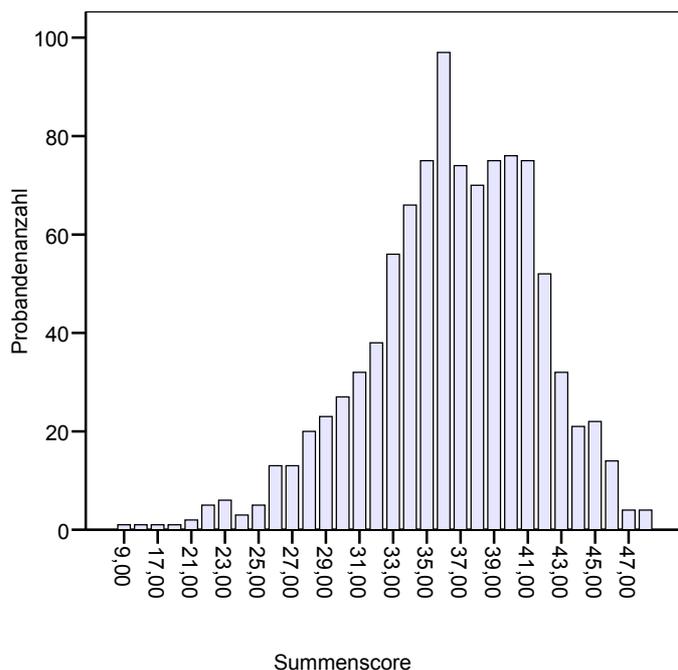


Abb.6: Häufigkeitsverteilung: Summscores der positiven Femininitätsskala

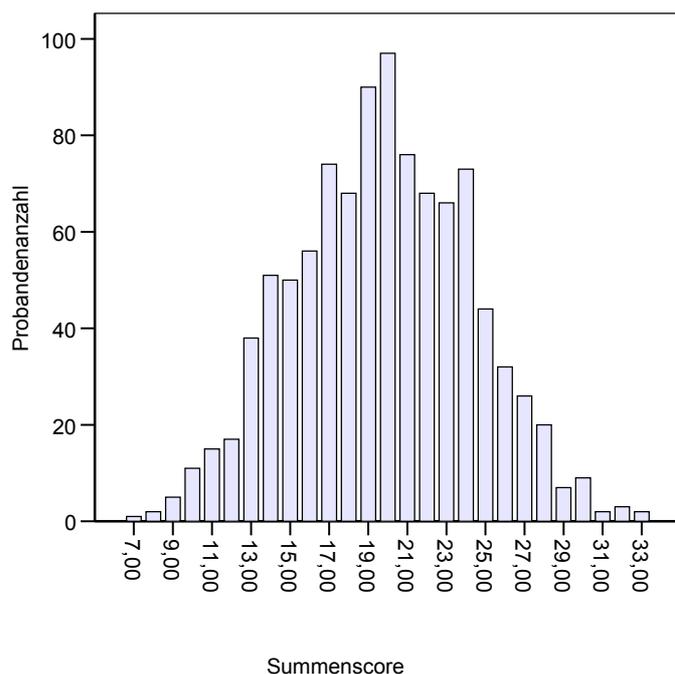


Abb.7: Häufigkeitsverteilung: Summscores der negativen Femininitätsskala

- *Typen der Geschlechterrollenorientierung*

Auf der Basis des Medians der positiven Femininitätsskala (37) und der positiven Maskulinitätsskala (34) berechnet sich folgende Verteilung der GEPAQ-Typen für unsere Stichprobe:

Die größte Gruppe bilden die androgyn Orientierten mit 30,3 Prozent. Mit 28,4 Prozent ist die Gruppe der Undifferenzierten nur geringfügig kleiner. Die feminin Orientierten sind mit 21,4

Prozent vertreten. Die wenigsten Probanden, nur 19,9 Prozent, sind unter den Maskulinen zu finden. (siehe Abb.8)

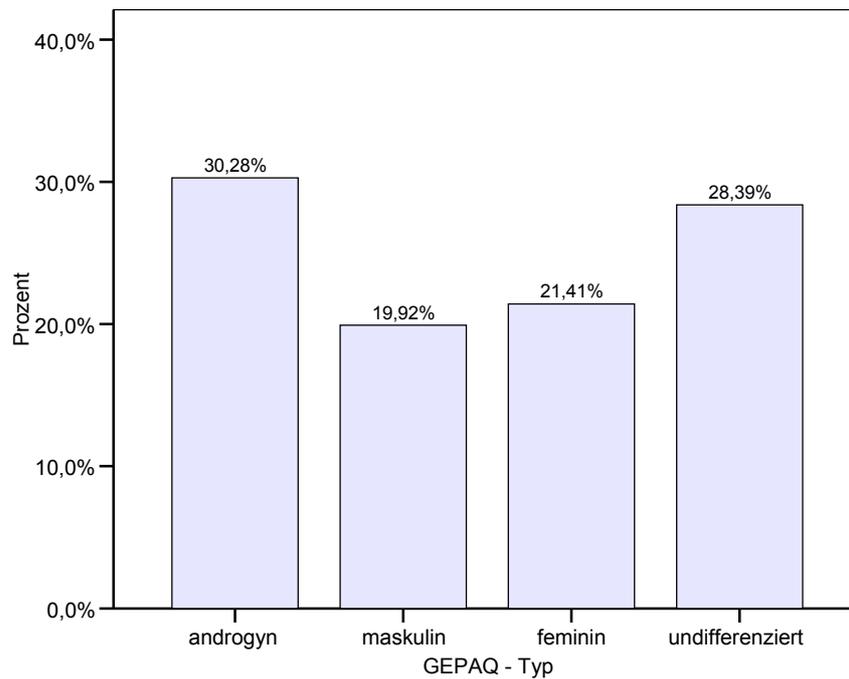


Abb.8: Prozentuale Verteilung der GEPAQ-Typen (n = 1004)

4.1.3 WHO-5

- *Summenscore des WHO-5*

Das anhand der WHO-5 gemessene subjektive Wohlbefinden der Probanden beträgt im Median 56,0 Prozent (Mittelwert 55,3%; SD $\pm 17,3$). Die Antworthäufigkeiten sind in Abb.9 dargestellt.

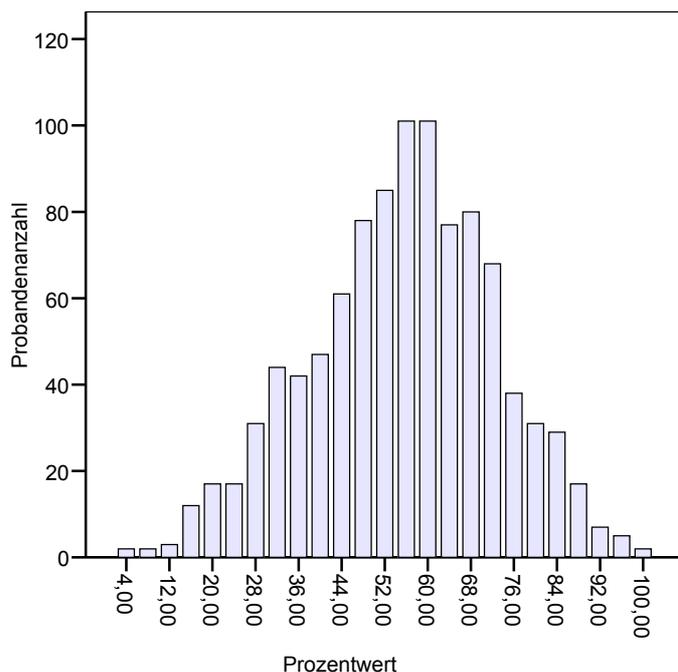


Abb.9: Häufigkeitsverteilung: Wohlbefinden nach WHO-5

- *Kategorisierung der WHO-5*

Bei der Unterteilung der Stichprobe in Probanden mit und ohne Depressionsrisiko nach WHO-5 (Summenscore des Rohwertes < 13 gibt ein Depressionsrisiko an) ergibt sich die in Abb.10 dargestellte Verteilung.

64 Prozent der jungen Männer in der späten Adoleszenz haben laut WHO-5 kein Depressionsrisiko; bei 36 Prozent kann eine Depression nicht ausgeschlossen werden.

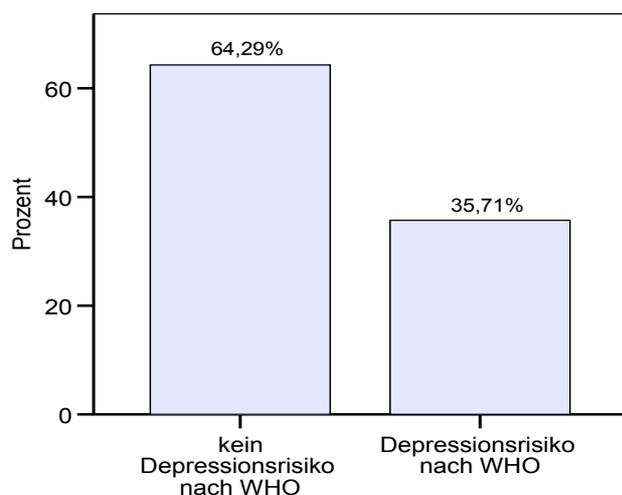


Abb.10: Prozentuale Verteilung des Depressionsrisikos nach WHO-5

4.1.4 GOTLAND MALE DEPRESSION SCALE

- *Summenscore der Gotland Male Depression Scale*

Bei Berechnung des Summenscores der Gotland Male Depression Scale liegt der Median unserer Stichprobe bei 7,0 (Mittelwert 8,5; SD $\pm 6,0$). Die Scores folgen der in Abb.11 dargestellten Verteilung.

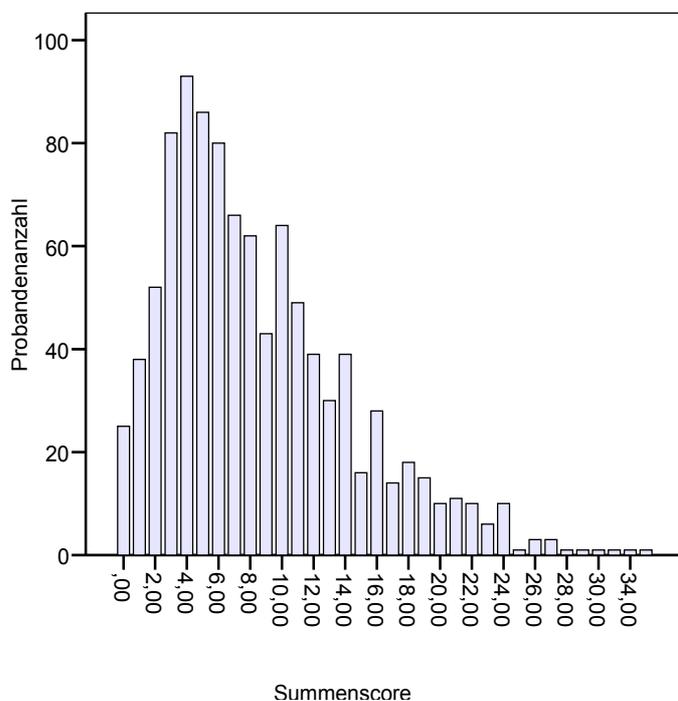


Abb.11: Häufigkeitsverteilung: Summenscores der Gotland Male Depression Scale

- *Einzelne Items der Gotland Male Depression Scale*

In Abb.12 werden die Mittelwerte der einzelnen, von den Probanden zu beurteilenden Depressionssymptome demonstriert.

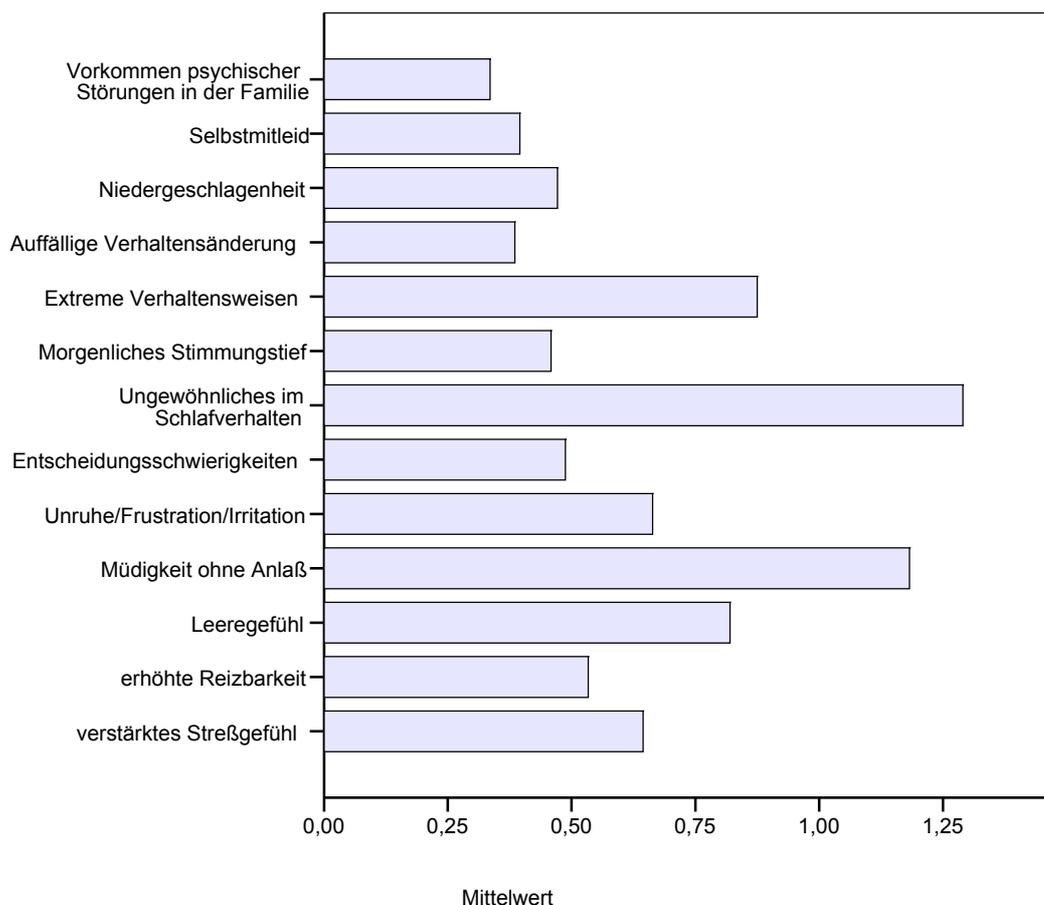


Abb.12: Mittelwerte der einzelnen Items der Gotland Male Depression Scale

- *Kategorisierung der Gotland Male Depression Scale*

Bei der standardisierten Unterteilung der Gotland Male Depression Scale nach Summenscores (siehe Kapitel 3.1.3) in drei Typen, ergibt sich für unsere Stichprobe nachstehende Verteilung:

Die deutlich größte Gruppe formieren Probanden ohne Depressionsanzeichen. Bei der zweitgrößten Gruppe ist eine Depression nicht sicher auszuschließen. Von einer unter ein Prozent liegenden Minderheit wird die Fraktion mit klaren Depressionsanzeichen gebildet. (siehe Tab.6)

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<i>gültig</i>	keine Depressionsanzeichen	779	77,6	78,0	78,0
	Depression möglich	211	21,0	21,1	99,1
	klare Depressionsanzeichen	9	,9	,9	100,0
	<i>gesamt</i>	999	99,5	100,0	
<i>fehlend</i>	<i>keine Angabe</i>	5	,5		
<i>gesamt</i>		1004	100,0		

Tab.6: Häufigkeitsverteilung: Kategorien der Gotland Male Depression Scale

Da die Gruppe der Probanden mit deutlichen Depressionsanzeichen in unserer Stichprobe extrem klein ist, wurde für weitergehende Berechnungen und Analysen nochmals eine Zusammenfassung vorgenommen. Den Probanden ohne Depressionsanzeichen steht nun mit 22,0 Prozent die Gruppe derer gegenüber, bei denen Depressionsanzeichen gemäß der Gotland Male Depression Scale gefunden wurden und eine Depression nicht mit Sicherheit auszuschließen ist.

4.1.5 HILFESUCHVERHALTEN

Bei der Auswertung der Angaben zum Hilfesuchverhalten fanden sich bei einigen Fragebögen Mehrfachantworten. In die Analysen ging jeweils nur die Antwort mit dem von uns am stärksten gewerteten Informationsgehalt ein. Wurde entweder Inanspruchnahme professioneller Hilfe oder kein psychisches Problem angegeben, wurden die anderen gewählten Antworten vernachlässigt. Waren diese Kriterien nicht gegeben, ging im Falle von Mehrfachantworten zuerst Hilfesuche im Freundes- und Familienkreis, dann Geheimhalten eines belastenden Problems vor allen anderen Antwortmöglichkeiten in die Analysen ein.

- *Aufgeschlüsseltes Hilfesuchverhalten*

Der mit 65,4 Prozent deutlich größte Anteil der Stichprobe gab an, im letzten Jahr kein psychisches Problem gehabt zu haben. Die nächst größere Fraktion suchte im Falle eines psychischen Problems informelle Hilfe im Freundes- und/oder Familienkreis. Die drittgrößte Gruppe erachtete ihr seelisches Problem als zu gering für professionelle Hilfe. Nur 3,9 Prozent der Probanden nahmen für ihr psychisches Problem professionelle Hilfe in Anspruch. Die genaue prozentuale Antwortverteilung ist in Tab.7 wiedergegeben.

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<i>gültig</i>	Professionelle Hilfe in Anspruch genommen	39	3,9	3,9	3,9
	Notwendigkeitseinsicht; keine professionelle Hilfe gesucht	22	2,2	2,2	6,1
	Hilfe aus Freundes- und Familienkreis	110	11,0	11,0	17,2
	Keine Notwendigkeit von professioneller Hilfe	54	5,4	5,4	22,6
	Problem zu gering für professionelle Hilfe	78	7,8	7,8	30,4
	Geheimhalten eines belastenden Problems	42	4,2	4,2	34,6
	Kein psychisches Problem	652	64,9	65,4	100,0
	<i>gesamt</i>	997	99,3	100,0	
<i>fehlend</i>	<i>keine Angabe</i>	7	,7		
<i>gesamt</i>		1004	100,0		

Tab.7: Häufigkeitsverteilung: Hilfesuchverhalten in psychischen Konfliktsituationen

Betrachtet man nur diejenigen Probanden, die angaben, im letzten Jahr ein belastendes seelisches Problem gehabt zu haben, ergibt sich folgende prozentuale Verteilung für den Umgang mit dem psychischen Problem:

Die mit 31,9% größte Probandenfraktion suchte Hilfe im Freundes- und/ oder Familienkreis. 12,2% haben zum Zeitpunkt der Befragung mit niemandem über das sie belastende Problem gesprochen. Die wenigsten Teilnehmer, die psychische Probleme angaben, erkannten zwar ihr seelisches Problem, suchten aber keine professionelle Hilfe auf. (siehe Abb.13)

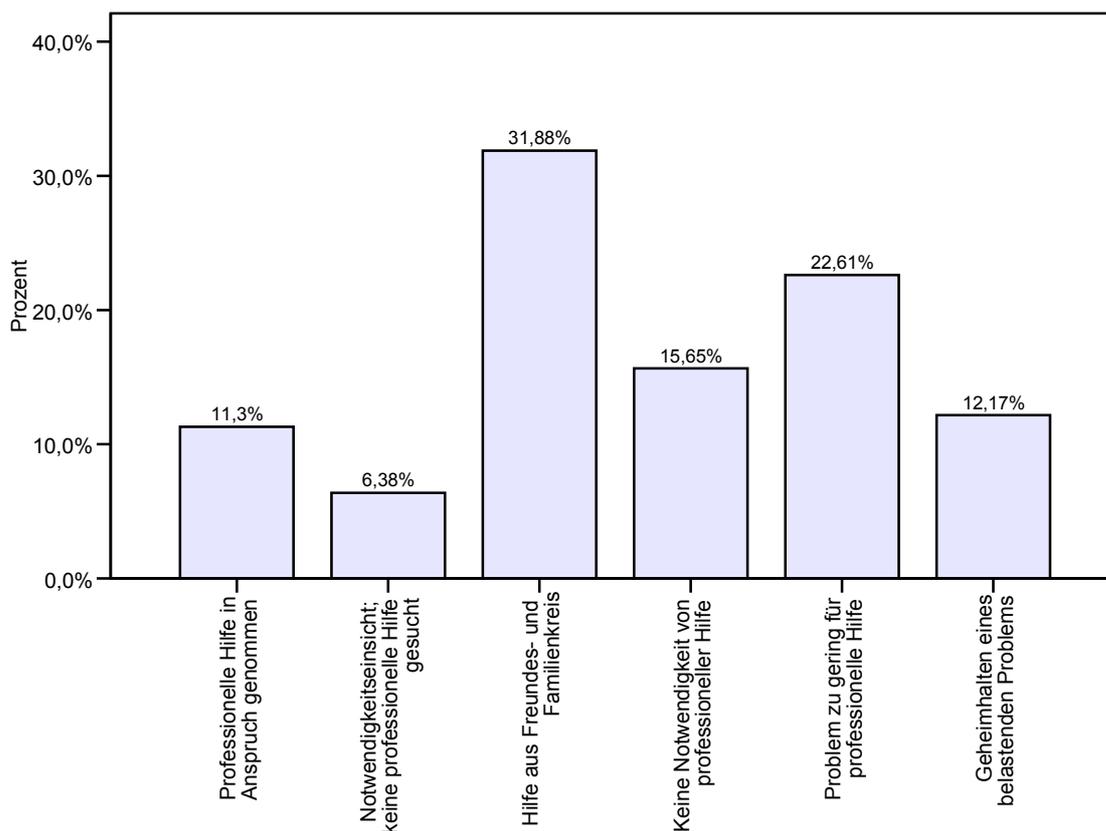


Abb.13:Häufigkeitsverteilung: Hilfesuchverhalten bei psychischem Problem

- *Kategorisiertes Hilfesuchverhalten*

Für einige Analysen wurde eine Vereinfachung der Antworten vorgenommen. Nachfolgende Antworten auf die Frage, ob der Teilnehmer im letzten Jahr ein belastendes psychisches Problem erfahren hatte, wurden zum Aspekt „keine Hilfe gesucht“ zusammengefasst:

- „Ja, aber ich habe dann doch keine professionelle Hilfe gesucht“
- „Ja, ich hatte/habe ein psychisches Problem, aber ich glaube nicht, dass ich dafür professionelle Hilfe gebraucht habe/brauche“
- „Ja, aber mein Problem war nicht schwer genug, um professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen“
- „Ja, ich hatte/habe ein mich belastendes psychisches Problem, habe aber bisher noch mit niemandem darüber gesprochen“.

Die Probanden, die trotz Kenntnis eines sie belastenden, seelischen Problems zusammenfassend keine professionelle oder informelle Hilfe gesucht beziehungsweise in Anspruch genommen haben, machen 19,7 Prozent der Stichprobe aus (siehe Tab.8).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Professionelle Hilfe	39	3,9	3,9	3,9
	Keine Hilfe	196	19,5	19,7	23,6
	Hilfe aus Freundes- und Familienkreis	110	11,0	11,0	34,6
	Kein psychisches Problem	652	64,9	65,4	100,0
	<i>gesamt</i>	997	99,3	100,0	
fehlend	<i>keine Angabe</i>	7	,7		
<i>gesamt</i>		1004	100,0		

Tab.8: Häufigkeitsverteilung: kategorisiertes Hilfesuchverhalten

Betrachtet man wieder nur die Probanden, die angaben, im letzten Jahr ein belastendes, psychisches Problem zu haben, findet sich die in Abb.14 wiedergegebene Häufigkeitsverteilung. Den weitaus größten Anteil machen Teilnehmer aus, die trotz psychischem Problem keine Hilfe in Anspruch nehmen.

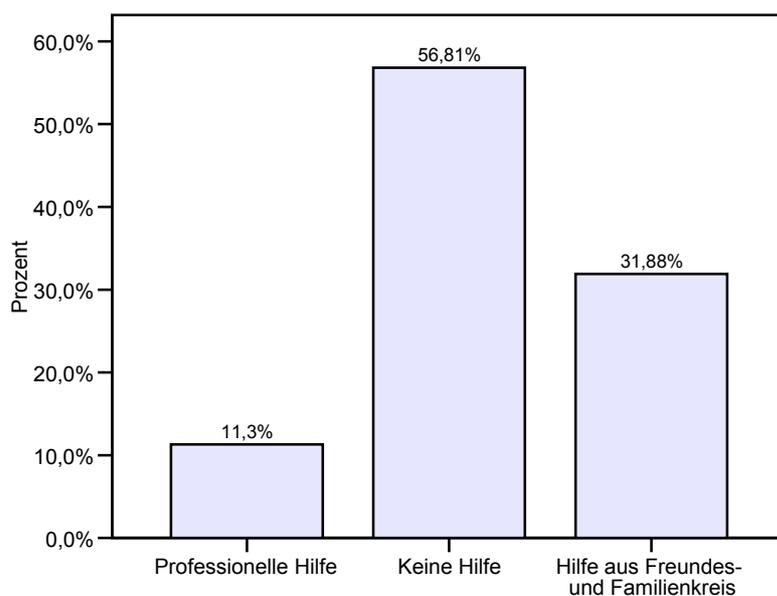


Abb.14: Häufigkeitsverteilung: kategorisiertes Hilfesuchverhalten bei psychischem Problem

4.1.6 ARZTKONSULTATION

Annähernd zwei Drittel aller Probanden gaben an, im letzten Jahr aus nichtseelischen Gründen einen Arzt konsultiert zu haben (siehe Tab.9).

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	ja	729	72,6	72,8	72,8
	nein	273	27,2	27,2	100,0
	<i>gesamt</i>	1002	99,8	100,0	
fehlend	<i>keine Angabe</i>	2	,2		
<i>gesamt</i>		1004	100,0		

Tab.9: Häufigkeitsverteilung: Arztkonsultation aus nichtseelischen Gründen

4.1.7 ZUFRIEDENHEIT MIT DER GESUNDHEIT

- *Psychische Gesundheit*

24,4 Prozent der Teilnehmer waren im letzten Jahr mit ihrer psychischen Gesundheit völlig unzufrieden bis indifferent eingestellt. Eher zufrieden bis vollkommen zufrieden waren 75,8 Prozent mit ihrer seelischen Gesundheit. Die größte absolute Fraktion findet sich mit 42,8 Prozent der Probanden bei der Angabe „zufrieden“. (siehe Abb.15)

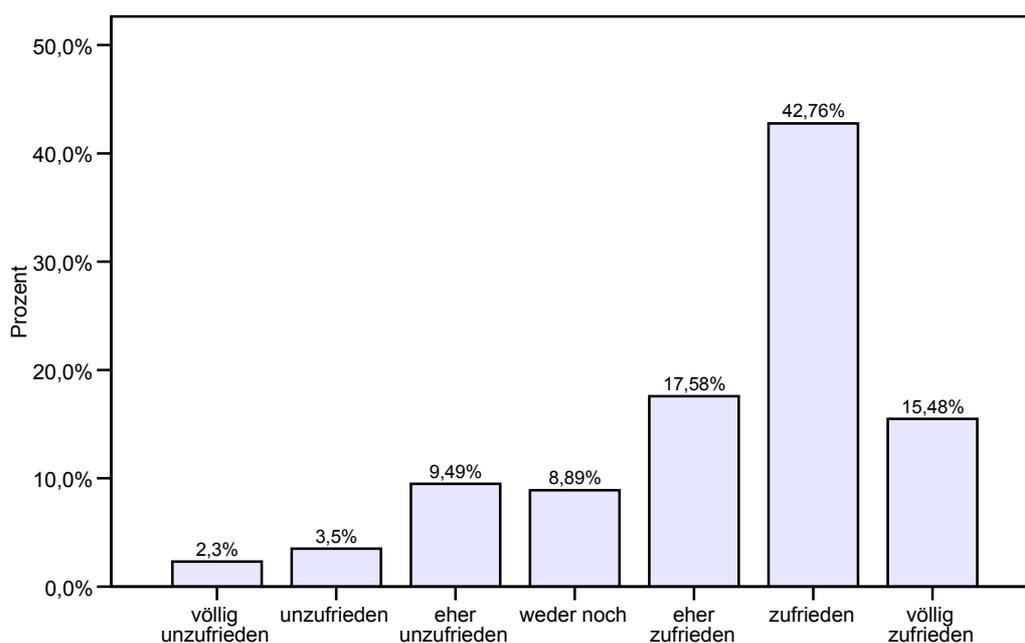


Abb.15: Häufigkeitsverteilung: Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit

- *Physische Gesundheit*

29,8 Prozent der Probanden gaben an, im letzten Jahr mit ihrer körperlichen Gesundheit völlig unzufrieden bis indifferent gewesen zu sein. Eher zufrieden bis völlig zufrieden waren 70,2 Prozent. Mit 34,5 Prozent war die häufigste Antwort bei „zufrieden“ mit der physischen Gesundheit. (siehe Abb.16)

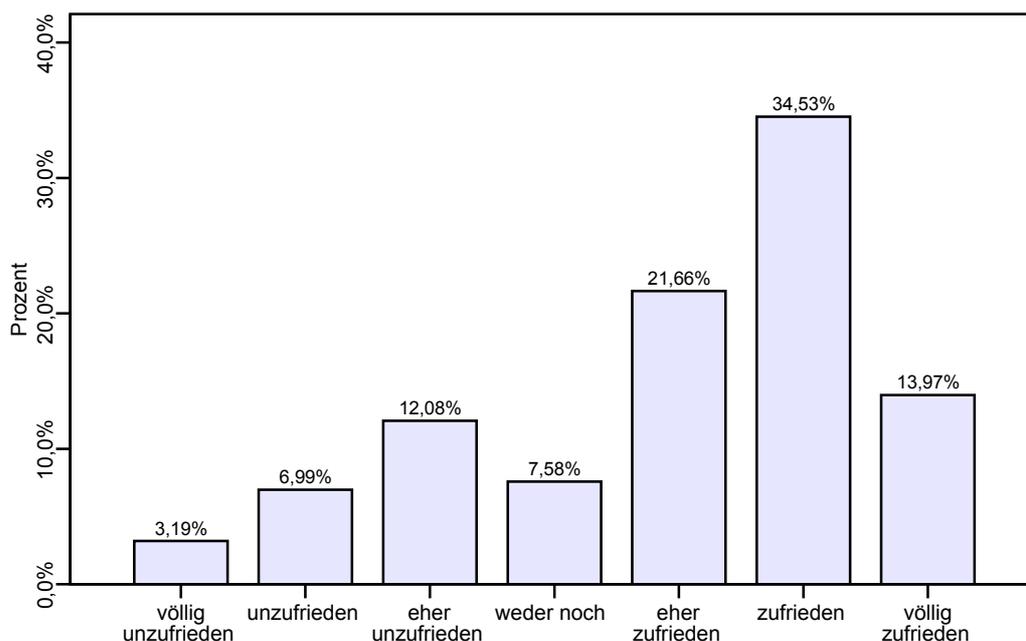


Abb.16: Häufigkeitsverteilung: Zufriedenheit mit der physischen Gesundheit

4.2 EINFLUSSFAKTOREN AUF WOHLBEFINDEN, DEPRESSIVE SYMPTOME, HILFESUCHVERHALTEN UND ZUFRIEDENHEIT MIT DER GESUNDHEIT

Im folgenden Kapitel wird der Einfluss der Faktoren

- soziodemographischen Daten (Schulbildung und Wohnort)

sowie

- die Ausprägung von positiver und negativer Maskulinität sowie positiver und negativer Femininität und die Typen der Geschlechtsrollenorientierung (GEPAQ-Typen)

auf

- das Wohlbefinden,
- depressive Symptome,
- das Hilfesuchverhalten,
- die Häufigkeit von Arztkonsultationen aus nichtseelischen Gründen, und
- die Zufriedenheit mit psychischem und physischem Gesundheitszustand

der Probanden untersucht.

4.2.1 EINFLUSS DER SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN

- *Schulbildung*

Um die Analyseergebnisse durch eine kleinere Anzahl von Kategorien übersichtlicher und damit aussagekräftiger werden zu lassen, wurde eine Zusammenfassung vorgenommen. Bei

der Wahl der Klassifizierung wurde auf die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen, in Form von äquivalenten Antworthäufigkeiten, Wert gelegt.

Die vier zur Auswahl gestellten Antwortmöglichkeiten zur Schulbildung wurden zu folgenden zwei Kategorien vereinfacht:

1. Grundschule/ Hauptschule/ Mittlere Reife/ Fachschulabschluss
2. Abitur/ Fachabitur.

Korreliert die Schulbildung der Teilnehmer mit dem Auftreten von depressiven Symptomen, mit dem Wohlbefinden, mit der Ausprägung der Maskulinität und mit dem Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen?

Es wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet.

Dabei können keinerlei signifikante Korrelationen zwischen der Schulbildung unserer Probanden und depressiven Symptomen, ihrem Wohlbefinden, ihrer Ausprägung von positiver und negativer Maskulinität sowie ihrem Hilfesuchverhalten gefunden werden (siehe Tab.10).

		Gotland Male Depression Scale (Score)	Wohlbefinden nach WHO (Prozentwert)	positive Maskulinitäts- skala (Summen- score)	negative Maskulinitäts- skala (Summen- score)	Hilfesuch- verhalten in psychischen Konflikt- situationen
Spearman -Rho	Schultyp gruppiert	-,023	,027	,033	,041	-,033
	Signifikanz (2-seitig)	,467	,393	,291	,196	,301
	Anzahl	995	993	1000	997	993

Tab.10: Korrelation zwischen Schulbildung und untersuchten Merkmalen

- *Wohnort*

Auch hier wurde zur besseren Übersicht und zur Steigerung der Aussagekraft der Analysen eine Vereinfachung vorgenommen. Die drei zur Auswahl gestellten Antwortmöglichkeiten zum Wohnort der Teilnehmer wurden zu zwei Kategorien zusammengefasst:

1. Dorf/ Kleinstadt (bis 20.000 Einwohner)
2. Großstadt.

Korreliert der Wohnort der Probanden mit dem Auftreten von depressiven Symptomen, mit dem Wohlbefinden, mit der Ausprägung der Maskulinität und mit dem Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen?

Dies wurde mithilfe des Korrelationskoeffizienten nach Spearman geprüft.

Nach Anwendung der Korrektur von Bonferroni finden sich keinerlei signifikante Korrelationen zwischen dem Wohnort unserer Teilnehmer und depressiven Symptomen,

dem Wohlbefinden, der Ausprägung von positiver und negativer Maskulinität sowie dem Hilfesuchverhalten die seelischen Problemen (siehe Tab.11).

			Gotland Male Depression Scale (Score)	Wohlbefinden nach WHO (Prozentwert)	positive Maskulinitäts- skala (Summen- score)	negative Maskulinitäts- skala (Summen- score)	Hilfesuch- verhalten in psychischen Konflikt- situationen
<i>Spearman</i> <i>-Rho</i>	Wohnort gruppiert	<i>Korrelations koeffizient</i>	,002	,039	,024	,083	-,030
		<i>Signifikanz (2-seitig)</i>	,955	,217	,455	,008	,350
		<i>Anzahl</i>	998	996	1003	1000	996

Tab.11: Korrelation zwischen Wohnort und untersuchten Merkmalen

4.2.2 EINFLUSS DER GESCHLECHTSROLLENORIENTIERUNG AUF DAS WOHLBEFINDEN

- *WHO-5 - Summenscore & GEPAQ-Typen*

Das subjektive Wohlbefinden und die Geschlechtsrollenorientierung wurden mithilfe einer Kreuztabelle auf Zusammenhänge untersucht.

Das beste Wohlbefinden geben die androgyn Orientierten mit einem Mittelwert von 61,4 Prozent (SD ±16,1) an. Das in unserer Stichprobe zweitbeste Wohlbefinden präsentieren die Maskulinen (Mittelwert 57,2%; SD ±16,4). Die Femininen und Undifferenzierten geben ein niedrigeres Wohlbefinden an. (siehe Tab.12)

Wohlbefinden nach WHO-5 (Prozentwert):

	Anzahl	Mittelwert	Standard- abweichung	Standard- fehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Unter- grenze	Obergrenze		
androgyn	302	61,4305	16,09833	,92635	59,6075	63,2534	16,00	100,00
maskulin	200	57,2200	16,41765	1,16090	54,9307	59,5093	12,00	96,00
feminin	214	51,6449	16,26844	1,11209	49,4528	53,8370	8,00	92,00
undifferenziert	281	50,0783	17,58269	1,04890	48,0136	52,1430	4,00	96,00
<i>gesamt</i>	997	55,2859	17,27371	,54706	54,2123	56,3594	4,00	100,00

Tab.12: Mittelwerte des Wohlbefindens für GEPAQ-Typen

Unterscheidet sich das Wohlbefinden der vier GEPAQ-Typen signifikant voneinander?

Dies wurde mithilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse ANOVA mit dem Prozentwert des Wohlbefindens nach WHO-5 als abhängige Variable und den GEPAQ-Typen als Faktor untersucht.

Es wird ein höchst signifikantes Ergebnis zwischen den verschiedenen orientierten Gruppen ausgegeben (siehe Tab.13).

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Abhängige Variable: Wohlbefinden nach WHO (Prozentwert)	zwischen den Gruppen	22607,884	3	7535,961	27,253	,000
	gesamt	297187,531	996			

Tab.13: Nachweis des unterschiedlichen Wohlbefindens für GEPAQ-Gruppen (Varianzanalyse ANOVA)

Welche Gruppen unterscheiden sich in ihrem Wohlbefinden signifikant voneinander?

Es wurde aus den a-posteriori-Tests der Bonferroni-Test ausgewählt und angewendet.

Das subjektive Wohlbefinden differiert zwischen den Gruppen androgyn, feminin und undifferenziert, sowie zwischen den Gruppen maskulin und undifferenziert höchst signifikant ($p < 0,001$). Sehr signifikant ($p \leq 0,01$) unterscheiden sich die Maskulinen von den Femininen. Signifikant ($p \leq 0,05$) unterscheiden sich Maskuline und Androgyne in der Einschätzung ihres Wohlbefindens.

Nicht signifikant ($p > 0,05$) heben sich Undifferenzierte von feminin Orientierten ab. (siehe Tab.14)

Abhängige Variable: Wohlbefinden nach WHO-5 (Prozentwert):

						95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert	
	(I) GEPAQ - Typ	(J) GEPAQ - Typ	mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	Obergrenze	Untergrenze
Bonferroni	androgyn	androgyn					
		maskulin	4,2105(*)	1,51598	,033	,2029	8,2180
		feminin	9,7856(*)	1,48585	,000	5,8577	13,7135
	maskulin	undifferenziert	11,3522(*)	1,37828	,000	7,7086	14,9957
		androgyn	-4,2105(*)	1,51598	,033	-8,2180	-,2029
		maskulin					
	feminin	feminin	5,5751(*)	1,63545	,004	1,2517	9,8985
		undifferenziert	7,1417(*)	1,53838	,000	3,0749	11,2085
		androgyn	-9,7856(*)	1,48585	,000	-13,7135	-5,8577
	undifferenziert	maskulin	-5,5751(*)	1,63545	,004	-9,8985	-1,2517
		feminin					
		undifferenziert	1,5666	1,50870	1,000	-2,4218	5,5549
		androgyn	-11,3522(*)	1,37828	,000	-14,9957	-7,7086
		maskulin	-7,1417(*)	1,53838	,000	-11,2085	-3,0749
		feminin	-1,5666	1,50870	1,000	-5,5549	2,4218
		undifferenziert					

* Die mittlere Differenz ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant.

Tab.14: Nachweis des unterschiedlichen Wohlbefindens bei Gegenüberstellung der einzelnen GEPAQ-Typen (Bonferroni-Test)

Bei Verknüpfung der gefundenen Mittelwerte der GEPAQ-Typen mit den ausgegebenen Signifikanzen zu den verschiedenen Gruppen lassen sich für das Wohlbefinden der befragten jungen Männer in der späten Adoleszenz folgende Schlussfolgerungen ziehen: Androgyn Orientierte schätzen ihr persönliches Wohlbefinden sehr viel besser ein als Feminine und Undifferenzierte. Auch Maskuline stufen ihr Wohlbefinden wesentlich höher als Undifferenzierte und höher als feminin Orientierte ein. Androgyne bewerten ihr Wohlbefinden gegenüber der maskulinen Subgruppe ebenso insgesamt besser. Nur zwischen den Undifferenzierten und den Femininen können keine signifikanten Unterschiede bezüglich ihres Wohlbefindens ausgemacht werden.

- *WHO-5 - Summenscore & Ausprägung von Maskulinität und Femininität*

Korreliert das Wohlbefinden mit dem positiven und negativen Maskulinitätsscore beziehungsweise mit dem positiven und negativen Femininitätsscore?

Es wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet.

Für alle Skalen finden sich höchst signifikante Zusammenhänge mit der Einschätzung des Wohlbefindens der Probanden (siehe Tab.15).

Der positive Femininitätsscore und der positive Maskulinitätsscore korrelieren sehr gering (Korrelationskoeffizient $<0,2$) beziehungsweise gering (Korrelationskoeffizient $<0,5$), jedoch höchst signifikant mit dem Grad des Wohlbefindens.

Der negative Maskulinitätsscore und der negative Femininitätsscore korrelieren sehr gering negativ, aber höchst signifikant mit dem Wohlbefinden.

Zusammenfassend lässt sich für diese Stichprobe feststellen: Je höher der positive Maskulinitäts- und Femininitätsscore, sowie je niedriger der negative Maskulinitäts- und Femininitätsscore ist, desto besser ist das Wohlbefinden.

			positive Maskulinitäts- skala (Summen- score)	negative Maskulinitäts- skala (Summen- score)	positive Femininitäts- skala (Summen- score)	negative Femininitäts- skala (Summen- score)
Spearman- Rho	Wohlbefinden nach WHO (Prozentwert)	Korrelations- koeffizient	,313*	-,115*	,134*	-,169*
		Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000
		N	997	994	997	996

* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tab. 15: Korrelation zwischen Wohlbefinden und Ausprägung von Maskulinität und Femininität

4.2.3 EINFLUSS DER GESCHLECHTSROLLENORIENTIERUNG AUF DEPRESSIVE SYMPTOME

- *Kategorisierung der WHO-5 & GEPAQ-Typen*

Finden sich bei bestimmten Geschlechtsrollenorientierungen erhöhte oder erniedrigte Depressionsrisiken nach WHO-5?

Die Untersuchung geschah mithilfe der Kategorisierung des Rohwertes der WHO-5 in die Ausprägungen „kein Depressionsrisiko nach WHO-5“ und „Depressionsrisiko nach WHO-5“. In Tab.16 sind die Häufigkeitsverteilungen des Depressionsrisikos nach WHO-5 in den verschiedenen GEPAQ-Typen angegeben.

Nach WHO-5 haben 22 Prozent der Androgynen und 28 Prozent der Maskulinen ein Depressionsrisiko. Deutlich häufiger besteht bei der femininen Subgruppe mit 45 Prozent, und bei der undifferenzierten Gruppe mit 48 Prozent ein Depressionsrisiko, dem durch weiterführende diagnostische Schritte nachgegangen werden sollte.

		Depressionsrisiko nach WHO-5			
		kein Depressionsrisiko nach WHO-5	Depressionsrisiko nach WHO-5	Gesamt	
GEPAQ - Typ	androgyn	Anzahl	235	67	302
		Erwartete Anzahl	194,2	107,8	302,0
		% von GEPAQ - Typ	77,8%	22,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,9	-3,9	
	maskulin	Anzahl	144	56	200
		Erwartete Anzahl	128,6	71,4	200,0
		% von GEPAQ - Typ	72,0%	28,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-1,8	
	feminin	Anzahl	117	97	214
		Erwartete Anzahl	137,6	76,4	214,0
		% von GEPAQ - Typ	54,7%	45,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	2,4	
undifferenziert	Anzahl	145	136	281	
	Erwartete Anzahl	180,7	100,3	281,0	
	% von GEPAQ - Typ	51,6%	48,4%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-2,7	3,6		
Gesamt	Anzahl	641	356	997	
	Erwartete Anzahl	641,0	356,0	997,0	
	% von GEPAQ - Typ	64,3%	35,7%	100,0%	
	Standardisierte Residuen				

Tab. 16: Häufigkeitsverteilung: Depressionsrisiko nach WHO-5 der GEPAQ-Typen

Sind die Unterschiede im Depressionsrisiko nach WHO-5 für die verschiedenen GEPAQ-Typen signifikant?

Zur Überprüfung, ob sich die erwarteten Häufigkeiten signifikant von den beobachteten Häufigkeiten unterscheiden, wurde der Chi-Quadrat-Test angewendet.

Nach Pearson liefert dieser ein höchst signifikantes Ergebnis ($p \leq 0,001$) (siehe Tab. 17).

Die verschiedenen GEPAQ-Typen unterscheiden sich also höchst signifikant in ihren Depressionsrisiken nach WHO-5.

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	57,569(a)	3	,000
Kontinuitätskorrektur			
Likelihood-Quotient	58,618	3	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	54,207	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	997		

a 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 71,41.

Tab. 17: Signifikanznachweis des Depressionsrisikos nach WHO-5 für GEPAQ-Typen (Chi²-Test)

Welche GEPAQ-Typen haben nach WHO-5 ein signifikant erhöhtes oder erniedrigtes Depressionsrisiko?

Die Androgynen bergen ein signifikant erniedrigtes Depressionsrisiko nach WHO-5 (standardisiertes Residuum der Androgynen mit Depressionsrisiko =-3,9). Ebenso signifikant ist für Androgyne kein Depressionsrisiko nach WHO-5 zu haben (standardisiertes Residuum der Androgynen ohne Depressionsrisiko =2,9).

Signifikant erhöht ist das Depressionsrisiko nach WHO-5 für Feminine und Undifferenzierte, wobei die undifferenzierte Subgruppe zusätzlich signifikant seltener kein Depressionsrisiko aufweist (standardisiertes Residuum der Femininen mit Depressionsrisiko =2,4; standardisiertes Residuum der Undifferenzierten mit Depressionsrisiko =3,6; standardisiertes Residuum der Undifferenzierten ohne Depressionsrisiko =-2,7).

Weitere Wahrscheinlichkeiten der Depressionsrisiken der GEPAQ-Typen sind nicht signifikant und zeigen daher nur Tendenzen an.

- *Gotland Male Depression Scale - Summenscore & GEPAQ-Typen*

Für jeden GEPAQ-Typ wurde der entsprechende gruppierte Median des Summenscores der Gotland Male Depression Scale berechnet (siehe Tab.18).

Am niedrigsten liegt der gruppierte Median der androgyn Orientierten, mit wenig Abstand gefolgt von den Maskulinen. Diese beiden Gruppen neigen im Durchschnitt weniger zu depressiven Symptomen als die femininen und undifferenzierten Subgruppen, die deutlich höhere gruppierte Mediane präsentieren.

	<i>GEPAQ - Typ</i>	<i>Anzahl</i>	<i>gruppiertes Median</i>
<i>Score Gotland Male Depression Scale</i>	androgyn	303	5,9474
	maskulin	199	5,9756
	feminin	213	9,0000
	undifferenziert	284	8,5667
	<i>gesamt</i>	999	7,1641

Tab.18: Gruppierte Mediane der Gotland Male Depression Scale für GEPAQ-Typen

Unterscheiden sich die GEPAQ-Typen in ihren Gotland Male Depression Scale Summenscores signifikant voneinander?

Die Überprüfung erfolgte mithilfe des H-Tests nach Kruskal und Wallis. Als Testvariable wurde der Summenscore der Gotland Male Depression Scale eingegeben, als Gruppenvariable wurden die GEPAQ-Typen definiert.

Der H-Test nach Kruskal und Wallis ergab ein höchst signifikantes Ergebnis (siehe Tab.19). Die Nullhypothese, dass alle GEPAQ-Typen gleich hohe Punktzahlen auf der Gotland Male

Depression Scale erzielen, und damit gleich häufig die Anlage für eine Male Depression in sich zu bergen, ist zu verwerfen.

Teststatistik(a,b)

<i>Score Gotland Male Depression Scale</i>	
<i>Chi-Quadrat</i>	43,562
<i>df</i>	3
<i>asymptotische Signifikanz</i>	,000

a *Kruskal Wallis Test*

b *Gruppenvariable: GEPAQ - Typen*

Tab.19: Nachweis der unterschiedlichen Depressionsneigung für GEPAQ-Typen (H-Test nach Kruskal und Wallis)

Welche GEPAQ-Gruppen unterscheiden sich im Einzelnen in ihrer Neigung zu depressiven Symptomen voneinander?

Die Fraktionen wurden paarweise im U-Test von Mann und Whitney gegeneinander geprüft; die entsprechenden Signifikanzen sind in Tab.20 aufgeführt. Die Testvariable war wieder der Summenscore der Gotland Male Depression Scale, für die Gruppenvariablen wurden einzeln nacheinander alle Kombinationen der unterschiedlichen GEPAQ-Typen definiert.

Höchst signifikant unterscheiden sich die androgyne Subgruppe von den Femininen und Undifferenzierten. Der Vergleich der gruppierten Mediane lässt auf eine deutlich geringere Neigung der androgynen zu depressiven Symptomen als Feminine und Undifferenzierte schließen.

Ebenfalls ein höchst signifikanter Unterschied ergibt sich beim Vergleich der maskulin Orientierten mit den Femininen und Undifferenzierten. Unter Einbeziehung der gruppierten Mediane lässt sich folgern, dass Maskuline weniger als Feminine und Undifferenzierte zu einer Male Depression tendieren.

Der Vergleich der androgynen mit der maskulinen Subgruppe, sowie der femininen mit der undifferenzierten Subgruppe liefert keine signifikanten Unterschiede im Depressionsrisiko.

<i>GEPAQ-Typen paarweise</i>	<i>asymptotische Signifikanz (2-seitig)</i>
<i>androgyn - maskulin</i>	<i>0,609</i>
<i>androgyn - feminin</i>	<i>0,000</i>
<i>androgyn - undifferenziert</i>	<i>0,000</i>
<i>maskulin - feminin</i>	<i>0,000</i>
<i>maskulin - undifferenziert</i>	<i>0,000</i>
<i>feminin - undifferenziert</i>	<i>0,846</i>

Tab.20: Signifikanznachweis der unterschiedlichen Depressionsneigung der gegenübergestellten GEPAQ-Typen (U-Tests nach Mann und Whitney)

- *Kategorisierte Gotland Male Depression Scale & GEPAQ-Typen*

Gehen bestimmte Geschlechtsrollenorientierungen mit erhöhter oder erniedrigter Wahrscheinlichkeit, Depressionsanzeichen zu entwickeln, einher?

Die Untersuchung geschah mithilfe der Kategorisierung der Gotland Male Depression Scale Summenscores in die Ausprägungen „keine Depressionsanzeichen“ und „Depressionsanzeichen“. In Tab.21 sind die Häufigkeitsverteilungen der Depressionsanzeichen in den einzelnen GEPAQ-Typen dargestellt.

Die androgyn und maskulin orientierten Probanden präsentieren innerhalb ihrer GEPAQ-Gruppen zu rund 84 Prozent keine Depressionsanzeichen; entsprechend lassen ca. 16 Prozent der Androgynen und Maskulinen Depressionsanzeichen erkennen. Die Undifferenzierten weisen mit 27,8 Prozent ihrer Gruppe deutlich häufiger Depressionsanzeichen auf. Mit 29,1 Prozent am häufigsten sind Depressionsanzeichen in der femininen Subgruppe zu finden.

		Zusammengefasster Typ nach Gotland Male Depression Scale			
		keine Depressions- anzeichen	Depressions- anzeichen	gesamt	
GEPAQ - Typ	androgyn	Anzahl	255	48	303
		erwartete Anzahl	236,3	66,7	303,0
		% innerhalb GEPAQ - Typ	84,2%	15,8%	100,0%
		standardisierte Residuen	1,2	-2,3	
	maskulin	Anzahl	168	31	199
		erwartete Anzahl	155,2	43,8	199,0
		% innerhalb GEPAQ - Typ	84,4%	15,6%	100,0%
		standardisierte Residuen	1,0	-1,9	
	feminin	Anzahl	151	62	213
		erwartete Anzahl	166,1	46,9	213,0
		% innerhalb GEPAQ - Typ	70,9%	29,1%	100,0%
		standardisierte Residuen	-1,2	2,2	
undifferenziert	Anzahl	205	79	284	
	erwartete Anzahl	221,5	62,5	284,0	
	% innerhalb GEPAQ - Typ	72,2%	27,8%	100,0%	
	standardisierte Residuen	-1,1	2,1		
gesamt	Anzahl	779	220	999	
	erwartete Anzahl	779,0	220,0	999,0	
	% innerhalb GEPAQ - Typ	78,0%	22,0%	100,0%	
	standardisierte Residuen				

Tab.21: Häufigkeitsverteilung: Prävalenz von Depressionsanzeichen der GEPAQ-Typen

Unterscheiden sich die GEPAQ-Typen bezüglich der Prävalenz von Depressionsanzeichen signifikant voneinander?

Es wurde der Chi-Quadrat-Test angewendet.

Nach Pearson liefert dieser ein höchst signifikantes Ergebnis ($p \leq 0,001$) (siehe Tab.22). Die Nullhypothese, alle GEPAQ-Typen entwickeln mit gleich hoher Wahrscheinlichkeit Depressionsanzeichen, ist zu verwerfen.

	Wert	df	asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	23,334(a)	3	,000
Likelihood-Quotient	23,562	3	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	18,203	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	999		

a 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 43,82.

Tab.22: Signifikanznachweis der unterschiedlichen Prävalenz von Depressionsanzeichen für GEPAQ-Typen (Chi²-Test)

Welche GEPAQ-Typen präsentieren mit signifikant erhöhter oder erniedrigter Wahrscheinlichkeit Depressionsanzeichen?

Androgynität geht signifikant mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einher, Depressionsanzeichen zu entwickeln (standardisiertes Residuum der Androgynen mit Depressionsanzeichen = -2,3).

Die Femininen und Undifferenzierten haben eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit, Depressionssymptome zu präsentieren (Feminine mit Depressionsanzeichen: standardisiertes Residuum = 2,2; Undifferenzierte mit Depressionsanzeichen: standardisiertes Residuum = 2,1).

Weitere Wahrscheinlichkeiten von Depressionsanzeichen der einzelnen GEPAQ-Typen sind nicht signifikant und zeigen daher nur Tendenzen.

- *Gotland Male Depression Scale – Summenscore & Ausprägung von Maskulinität und Femininität*

Korreliert das Auftreten von depressiven Symptomen mit positiver und negativer Maskulinität beziehungsweise mit positiver und negativer Femininität?

Es wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman berechnet (siehe Tab.23).

Zwischen depressiven Symptomen und dem positiven und negativen Maskulinitätsscore sowie dem negativen Femininitätsscore findet sich ein hoch signifikanter Zusammenhang.

Hohe positive Maskulinitätsscores korrelieren gering (Spearman Korrelationskoeffizient $\leq 0,5$) mit niedrigen Scores auf der Gotland Male Depression Scale.

Hohe negative Maskulinitätsscores sowie negative Femininitätsscores korrelieren gering mit hohen Scores auf der Gotland Male Depression Scale. In unserer Stichprobe scheinen hohe positive Maskulinitätsscores und niedrige negative Maskulinitäts- und negative Femininitätsscores präventiv auf die Entwicklung depressiver Symptome zu wirken.

Es ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer Male Depression und den Summenscores der positiven Femininitätsskala.

			<i>positive Maskulinitäts- skala (Summen- score)</i>	<i>negative Maskulinitäts- skala (Summen- score)</i>	<i>positive Femininitäts- skala (Summen- score)</i>	<i>negative Femininitäts- skala (Summen- score)</i>
<i>Spearman- Rho</i>	Gotland Male Depression Scale (Score)	<i>Korrelations koeffizient</i>	-,276*	,215*	-,060	,280*
		<i>Sig. (2-seitig)</i>	,000	,000	,060	,000
		<i>N</i>	999	996	999	998

* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tab.23: Korrelation zwischen Depressionsneigung und Ausprägung von Maskulinität und Femininität

4.2.4 ZUSAMMENHANG DES DEPRESSIONSRISIKOS NACH WHO-5 UND DEPRESSIONSANZEICHEN NACH DER GOTLAND MALE DEPRESSION SCALE

Wie viele der jungen Männer in der späten Adoleszenz könnten, vom Depressionsrisiko nach WHO-5 ausgehend, von einer Depression beziehungsweise von Depressionsanzeichen nach der Gotland Male Depression Scale betroffen sein?

Es wurde eine Kreuztabelle mit den Koordinaten Depressionsrisiko nach WHO-5 und Depressionsanzeichen nach Gotland Male Depression Scale erstellt. Die Prävalenz eines Depressionsrisikos nach WHO-5 und dem Nachweis von Depressionsanzeichen nach der Gotland Male Depression Scale sind in Tab.24 dargestellt.

90 Prozent der Probanden ohne Depressionsrisiko nach WHO-5 präsentieren auch in der Gotland Male Depression Scale keine Depressionszeichen. Bei Männern, die nach WHO-5 ein Depressionsrisiko aufweisen, lassen sich zu 44 Prozent auch anhand der Gotland Male Depression Scale Depressionsanzeichen ausmachen; bei 56 Prozent der jungen Männer dieser Gruppe finden sich keine Depressionsanzeichen.

		Depressionsanzeichen nach Gotland Male Depression Scale			
		keine Depressions- anzeichen	Depressions- anzeichen	Gesamt	
Depressionsrisiko nach WHO-5	kein Depressionsrisiko nach WHO-5	Anzahl	575	63	638
		Erwartete Anzahl	497,3	140,7	638,0
		% von Depressionsrisiko nach WHO-5	90,1%	9,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	3,5	-6,6	
	Depressionsrisiko nach WHO-5	Anzahl	199	156	355
		Erwartete Anzahl	276,7	78,3	355,0
		% von Depressionsrisiko nach WHO-5	56,1%	43,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-4,7	8,8	
Gesamt	Anzahl	774	219	993	
	Erwartete Anzahl	774,0	219,0	993,0	
	% von Depressionsrisiko nach WHO-5	77,9%	22,1%	100,0%	
	Standardisierte Residuen				

Tab.24: Häufigkeitsverteilung: Depressionsrisiko nach WHO-5 & Depressionsanzeichen nach Gotland Male Depression Scale

Ist der Zusammenhang eines Depressionsrisikos nach WHO-5 mit Depressionsanzeichen nach der Gotland Male Depression Scale signifikant?

Es wurde der Chi-Quadrat-Test angewendet.

Nach Pearson liefert dieser ein höchst signifikantes Ergebnis ($p \leq 0,001$) (siehe Tab.25).

Es besteht also ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Nachweis von „männlichen“ Depressionsanzeichen und Depressionsrisiko nach WHO-5.

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	154,004(b)	1	,000		
Kontinuitätskorrektur(a)	152,029	1	,000		
Likelihood-Quotient	149,612	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	153,849	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	993				

a Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 78,29.

Tab.25: Signifikanznachweis der Prävalenz von Depressionsanzeichen und Depressionsrisiko (Chi²-Test)

Welche Zusammenhänge sind im Einzelnen signifikant?

Männer mit einem Depressionsrisiko nach WHO-5 zeigen höchst signifikant auch anhand der Gotland Male Depression Scale Depressionsanzeichen, und höchst signifikant seltener keine Depressionszeichen (standardisiertes Residuum der Probanden mit Depressionsrisiko nach WHO-5 und Depressionsanzeichen nach Gotland Male Depression Scale =8,8; standardisiertes Residuum der Probanden mit Depressionsrisiko nach WHO-5 ohne Depressionsanzeichen =-4,7).

Männer, die nach WHO-5 kein Depressionsrisiko bergen zeigen höchst signifikant auch keine Depressionsanzeichen nach der Gotland Male Depression Scale; ebenso zeigen sie höchst signifikant seltener Anzeichen einer Male Depression (standardisiertes Residuum der Probanden ohne Depressionsrisiko nach WHO-5 und ohne Depressionsanzeichen nach Gotland Male Depression Scale =3,5; standardisiertes Residuum der Probanden ohne Depressionsrisiko nach WHO-5, aber mit Depressionsanzeichen nach Gotland Male Depression Scale =-6,6).

4.2.5 EINFLUSS DER GESCHLECHTSROLLENORIENTIERUNG AUF DAS HILFESUCHVERHALTEN IN KONFLIKTSITUATIONEN

- *Aufgeschlüsseltes Hilfesuchverhalten & GEPAQ-Typen*

Die Antworten des Hilfesuchverhaltens und die Geschlechtsrollenorientierung (GEPAQ-Typen) wurden mithilfe einer Kreuztabelle auf Zusammenhänge untersucht (siehe Tab.26). Alle Betrachtungen erfolgen nach dem prozentualen Anteil der Verhaltensweisen bezogen auf jede einzelne GEPAQ-Gruppe.

Die wenigsten psychischen Probleme innerhalb ihrer Gruppe gaben die Maskulinen an, gefolgt von den Androgynen. Die meisten psychischen Probleme wurden bei den Femininen dokumentiert. 6,0 Prozent der Femininen nahmen professionelle Hilfe in Anspruch. Feminine beanspruchen damit verhältnismäßig am meisten professionelle Hilfe. Nur jeweils 3,0 Prozent der androgyn und maskulin Orientierten nahmen professionelle Hilfe in Anspruch. Informeller Hilfe aus dem Freundes- und/ oder Familienkreis bedienten sich am meisten Feminine mit einem prozentualen Anteil von knapp 15 Prozent.

		Hilfesuchverhalten in Konfliktsituationen							
		Professionelle Hilfe in Anspruch genommen	Notwendigkeitseinsicht; keine professionelle Hilfe gesucht	Hilfe aus Freundes- und Familienkreis	Keine Notwendigkeit von professioneller Hilfe	Problem zu gering für professionelle Hilfe	Geheimhalten eines belastenden Problems	Kein psychisches Problem	
GEPAQ - Typ	androgyn	Anzahl	9	7	40	16	14	9	207
		erwartete Anzahl	11,8	6,7	33,3	16,4	23,6	12,7	197,5
		% innerhalb GEPAQ-Typ	3,0%	2,3%	13,2%	5,3%	4,6%	3,0%	68,5%
		standardisierte Residuen	-,8	,1	1,2	-,1	-2,0	-1,0	,7
	maskulin	Anzahl	6	3	18	9	12	7	144
		erwartete Anzahl	7,8	4,4	22,0	10,8	15,6	8,4	130,1
		% innerhalb GEPAQ-Typ	3,0%	1,5%	9,0%	4,5%	6,0%	3,5%	72,4%
		standardisierte Residuen	-,6	-,7	-,8	-,5	-,9	-,5	1,2
	feminin	Anzahl	13	4	32	15	24	10	117
		erwartete Anzahl	8,4	4,7	23,7	11,6	16,8	9,1	140,6
		% innerhalb GEPAQ-Typ	6,0%	1,9%	14,9%	7,0%	11,2%	4,7%	54,4%
		standardisierte Residuen	1,6	-,3	1,7	1,0	1,8	,3	-2,0
	undifferenziert	Anzahl	11	8	20	14	28	16	184
		erwartete Anzahl	11,0	6,2	31,0	15,2	22,0	11,8	183,8
		% innerhalb GEPAQ-Typ	3,9%	2,8%	7,1%	5,0%	10,0%	5,7%	65,5%
		standardisierte Residuen	,0	,7	-2,0	-,3	1,3	1,2	,0
gesamt	Anzahl	39	22	110	54	78	42	652	
	erwartete Anzahl	39,0	22,0	110,0	54,0	78,0	42,0	652,0	
	% innerhalb GEPAQ-Typ	3,9%	2,2%	11,0%	5,4%	7,8%	4,2%	65,4%	
	standardisierte Residuen								

Tab.26: Häufigkeitsverteilung: Hilfesuchverhalten der verschiedenen GEPAQ-Typen

Unterscheidet sich das Hilfesuchverhalten der verschiedenen GEPAQ-Typen signifikant voneinander?

Die Prüfung erfolgte mit dem Chi-Quadrat-Test. Dieser liefert nach Pearson ein signifikantes Ergebnis ($p \leq 0,05$) (siehe Tab.27). Das Hilfesuchverhalten unterscheidet sich signifikant in den verschiedenen GEPAQ-Gruppen.

	Wert	df	asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	33,119(a)	18	,016
Likelihood-Quotient	33,485	18	,015
Zusammenhang linear-mit-linear Assoziation	,542	1	,461
Anzahl der gültigen Fälle	997		

a 2 Zellen (7,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,39.

Tab.27: Signifikanznachweis des unterschiedlichen Hilfesuchverhaltens in Konfliktsituationen für GEPAQ-Typen (Chi²-Test)

Welche GEPAQ-Typen unterscheiden sich signifikant im Hilfesuchverhalten von anderen?

Feminine gaben signifikant seltener als erwartet an, kein psychisches Problem zu haben (standardisiertes Residuum =-2,0). Feminine scheinen häufiger unter psychischen Problemen zu leiden als andere GEPAQ-Gruppen.

Undifferenzierte suchen bei seelischen Problemen signifikant seltener Hilfe im Freundes- und/ oder Familienkreis (standardisiertes Residuum =-2,0).

In unserer Stichprobe gaben Androgyne signifikant seltener als erwartet an, ihr psychisches Problem „nicht schwer genug“ für professionelle Hilfe zu halten (standardisiertes Residuum =-2,0).

Wie verteilt sich das Hilfesuchverhalten, bei Probanden mit psychischen Problemen?

Diese prozentuale Verteilung innerhalb der GEPAQ-Gruppen ist in Tab.28 wiedergegeben.

Androgyne beanspruchen bei seelischen Problemen im Verhältnis am seltensten professionelle Hilfe. Am häufigsten suchen Feminine professionelle Hilfe auf.

Mit einem prozentualen Anteil von 43,2 Prozent suchen Androgyne, verglichen mit den Anteilen anderer GEPAQ-Typen, am häufigsten Hilfe im Freundes- und/ oder Familienkreis. Am wenigsten tun dies Undifferenzierte mit nur 20,6 Prozent.

Undifferenzierte halten ihr belastendes, seelisches Problem am häufigsten geheim.

		<i>Hilfesuchverhalten bei vorhandenem psychischen Problem</i>						
		<i>Professionelle Hilfe in Anspruch genommen</i>	<i>Notwendigkeitseinsicht; keine professionelle Hilfe gesucht</i>	<i>Hilfe aus Freundes- und Familienkreis</i>	<i>Keine Notwendigkeit von professioneller Hilfe</i>	<i>Problem zu gering für professionelle Hilfe</i>	<i>Geheimhalten eines belastenden Problems</i>	
<i>GEPAQ - Typ</i>	androgyn	<i>Anzahl</i>	9	7	40	16	14	9
		<i>erwartete Anzahl</i>	10,7	6,1	30,3	14,9	21,5	11,6
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	9,5%	7,4%	42,1%	16,8%	14,7%	9,5%
	maskulin	<i>Anzahl</i>	6	3	18	9	12	7
		<i>erwartete Anzahl</i>	6,2	3,5	17,5	8,6	12,4	6,7
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	10,9%	5,5%	32,7%	16,4%	21,8%	12,7%
	feminin	<i>Anzahl</i>	13	4	32	15	24	10
		<i>erwartete Anzahl</i>	11,1	6,2	31,2	15,3	22,2	11,9
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	13,3%	4,1%	32,7%	15,3%	24,5%	10,2%
	undifferenziert	<i>Anzahl</i>	11	8	20	14	28	16
		<i>erwartete Anzahl</i>	11,0	6,2	30,9	15,2	21,9	11,8
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	11,3%	8,2%	20,6%	14,4%	28,9%	16,5%
<i>gesamt</i>	<i>Anzahl</i>	39	22	110	54	78	42	
	<i>erwartete Anzahl</i>	39,0	22,0	110,0	54,0	78,0	42,0	
	<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	11,3%	6,4%	31,9%	15,7%	22,6%	12,2%	

Tab.28: Häufigkeitsverteilung: Hilfesuchverhalten der GEPAQ-Typen, nur unter Einbeziehung der Fälle mit psychischen Problemen

Sind die festgestellten Unterschiede im Hilfesuchverhalten der Probanden mit seelischen Problemen signifikant?

Es wurde der Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Dieser liefert nach Pearson kein signifikantes Ergebnis ($p > 0,05$) (siehe Tab.29).

Das Hilfesuchverhalten von Probanden, die angaben, im letzten Jahr ein belastendes psychisches Problem gehabt zu haben, unterscheidet sich nicht signifikant voneinander. Die oben dargestellten, ungleichen Verteilungsmuster der GEPAQ-Typen im Hilfesuchverhalten sind nur als Tendenzen zu werten.

	Wert	df	asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	16,227(a)	15	,367
Likelihood-Quotient	16,711	15	,336
Zusammenhang linear-mit-linear	3,275	1	,070
Anzahl der gültigen Fälle	345		

a 1 Zelle (4,2%) hat eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,51.

Tab.29: Signifikanznachweis des unterschiedlichen Hilfesuchverhaltens für GEPAQ-Typen bei Probanden mit psychischen Problemen (Chi²-Test)

- *Kategorisiertes Hilfesuchverhalten & GEPAQ-Typen*

Die Kreuztabelle Tab.30 veranschaulicht den Zusammenhang von GEPAQ-Typen und zusammengefassten Aussagen zum Hilfesuchverhalten (siehe Kapitel 4.1.5).

Bei jeder Geschlechtsrollenorientierung nimmt die unbegründete Aussage „keine Hilfe gesucht“ nach der Aussage „kein psychisches Problem vorhanden“ verhältnismäßig den größten Stellenwert ein.

		<i>Hilfesuchverhalten in Konfliktsituationen bei zusammengefassten Antworten</i>				
		<i>Professionelle Hilfe</i>	<i>Keine Hilfe</i>	<i>Hilfe aus Freundes- und Familienkreis</i>	<i>Kein psychisches Problem</i>	
<i>GEPAQ - Typ</i>	androgyn	<i>Anzahl</i>	9	46	40	207
		<i>erwartete Anzahl</i>	11,8	59,4	33,3	197,5
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	3,0%	15,2%	13,2%	68,5%
		<i>standardisierte Residuen</i>	-,8	-1,7	1,2	,7
	maskulin	<i>Anzahl</i>	6	31	18	144
		<i>erwartete Anzahl</i>	7,8	39,1	22,0	130,1
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	3,0%	15,6%	9,0%	72,4%
		<i>standardisierte Residuen</i>	-,6	-1,3	-,8	1,2
	feminin	<i>Anzahl</i>	13	53	32	117
		<i>erwartete Anzahl</i>	8,4	42,3	23,7	140,6
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	6,0%	24,7%	14,9%	54,4%
		<i>standardisierte Residuen</i>	1,6	1,7	1,7	-2,0
undifferenziert	<i>Anzahl</i>	11	66	20	184	
	<i>erwartete Anzahl</i>	11,0	55,2	31,0	183,8	
	<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	3,9%	23,5%	7,1%	65,5%	
	<i>standardisierte Residuen</i>	,0	1,4	-2,0	,0	
gesamt	<i>Anzahl</i>	39	196	110	652	
	<i>erwartete Anzahl</i>	39,0	196,0	110,0	652,0	
	<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	3,9%	19,7%	11,0%	65,4%	

Tab.30: Häufigkeitsverteilung: kategorisiertes Hilfesuchverhalten der GEPAQ-Typen

Unterscheidet sich das kategorisierte Hilfesuchverhalten für die einzelnen GEPAQ-Gruppen signifikant voneinander?

Die Prüfung erfolgte mithilfe des Chi-Quadrat-Tests, welcher nach Pearson ein höchst signifikantes Ergebnis liefert ($p=0,001$) (siehe Tab.31).

	Wert	df	asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	27,844(a)	9	,001
Likelihood-Quotient	28,066	9	,001
Zusammenhang linear-mit-linear	7,089	1	,008
Anzahl der gültigen Fälle	997		

a 0 Zellen(0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,78.

Tab.31: Signifikanznachweis des unterschiedlichen kategorisierten Hilfesuchverhaltens für GEPAQ-Typen (Chi²-Test)

Welche GEPAQ-Typen unterscheiden sich signifikant von anderen bezüglich des kategorisierten Hilfesuchverhaltens?

Feminine gaben signifikant seltener als erwartet an, kein psychisches Problem zu haben (standardisiertes Residuum = -2,0). In unserer Stichprobe berichteten Feminine also signifikant häufiger von psychischen Problemen als andere GEPAQ-Typen.

Undifferenzierte beanspruchen signifikant seltener Hilfe aus dem Freundes- und/ oder Familienkreis (standardisiertes Residuum = -2,0).

Wie verteilt sich das kategorisierte Hilfesuchverhalten, bei alleiniger Betrachtung der Fälle mit belastendem, psychischem Problem?

Tab.32 zeigt die prozentuale Verteilung innerhalb der GEPAQ-Gruppen.

Bei allen GEPAQ-Typen wird am häufigsten keine Hilfe aufgesucht und am seltensten professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

		<i>Hilfesuchverhalten bei psychischem Problem, bei zusammengefassten Antworten</i>			
		<i>Professionelle Hilfe</i>	<i>Keine Hilfe</i>	<i>Hilfe aus Freundes- und Familienkreis</i>	
<i>GEPAQ - Typ</i>	androgyn	<i>Anzahl</i>	9	46	40
		<i>erwartete Anzahl</i>	10,7	54,0	30,3
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	9,5%	48,4%	42,1%
	maskulin	<i>Anzahl</i>	6	31	18
		<i>erwartete Anzahl</i>	6,2	31,2	17,5
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	10,9%	56,4%	32,7%
	feminin	<i>Anzahl</i>	13	53	32
		<i>erwartete Anzahl</i>	11,1	55,7	31,2
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	13,3%	54,1%	32,7%
	undifferenziert	<i>Anzahl</i>	11	66	20
		<i>erwartete Anzahl</i>	11,0	55,1	30,9
		<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	11,3%	68,0%	20,6%
<i>gesamt</i>	<i>Anzahl</i>	39	196	110	
	<i>erwartete Anzahl</i>	39,0	196,0	110,0	
	<i>% innerhalb GEPAQ-Typ</i>	11,3%	56,8%	31,9%	

Tab.32: Häufigkeitsverteilung: kategorisiertes Hilfesuchverhalten bei vorhandenem psychischem Problem der GEPAQ-Typen

Sind signifikante Unterschiede für die Art des Umgangs mit psychischen Problemen zwischen den GEPAQ-Typen zu finden?

Es wurde der Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Dieser liefert nach Pearson kein signifikantes Ergebnis ($p > 0,05$) (siehe Tab.33).

Das kategorisierte Hilfesuchverhalten von Probanden, die angaben, im letzten Jahr ein belastendes psychisches Problem gehabt zu haben, unterscheidet sich nicht signifikant voneinander.

	<i>Wert</i>	<i>df</i>	<i>asymptotische Signifikanz (2-seitig)</i>
<i>Chi-Quadrat nach Pearson</i>	11,088(a)	6	,086
<i>Likelihood-Quotient</i>	11,292	6	,080
<i>Zusammenhang linear-mit-linear</i>	6,519	1	,011
<i>Anzahl der gültigen Fälle</i>	345		

a 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,22.

Tab.33: Signifikanznachweis des unterschiedlichen, kategorisierten Hilfesuchverhaltens bei psychischem Problem für GEPAQ-Typen (Chi²-Test)

4.2.6 EINFLUSS DER GESCHLECHTSROLLENORIENTIERUNG AUF ARZTKONSULTATIONEN

Ist die Häufigkeit von Arztkonsultationen aus nichtseelischen Gründen abhängig von der Geschlechtsrollenorientierung?

Die Zusammenhänge wurden mithilfe einer Kreuztabelle überprüft (siehe Tab.34). Für jeden GEPAQ-Typ wurde der prozentuale Anteil der Teilnehmer berechnet, die einen Arzt konsultiert hatten.

Am häufigsten suchten maskulin Orientierte aus nichtpsychischen Gründen einen Arzt auf. Ebenso rund drei viertel der Undifferenzierten und Androgynen konsultierten im letzten Jahr einen Arzt.

Am seltensten bedienten sich Feminine ärztlicher Hilfe. In der femininen Subgruppe nahmen im letzten Jahr nur 66 Prozent der Teilnehmer ärztliche Hilfe in Anspruch.

		Arztkonsultation aus nichtseelischen Gründen		
		ja	nein	
GEPAQ - Typ	androgyn	Anzahl	224	79
		erwartete Anzahl	220,4	82,6
		% innerhalb GEPAQ-Typ	73,9%	26,1%
	maskulin	Anzahl	151	48
		erwartete Anzahl	144,8	54,2
		% innerhalb GEPAQ-Typ	75,9%	24,1%
	feminin	Anzahl	141	74
		erwartete Anzahl	156,4	58,6
		% innerhalb GEPAQ-Typ	65,6%	34,4%
	undifferenziert	Anzahl	213	72
		erwartete Anzahl	207,4	77,6
		% innerhalb GEPAQ-Typ	74,7%	25,3%
gesamt	Anzahl	729	273	
	erwartete Anzahl	729,0	273,0	
	% innerhalb GEPAQ-Typ	72,8%	27,2%	

Tab.34: Häufigkeitsverteilung: Arztkonsultation aus nichtseelischen Gründen der GEPAQ-Typen

Sind die Unterschiede in der Häufigkeit der Arztkonsultation für verschiedene GEPAQ-Typen signifikant?

Die Signifikanz wurde mit dem Chi-Quadrat-Test nachgeprüft. Dieser liefert kein signifikantes Ergebnis nach Pearson (siehe Tab.35). Die für die unterschiedlichen GEPAQ-Typen dargestellten Unterschiede der Arztkonsultationen aus nichtseelischen Gründen sind nur als Tendenzen zu werten.

	Wert	df	asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	7,336(a)	3	,062
Likelihood-Quotient	7,109	3	,068
Zusammenhang linear-mit-linear	,208	1	,648
Anzahl der gültigen Fälle	1002		

a 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. die minimale erwartete Häufigkeit ist 54,22

Tab.35: Signifikanznachweis des unterschiedlichen Umgangs mit Arztkonsultationen aus nichtseelischen Gründen für GEPAQ-Typen (Chi²-Test)

4.2.7 EINFLUSS DER GESCHLECHTSROLLENORIENTIERUNG AUF DIE ZUFRIEDENHEIT MIT DER PSYCHISCHEN UND PHYSISCHEN GESUNDHEIT

- *Typen der Geschlechtsrollenorientierung*

Für alle GEPAQ-Typen wurde der gruppierte Median für die angegebene Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit berechnet (siehe Tab.36).

Den höchsten gruppierten Median der Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit ist bei den Maskulinen zu verzeichnen, mit wenig Abstand gefolgt von den androgyn Orientierten.

Der höchste gruppierte Median der Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit ist bei den Androgynen zu finden; der niedrigste gruppierte Median wird für die Undifferenzierten ausgegeben.

Am zufriedensten mit ihrer psychischen Gesundheit scheinen durchschnittlich die Maskulinen, gefolgt von den androgyn Orientierten zu sein. Mit ihrer körperlichen Gesundheit sind offensichtlich die Androgynen am zufriedensten, und die Undifferenzierten verglichen mit allen anderen GEPAQ-Typen am unzufriedensten.

GEPAQ - Typ		Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit	Zufriedenheit mit körperlicher Gesundheit
androgyn	Anzahl	303	303
	gruppiertes Median	5,8131	5,6480
maskulin	Anzahl	199	199
	gruppiertes Median	5,8760	5,5304
feminin	Anzahl	214	215
	gruppiertes Median	5,2358	5,1840
undifferenziert	Anzahl	285	285
	gruppiertes Median	5,2778	4,8713
gesamt	Anzahl	1001	1002
	gruppiertes Median	5,5646	5,3321

Tab.36: Gruppierte Mediane der Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit für GEPAQ-Typen

Unterscheiden sich die GEPAQ-Typen in ihrer Einschätzung der Zufriedenheit mit der seelischen und körperlichen Gesundheit signifikant voneinander?

Die Überprüfung erfolgte mithilfe des H-Tests nach Kruskal und Wallis. Als Testvariable wurde die Zufriedenheit mit der psychischen beziehungsweise der physischen Gesundheit eingegeben, als Gruppenvariable wurden die GEPAQ-Typen definiert.

Für beide Fragestellungen wurde ein höchst signifikantes Ergebnis ausgegeben (siehe Tab.37). Die Geschlechtsrollenorientierung nimmt also signifikanten Einfluss auf die Einschätzung der Zufriedenheit mit der seelischen und körperlichen Gesundheit.

Teststatistik(a,b)

	Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit	Zufriedenheit mit körperlicher Gesundheit
Chi-Quadrat	54,246	42,639
df	3	3
asymptotische Signifikanz	,000	,000

a Kruskal Wallis Test

b Gruppenvariable: GEPAQ - Typ

Tab.37: Nachweis der unterschiedlichen Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit für GEPAQ-Typen (H-Test nach Kruskal und Wallis)

Welche GEPAQ-Typen schätzen ihre Zufriedenheit mit der psychischen beziehungsweise physischen Gesundheit signifikant besser oder schlechter ein als andere GEPAQ-Gruppen?

Die Fraktionen wurden paarweise im U-Test von Mann und Whitney gegeneinander geprüft. Die Testvariable war die Zufriedenheit mit der psychischen beziehungsweise physischen Gesundheit, als Gruppenvariablen wurden nacheinander alle Kombinationen der unterschiedlichen GEPAQ-Typen definiert.

- Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit

Nach der Korrektur von Bonferroni ergeben sich höchst signifikante Differenzen zwischen den androgyn Orientierten und den Femininen und Undifferenzierten, sowie zwischen den maskulin Orientierten und den Femininen und Undifferenzierten (siehe Tab.38).

<i>GEPAQ-Typen paarweise</i>	<i>asymptotische Signifikanz (2-seitig)</i>
<i>androgyn - maskulin</i>	<i>0,452</i>
<i>androgyn - feminin</i>	<i>0,000</i>
<i>androgyn - undifferenziert</i>	<i>0,000</i>
<i>maskulin - feminin</i>	<i>0,000</i>
<i>maskulin - undifferenziert</i>	<i>0,000</i>
<i>Feminin - undifferenziert</i>	<i>0,463</i>

Tab.38: Signifikanznachweis der unterschiedlichen Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit der gegenübergestellten GEPAQ-Typen (U-Tests nach Mann und Whitney)

Der Vergleich der jeweiligen gruppierten Mediane lässt nachstehende Schlussfolgerungen zu:

Die psychische Gesundheit wird von den androgyn Orientierten höchst signifikant zufriedenstellender eingeschätzt als von den Femininen und den Undifferenzierten. Ebenso sind Maskuline höchst signifikant zufriedener mit ihrer seelischen Gesundheit als die femininen und undifferenzierten Subgruppen.

Androgyn und maskuline Orientierte, sowie Feminine und Undifferenzierte unterscheiden sich nicht signifikant in der Einschätzung ihrer psychischen Gesundheit.

- Zufriedenheit mit der physischen Gesundheit

Nach der Korrektur von Bonferroni finden sich höchst signifikante Unterschiede zwischen den androgyn Orientierten und den Femininen und Undifferenzierten, sowie zwischen der maskulinen und der undifferenzierten Subgruppe. Die Einschätzung der Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit differiert signifikant zwischen Maskulinen und Femininen. (siehe Tab.39)

<i>GEPAQ-Typen paarweise</i>	<i>asymptotische Signifikanz (2-seitig)</i>
<i>androgyn - maskulin</i>	<i>0,358</i>
<i>androgyn - feminin</i>	<i>0,000</i>
<i>androgyn - undifferenziert</i>	<i>0,000</i>
<i>maskulin - feminin</i>	<i>0,004</i>
<i>maskulin - undifferenziert</i>	<i>0,000</i>
<i>feminin - undifferenziert</i>	<i>0,168</i>

Tab.39: Signifikanznachweis der unterschiedlichen Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit der gegenübergestellten GEPAQ-Typen (U-Tests nach Mann und Whitney)

Die Einbeziehung der jeweiligen gruppierten Mediane führt zu folgendem Fazit:

Ihre physische Gesundheit schätzen Androgyne höchst signifikant zufriedener als Feminine und Undifferenzierte. Maskulin Orientierte sind mit ihrer körperlichen Gesundheit signifikant zufriedener als Feminine und höchst signifikant zufriedener als Undifferenzierte.

Die Zufriedenheit der physischen Gesundheit von androgyn und maskulin orientierten, sowie von Femininen und Undifferenzierten wird nicht signifikant unterschiedlich bewertet.

- *Ausprägung von Maskulinität und Femininität*

Korreliert die Zufriedenheit mit der psychischen beziehungsweise der physischen Gesundheit signifikant mit Maskulinität und Femininität?

Es wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman berechnet und die Korrektur von Bonferroni angewendet.

- Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit

Für den positiven und negativen Maskulinitätsscore sowie den negativen Femininitätsscore werden höchst signifikante Korrelationen mit dem angegebenen Zufriedenheitsgrad ausgegeben. Der positive Maskulinitätssummenscore korreliert gering (Korrelationskoeffizient $< 0,5$) positiv mit der Zufriedenheit. Der negative Maskulinitätsscore korreliert sehr gering (Korrelationskoeffizient $< 0,2$) negativ mit der Zufriedenheit. Der negative Femininitätsscore korreliert gering (Korrelationskoeffizient $< 0,5$) negativ mit der Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit. (siehe Tab.40)

Für unsere Stichprobe gilt also: je stärker die Ausprägung der positiven Maskulinität und je schwächer die Ausprägung der negativen Maskulinität sowie negativen Femininität, desto zufriedener ist der Einzelne mit dem Gesundheitszustand seiner Psyche.

Ein signifikanter Zusammenhang des positiven Femininitätsscores mit der Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit konnte nicht nachgewiesen werden.

			positive Maskulinitäts- skala (Summen- score)	negative Maskulinitäts- skala (Summen- score)	positive Femininitäts- skala (Summen- score)	negative Femininitäts- skala (Summen- score)
Spearman -Rho	Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit	Korrelations koeffizient	,274*	-,136*	,027	-,202*
		Sig. (2-seitig)	,000	,000	,400	,000
		N	1001	998	1001	1000

* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tab.40: Korrelation zwischen Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit und Ausprägung von Maskulinität beziehungsweise Femininität

- Zufriedenheit mit der physischen Gesundheit

Der positive Maskulinitätssummenscore korreliert höchst signifikant, aber nur in sehr geringem Maße (Korrelationskoeffizient = 0,20) positiv mit der angegebenen Zufriedenheit mit dem körperlichen Gesundheitszustand. Der negative Femininitätssummenscore korreliert höchst signifikant, in sehr geringem Maße (Korrelationskoeffizient < 0,2) negativ mit der Zufriedenheit. (siehe Tab.41)

Für unsere Stichprobe gilt also: je stärker die Ausprägung der positiven Maskulinität und je schwächer die Ausprägung der negativen Femininität, desto zufriedener sind die jungen Männer in der späten Adoleszenz mit ihrer körperlichen Gesundheit.

Der negative Maskulinitätssummenscore korreliert nach der Bonferroni-Korrektur nicht mehr signifikant mit der Zufriedenheit mit der physischen Gesundheit. Die Tendenz einer negativen Korrelation mit der Zufriedenheit lässt sich jedoch erkennen. Der positive Femininitätsscore korreliert nach der Bonferroni-Korrektur nicht signifikant mit der Zufriedenheit. Die Tendenz einer positiven Korrelation lässt sich jedoch ebenso nachweisen.

			positive Maskulinitäts- skala (Summen- score)	negative Maskulinitäts- skala (Summen- score)	positive Femininitäts- skala (Summen- score)	negative Femininitäts- skala (Summen- score)
Spearman -Rho	Zufriedenheit mit physischer Gesundheit	Korrelations koeffizient	,203*	-,082*	,086*	-,123*
		Sig. (2-seitig)	,000	,010	,007	,000
		N	1002	999	1002	1001

* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tab.41: Korrelation zwischen Zufriedenheit mit der physischen Gesundheit und Ausprägung von Maskulinität und Femininität

5 DISKUSSION

5.1 BEWERTUNG DER FAKTEN

Wie bei allen anhand von Studien erhobenen Daten darf nicht aus den Augen verloren werden, dass Ergebnisse einer Stichprobenbefragung immer nur auf genau diese Probanden in einer bestimmten Erhebungssituation zutrifft. Wie der Vergleich mit einer parallel durchgeführten Studentenbefragung zeigt, sind diese Ergebnisse nicht durch die spezifische Erhebungssituation der Musterung verzerrt [Vgl. Möller-Leimkühler & Yücel, 2006].

Die immer vorhandene Eventualität, dass ein Ergebnis ein zufälliger Effekt und damit nicht repräsentativ für die Altersgruppe wäre, ist einerseits niemals auszuschließen und andererseits hier durch die große Teilnehmerzahl von 1004 Personen, die für die Altersklasse ein repräsentatives Kollektiv bilden, als sehr gering einzustufen.

Eine gewisse Selektion im Vorab, die leider bei allen freiwilligen Selbsteinschätzungstests unvermeidbar ist, ergibt sich dadurch, dass nur die Antworten derjenigen Probanden in die Bewertungen eingehen, die zur Selbsteinschätzung bereit waren.

Da ein Selbsteinschätzungstest als Selbstdarstellung auch immer in Richtung sozial oder individuell vom Teilnehmer gewünschte Normen gefärbt ist, lässt sich meist eine gesellschaftliche Tendenz aus den Antworten hinreichend großer Stichproben ableiten.

5.2 INTERPRETATION DER ERGEBNISSE IM LITERATURVERGLEICH

5.2.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

Die vorliegende Studie belegt, dass depressive Symptome, das allgemeine Wohlbefinden, die Ausprägung positiver und negativer Maskulinität, sowie das Hilfesuchverhalten von jungen Männern in der Phase der späten Adoleszenz unabhängig von ihrer Schulbildung und ihrem Wohnort sind. In Bezug auf diese Kategorien sind also die Ergebnisse dieser Studie aufgrund der großen Teilnehmerzahl allgemeingültig für die Altersgruppe. Dies bedeutet aber ebenso, dass die Kernproblematik des herabgesetzten Wohlbefindens und des hohen allgemeinen depressiven Risikos sowie das unzureichende Hilfesuchverhalten im Falle von psychischen Problemen tiefer in der Gesellschaft verankert sind, und nicht durch vermeintlich, die allgemeinen Lebensumstände verbessernde Maßnahmen, wie beispielsweise Verbesserung der Schulbildung oder Umsiedelung in wirtschaftliche Ballungsgebiete, zu verändern ist. Diese Probleme könnten nur durch eine Umstrukturierung der gesellschaftlichen Stereotype angegangen werden. Dieser Umdenkungsprozess ist jedoch schwer steuerbar und langwierig. Gerade deshalb wären weitere Studien zur Thematik sinnvoll und wichtig.

5.2.2 GESCHLECHTSROLLENORIENTIERUNG

Im Vergleich mit dem männlichen Anteil einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe der BRD von 1997 der gleichen Altersstufe (Typologie der Wünsche: TdW 1997), den einzigen, diesbezüglich zur Verfügung stehenden Daten, findet man ähnlich starke Fraktionen von Androgynen (30,3%; TdW 1997: 29,3%) und Undifferenzierten (28,4%; TdW 1997: 32,1%). Diese beiden Geschlechtsrollenorientierungen stellen in beiden Studien die größten Gruppierungen dar. Mit hohen Ausprägungen sowohl typisch maskuliner als auch typisch femininer Attribute scheint Androgynität dem neuen Rollenkonstrukt unserer Gegenwartsgesellschaft am ehesten zu entsprechen. Der fast ebenso große Anteil an Undifferenzierten könnte ein Indikator für die Verunsicherung im Selbstkonzept der jungen Männer in der späten Adoleszenz sein, die sich weder zu typisch männlichen noch zu typisch weiblichen Attributen bekennen wollen.

Während die Anteile der androgynen und undifferenzierten Geschlechtsrollenorientierungen in den fast 10 Jahre auseinander liegenden Vergleichsstudien weitgehend unverändert geblieben sind, klaffen die Quantitäten der femininen und maskulinen Subgruppen weit auseinander. Die Femininen stellen in dieser Stichprobe 21,4 Prozent, während die feminine Vergleichsgruppe von 1997 nur 10,2 Prozent der Teilnehmer beinhaltet. Diese Zunahme des feminin orientierten Bevölkerungsanteils unter jungen Männern in der späten Adoleszenz könnte für eine in vielen Fällen bereits stattgehabte Neuorientierung des männlichen Geschlechtskonzepts und die Verdrängung des traditionellen Rollenbildes stehen. Hier werden als typisch feminin deklarierte Attribute nicht negiert, sondern zugelassen, zugegeben und positiv bewertet.

Mit 19,9 Prozent präsentieren sich die maskulin Orientierten als kleinste GEPAQ-Gruppe der Studie; 1997 war der Anteil der Maskulinen mit 27,3 Prozent erheblich größer (siehe Abb.17). Dieses Ergebnis kann ebenso als Ausdruck einer neueren gesellschaftlichen Orientierung gesehen werden, in der Maskulinität nicht mehr als unabdingbarer Faktor des männlichen Rollenkonstruktes gilt.

Die vorliegenden Ergebnisse decken sich nur teilweise mit den Ergebnissen der Studie von Nesbitt & Penn (2000): einerseits wurde die Stabilität traditioneller Geschlechterstereotype seit der klassischen Studie von Broverman et al. von 1972 bestätigt. Auch andere Studien belegen, dass trotz gesellschaftlicher Individualisierung und Enttraditionalisierung soziale Stereotype wie auch Geschlechterstereotype erstaunlich änderungsresistent sind, sowohl über die Zeit als auch über die Kulturen [Vgl. Hosoda & Stone, 2000; Williams & Best, 1982]. Dies trifft auf die vorliegende Probandengruppe nicht zu, da gerade für die Häufigkeit der traditionellen Geschlechtsstereotype (feminine und maskuline Geschlechtsrollenorientierung) die größten Einbußen dokumentiert worden sind. Sie stellen die kleinsten Gruppen dar.

Andererseits verweisen Nesbitt & Penn (2000) auf eine Veränderung in der Bewertung geschlechtstypischer Attribute: weibliche Attribute erscheinen inzwischen eher als sozial erwünscht als männliche. Dementsprechend berichten auch Stereotypenforschungen von Glick et al. (2004), dass Maskulinität zunehmend weniger positiv bewertet wird. Ein Selbsteinschätzungstest einer (wie hier) hinreichend großen Stichprobe muss immer als Spiegel der gesellschaftlichen Orientierung gesehen werden. Besondere Beachtung gilt der starken Ausprägung der positiven Femininität der jungen Männer in der späten Adoleszenz, der sich als androgyne beziehungsweise feminine Geschlechtsrollenorientierung äußert, und der extrem geringen Ausprägung der positiven Maskulinität mit weniger als ein Viertel maskulin Orientierter. Von einer Ursachenklärung dieses Orientierungswandels ist man allerdings noch weit entfernt – dies stellt ein spannendes Thema für weitere benötigte Studien dar.

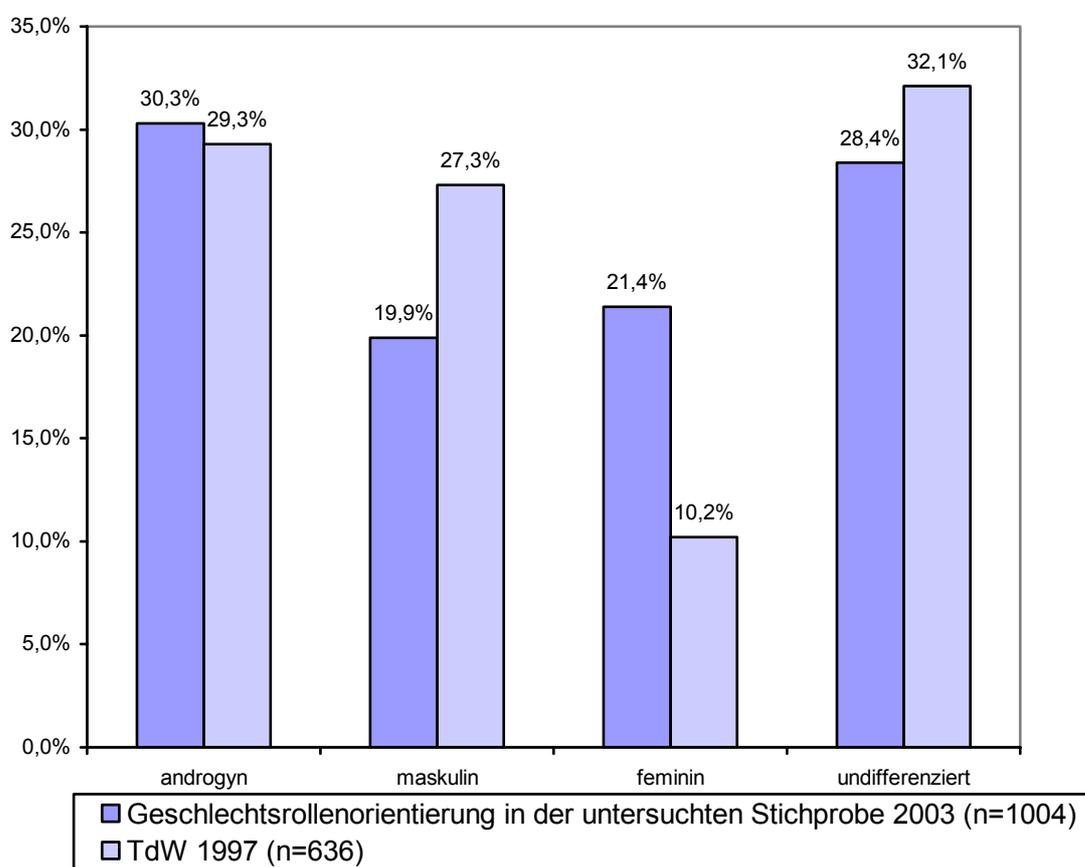


Abb.17: Geschlechtsrollenorientierung in der untersuchten Stichprobe 2003 und des altersangepassten männlichen Anteils einer Bevölkerungsstichprobe der BRD 1997 (TdW)

5.2.3 ALLGEMEINES WOHLBEFINDEN UND DEPRESSIONSRISIKO

- *Herabgesetztes allgemeines Wohlbefinden*

In der nationalen und internationalen Gegenüberstellung ist das Wohlbefinden der 18jährigen Männer dieser Studie eindeutig herabgesetzt. Frappierend ist der Vergleich des ermittelten

allgemeinen Wohlbefindens der jungen Männer dieser Stichprobe (Mittelwert 55,3; SD \pm 17,3) mit der ebenfalls nach WHO-5 gerateten Norm einer bundesdeutschen Bevölkerungsstichprobe aus dem Jahr 2004 von 2473 Personen im Alter zwischen 14 und 99 Jahren (Männer n = 1171): Das subjektive Wohlbefinden der jüngsten männlichen Gruppe (Alter: 14-40 Jahre, n = 433) liegt mit einem Mittelwert von 77,0 (SD \pm 17,6) weit über dem unseres Probandenkollektivs. [Vgl. Brähler et al., 2007]

Da, wie in Kapitel 5.2.1 dargelegt, soziodemographische Variablen keinen Einfluss auf das Wohlbefinden der Probanden zu haben scheinen, bleibt die einzige Erklärungsmöglichkeit im Altersunterschied der beiden Stichproben. Für die jüngste männliche Gruppe der Studie von Brähler et al., 2007, ist leider kein mittleres Alter veröffentlicht, doch ist bei einer Spanne von 14-40 Jahren ein höheres Durchschnittsalter als das unseres Probandenkollektivs (18,5 Jahre, SD \pm 1,18) zu erwarten. Dies legt den Interpretationsansatz nahe, dass das schlechte subjektive Wohlbefinden junger Männer speziell an die Phase der (späten) Adoleszenz geknüpft ist (Siehe unten).

Für die Interpretation des allgemeinen Wohlbefindens der jungen Männer in der späten Adoleszenz ist ebenfalls, das nach WHO-5 bestimmte, ebenfalls sehr viel bessere subjektive Wohlbefinden eines dänischen Normalbevölkerungsquerschnitts von 2000 (68,7; SD \pm 19,0) von Interesse. Dies dürfte wegen des vergleichbaren kulturellen Hintergrunds beider Länder nicht allzu problematisch erscheinen. Doch aufgrund des durchschnittlich mit 44,9 Jahren (SD \pm 16,9) erheblich höheren Alters der dänischen Stichprobe im Verhältnis zu unserem im Durchschnitt 18,5jährigen Probandenkollektiv (SD \pm 1,18) erlaubt die Studie von Bech et al. nur einen orientierenden Vergleich. In der dänischen Bevölkerungsstichprobe waren die Wohlbefindensmittelwerte von Männern signifikant höher als die von Frauen. [Vgl. Bech et al., 2003]

Demnach ist der psychische Zustand der Männer jüngerer Geburtskohorten in Deutschland besorgniserregend.

Diese Erkenntnis kann auch nicht relativiert werden, wenn man berücksichtigt, dass die skandinavischen Länder auch in anderen Wohlergehens-/Stressstudien mit anderen Instrumenten wie zum Beispiel der SCL (Symptom Checklist), deutlich besser abschneiden als andere Nationen, in diesem Beispiel der USA [Vgl. Olsen et al., 2006]. Es ist jedoch zu hoffen, dass die Erkenntnisse von Galambos et al. (2006), nach denen im fortschreitenden Erwachsenenalter mit einer Verbesserung des psychischen Wohlbefindens zu rechnen ist, auch mit fortschreitendem Alter auf die jungen Männer dieser Stichprobe zutreffen. Dies könnte den eklatanten Unterschied im eingeschätzten Wohlbefinden zwischen den älteren dänischen und bundesdeutschen Stichproben und der sehr jungen Stichprobe unserer Studie zumindest teilweise erklären und gegebenenfalls relativieren. Dies müsste allerdings noch durch entsprechende weiterführende Studien geprüft werden.

Der Vergleich mit einer weiteren dänischen Studie, die das Wohlbefinden nach WHO-5 an verschiedenen Patientenstichproben ermittelte, führt zur Erkenntnis, dass das Wohlbefinden der jungen Männer, die an der vorliegenden Studie teilnahmen, zwischen dem von körperlich und seelisch Kranken liegt. So erzielten in der Befragung von Christensen et al. (2006) Patienten mit nicht-psychiatrischen Diagnosen einen Mittelwert von 66,3 (SD \pm 19,6) und psychisch Erkrankte einen Mittelwert von 43,7 (SD \pm 22,0). Bei weiterer Differenzierung der psychiatrischen Diagnosen erzielen die depressiv Erkrankten mit 31,9 (SD \pm 21,4) die niedrigsten Wohlbefindensscores (Angststörungen: 45,1; SD \pm 20,3; somatoforme Störungen: 48,9; SD \pm 20,0). [Vgl. Christensen et al., 2006] (siehe Tab.42)

Stichprobe	n	WHO-5 Prozentwert
Junge Männer dieser Studie	1004	55,3
Dänische Bevölkerungsstichprobe [Bech et al., 2003]	9542	68,7
Patienten mit somatischen Erkrankungen [Christensen et al., 2006]	1162	66,3
Patienten mit psychischen Erkrankungen [Christensen et al., 2006]	358	43,7
Depressive Patienten [Christensen et al., 2006]	116	31,9

Tab.42: Allgemeines Wohlbefinden der Männer dieser Stichprobe im Vergleich zu nicht-klinischen und klinischen Stichproben (nach WHO-5)

Da auch Verzerrungen durch die spezielle Erhebungssituation der eher unangenehm konnotierten Musterung nicht ausgeschlossen werden können, stellt sich zunächst die Frage, ob das reduzierte allgemeine Wohlbefinden der jungen Männer in der späten Adoleszenz nicht Ausdruck einer solchen Verfälschung sein könnte. Dies scheint wiederum wenig evident, wenn die Ergebnisse einer parallel durchgeführten Studentenbefragung herangezogen werden, die ergab, dass das Wohlbefinden der männlichen Studenten (n=512) mit einem Prozentwert von 43 sogar noch schlechter ausfällt als das der Musterungsstichprobe [Vgl. Möller-Leimkühler & Yücel, 2006].

Viel plausibler erscheint daher die Interpretation, dass dieses eingeschränkte Wohlbefinden die Konsequenzen erhöhter Gesundheitsrisiken in der (späten) Adoleszenz reflektiert, die als Kosten der gesellschaftlichen Individualisierung zu verstehen sind und in keiner anderen Altersgruppe derart ausgeprägt erscheinen [Vgl. Eckersley & Dear, 2002; Hurrelmann, 1990]. So ist beispielsweise auch die Inzidenzrate von Depressionen in der Gruppe der jungen Erwachsenen am höchsten, etwa 25% hat bis zum Alter von 24 Jahren bereits eine depressive Episode erlebt [Vgl. Kessler & Walters, 1998].

Insgesamt gilt es jedoch noch weiter abzuklären, inwiefern diese Ergebnisse an Situationen, Nationalitäten oder Mentalitäten gebunden sind, und ob die in dieser Studie befragten jungen

Männer in der späten Adoleszenz mit ihrem zur dänischen Vergleichsgruppe eklatant niedriger eingeschätzten Wohlbefinden definitiv gesundheitlich gefährdet sind.

- *Hohes Depressionsrisiko*

Es wurde ein sehr hohes allgemeines Depressionsrisiko im unserem 18jährigen Probandenkollektiv dokumentiert (35,7% nach WHO-5). Dieser extrem hohe Anteil überschätzt jedoch in Anbetracht der hohen Sensitivität und geringen Spezifität der WHO-5 das tatsächliche Depressionsrisiko. Wird diese Subgruppe von 35,7 Prozent nochmals mit der Gotland Male Depression Scale gescreent, sind bei 43,9 Prozent der Teilnehmer Symptome einer Male Depression zu beobachten. Bezogen auf die gesamte Stichprobe ergibt sich nach der Gotland Male Depression Scale ein Depressionsrisiko von 22,0 Prozent. 0,9 Prozent der jungen Männer dieser Stichprobe sind definitiv von einer Male Depression betroffen.

Es muss auch vermutet werden, dass, aufgrund der freiwilligen Studienteilnahme (Responserate ca. 95%), möglicherweise gerade psychisch labile und gestresste junge Männer die Beteiligung an der Befragung verweigerten und die Zahl der depressiv Erkrankten/ Depressionsgefährdeten sogar noch höher liegt, als unsere Daten belegen. Leider liegen derzeit diesbezüglich noch keine Daten analoger Studien vor, die einen Vergleich der Ergebnisse erlauben würden. Das ermittelte Depressionsrisiko des Bevölkerungsquerschnitts 18jähriger Männer ist jedoch als hoch und alarmierend einzustufen.

Vor diesem Hintergrund ist aber die Frage der Komorbidität der Male Depression noch weitgehend ungeklärt. So wäre unter anderem zu prüfen, inwieweit dieses Konzept mit dem klassischen Ansatz von Winokur hinsichtlich der „depression spectrum diagnosis“, die unipolare Depression, Alkoholismus und antisoziale Persönlichkeitsstörung zu einem Phänotyp kombiniert, überlappt [Vgl. Winokur, 1972]. Es fehlen Studien zum Zusammenhang zwischen männlicher Depression und Alkoholabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen und bipolarer Depression als mögliche Fehldiagnosen.

Unklar ist auch, ob die Male Depression eher der unipolaren oder der bipolaren Depression zuzuordnen wäre. Insbesondere Irritabilität, als Kernsymptom der Male Depression und als „männliches“ Stresssymptom Hauptfaktor des Gesamtscores der Gotland Male Depression Scale [Vgl. Möller-Leimkühler (3), 2007], ist ein Kardinalsymptom depressiver Mischzustände. Da diese doppelt so häufig bei der bipolaren als bei der unipolaren Depression sind [Vgl. Benazzi & Akiskal, 2005], und darüber hinaus bei der bipolaren Depression abweichendes soziales Verhalten häufiger [Vgl. Dilsaver & Akiskal, 2005] und das Suizidrisiko höher [Vgl. Rhimer & Kiss, 2002] ist, würden diese Fakten für einen Zusammenhang zwischen Male Depression und bipolarer Störung sprechen [Vgl. Rhimer, 2004].

Denkbar ist andererseits auch, dass das männliche Syndrom von Aggressivität, Irritabilität, Alkoholmissbrauch, ausagierenden Verhaltensweisen etc. ein unspezifisches dysfunktionales Stressverarbeitungsmuster darstellt, das nicht zwingend als unmittelbares Indiz für eine Depression gewertet werden muss. Zur Klärung dieser Sachverhalte werden jedoch weitere Untersuchungen benötigt.

- *Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf Wohlbefinden und Depressionsrisiko*

Die Geschlechtsrollenorientierung wurde als wichtiger Einflussfaktor auf das allgemeine Wohlbefinden und das Depressionsrisiko junger Männer in der späten Adoleszenz identifiziert. Es wurde belegt, dass Androgynität die Geschlechtsrollenorientierung mit dem besten allgemeinen Wohlbefinden ist (61,4; SD \pm 16,1). Das zweitbeste Wohlbefinden wurde für die maskulin Orientierten dokumentiert (57,2; SD \pm 16,4). Für Feminine (51,6; SD \pm 16,3) und Undifferenzierte (50,1; SD \pm 17,6) wurde ein deutlich schlechteres Wohlbefinden belegt. Ein geringfügig ausgeprägtes Depressionsrisiko (nach WHO-5) wurde für Androgyne nachgewiesen (Depressionsrisiko von 22,2%). Für feminine oder undifferenzierte Geschlechtsrollenorientierungen wurde eine Erhöhung der Depressionswahrscheinlichkeit dargelegt (Depressionsrisiko von 45,3% bzw. 48,4%).

Gleichsinnige Ergebnisse wurden anhand der Gotland Male Depression Scale gefunden und belegt: Für androgyne und maskuline Geschlechtsrollenorientierungen wurde ein relativ geringes Risiko für eine Male Depression belegt (Depressionsanzeichen: 15,8% bzw. 15,6%). Im Gegensatz dazu wurde nachgewiesen, dass feminine sowie undifferenzierte Geschlechtsrollenorientierungen das Depressionsrisiko für junge Männer in der späten Adoleszenz erhöhen (Depressionsanzeichen: 29,1% bzw. 27,8%). (siehe Abb.18)

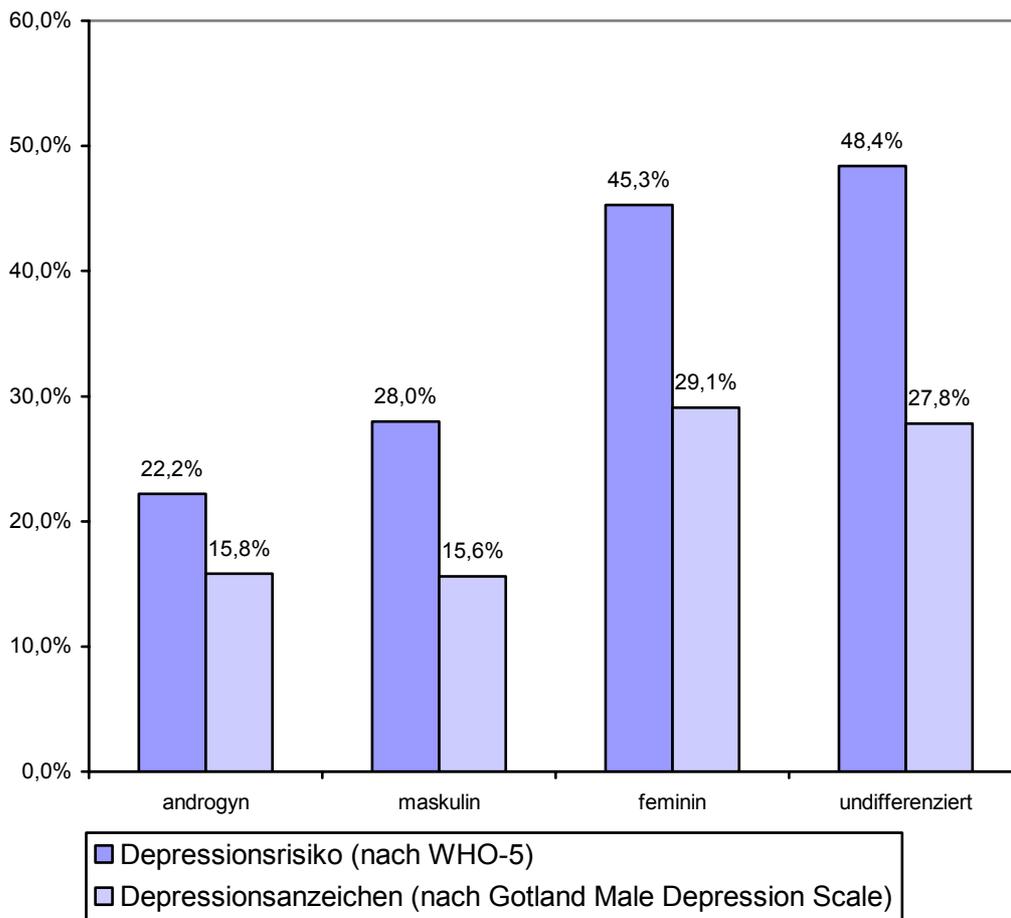


Abb.18: Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Depressionsrisiko

Bereits eine Untersuchung von Bem aus dem Jahre 1974 stellte heraus, dass Androgynität den Prototyp mentaler Gesundheit darstellt.

Weitere Studien zum Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenorientierung und psychischer Gesundheit haben konsistent gezeigt, dass androgyne und maskuline Selbstkonzepte, das heißt ein hoher Maskulinitätsgrad (unabhängig vom biologischen Geschlecht) mit höherem Selbstwertgefühl und psychischer Flexibilität korrelieren, während der Femininitätsgrad darüber hinaus nur wenig zur Varianzaufklärung beiträgt [Vgl. Möller-Leimkühler & Koller, 2004; Brems und Johnson, 1989; Roos & Cohen, 1987; Towbes et al., 1989; Shimonaka et al., 1994, 1997]. So belegt eine Studie von Barrett & Raskin White (2002), dass eine starke Ausprägung von Maskulinität für beide Geschlechter zu einer Reduzierung depressiver Symptome im jungen Erwachsenenalter führt, während zwischen der Ausprägung von Femininität und dem Auftreten depressiver Symptome keine signifikante Korrelation gefunden wurde. Eine Reihe weiterer Studien berichten gleichsinnig, dass hohe Level von Maskulinität mit weniger depressiven Symptomen, Angststörungen und Alkoholabhängigkeiten einhergehen [Vgl. Waelde et al., 1994; Whitley & Gridley, 1993; Horwitz & White, 1987; Bassoff & Glass, 1982]. Nach Huselid & Cooper (1994) reduzieren

maskuline instrumentelle Attribute internalisierende Symptome wie depressive Stimmung, Ängste, Einsamkeitsgefühle und Essstörungen, während feminine expressive Attribute vor externalisierenden Symptomen wie Aggressivität und riskante Verhaltensweisen schützen. Eine Erklärung für das bessere Selbstwertgefühl und Wohlbefinden und die damit logischerweise einhergehende erniedrigte Depressionswahrscheinlichkeit androgyner und maskulin Orientierter könnte die gute gesellschaftliche Akzeptanz dieser beiden Geschlechterrollenorientierungen für Männer liefern. Es ist entsprechend vorstellbar, dass Männer mit höherem Femininitätsgrad (feminine oder undifferenzierte Geschlechterrollenorientierung) von der Gesellschaft in eine Verteidigungsposition gedrängt werden und in Erklärungsnot der eigenen Identität geraten könnten. Dies wäre ein Prozess, der das allgemeine Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen mag und noch lange vor einem uneffektiven Bewältigungsverhalten eventuell auftretender Probleme steht, das als Depressionstrigger fungiert.

Es stellt sich also die Frage:

Je geringer die Ausprägung von Maskulinität, desto höher das Depressionsrisiko?

Sind also doch nicht die „harten“ Männer depressionsgefährdet, sondern die „weichen“?

Maskulinität stellt ein höchst komplexes Konstrukt dar, das im Rahmen der Geschlechterrollenorientierung nur als Instrumentalität operationalisiert ist. Damit werden Rollenkonflikte oder die Orientierung an maskulinen Normen nicht berücksichtigt, die ebenfalls für das Wohlbefinden und die Entwicklung einer Male Depression bedeutsam sein könnten.

In diesem Kontext ist die genauere Differenzierung von Maskulinität und Femininität, wie in dieser Studie geschehen, in gesellschaftlich erwünschte, positiv bewertete und unerwünschte, negativ bewertete Ausprägungen unabdingbar:

So wurde für diese Stichprobe dokumentiert: Je höher der positive Maskulinitäts- und Femininitätsscore, sowie je niedriger der negative Maskulinitäts- und Femininitätsscore, desto besser ist das Wohlbefinden. Starke Ausprägungen von positiver Femininität und positiver Maskulinität sind also ein Prädiktor für ein gutes allgemeines Wohlbefinden. Entgegengesetzt wurde belegt, dass starke Ausprägungen von negativer Femininität und negativer Maskulinität ein Risikofaktor für schlechtes Wohlbefinden ist.

Gleichsinnig belegt diese Studie, dass eine hoch ausgeprägte positive Maskulinität als Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer Male Depression fungiert. Eine stark ausgeprägte negative Maskulinität sowie negative Femininität stellen hingegen Risikofaktoren für eine Depression dar. Die Ausprägung von positiver Femininität konnte in dieser Untersuchung weder eindeutig als begünstigend noch als protektiv für eine Male Depression eingestuft werden.

Auch die Studie von Baron & Peixoto (1991) dokumentiert, dass die negative Dimension der Femininität nicht signifikant mit internalisierenden Erkrankungen korreliert, jedoch eindeutig mit höheren Depressionsraten assoziiert ist.

Für eine erfolgreiche Problemlösung scheinen Eigenschaften wie Unabhängigkeit, Aktivität, Wettbewerbsorientiertheit, Entscheidungsfreudigkeit, nicht leicht aufgebend, Selbstsicherheit, Überlegenheit und Fähigkeit, Druck gut standzuhalten hilfreich und notwendig. Männer (und Frauen!) mit den genannten positiven maskulinen Attributen scheinen über effiziente Copingstrategien zu verfügen, die vor einer Depression, im Sinne eines Zusammenbruchs der Copingfähigkeiten, schützen können.

Sozial negativ konnotierte Attribute wie Arroganz, Prahlerei, Gier, diktatorisches Gebaren, Zynismus, Feindseligkeit, Egoismus und Aggressivität, als Ausdruck negativer maskuliner Charaktereigenschaften, sowie Weinerlichkeit, Klagsamkeit, Unterordnung gegenüber anderen, Nörgelei, Nervosität, Unterwürfigkeit, Leichtgläubigkeit, als Ausdruck negativer femininer Eigenschaften, tragen zu dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen bei, die den Weg in Richtung männlicher Depression bahnen können.

Die als typisch weiblich deklarierten Attribute Gefühlsbetontheit, Zartheit, Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit, Fähigkeit, auf andere einzugehen, Bewusstsein über die Gefühle anderer, Verständnis gegenüber anderen und Herzlichkeit scheinen für das Wohlbefinden junger Männer in der späten Adoleszenz eine wichtige Rolle zu spielen.

5.2.4 ZUFRIEDENHEIT MIT DER GESUNDHEIT

- *Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit*

Nach den besorgniserregenden Erkenntnissen zum schlechten Wohlbefinden und hohen Depressionsrisiko junger Männer in der späten Adoleszenz (siehe Kapitel 5.2.3) erwarten wir gleichermaßen eine relativ stark ausgeprägte Unzufriedenheit mit der seelischen und körperlichen Gesundheit.

Erstaunlicherweise waren drei Viertel aller Befragten im letzten Jahr mit ihrer psychischen Gesundheit eher zufrieden bis vollkommen zufrieden, wobei die meist genannte Antwort mit 43 Prozent auf die Angabe „zufrieden“ fällt. Ebenso waren 70 Prozent relativ zufrieden mit ihrer körperlichen Gesundheit; auch hier die häufigste Antwort „zufrieden“ mit 35 Prozent.

In Anbetracht der, wie in Kapitel 5.2.3 dargelegt, stark herabgesetzten Wohlbefindenswerte erscheinen die Angaben zur Zufriedenheit mit der Gesundheit im letzten Jahr unverhältnismäßig gut. In Ermangelung von Vergleichsdaten in der Literatur muss sich die Interpretation dieses Paradoxons auf logische Erklärungsansätze beschränken. Ein Grund der unterschiedlichen Ergebnisse der Messung eines eigentlich ähnlichen Parameters – Wohlbefinden beziehungsweise Zufriedenheit mit der seelischen und körperlichen Gesundheit – kann im unterschiedlichen Erhebungsbogendesign vermutet werden.

So ist aufgrund der direkten Formulierung der Fragestellung im Fragebogen nach der Zufriedenheit mit der Gesundheit das Testergebnis weitaus deutlicher umrissen und damit voraussehbarer als in der WHO-5. Die Selbsteinschätzung muss in diesem Falle immer als zum Teil vom Probanden erwünschte Antwort angesehen werden. Daher gilt ein Test mit voraussehbareren Ergebnissen immer als unsicherer, als ein Test, dessen Absicht durch die Fragen nicht direkt ersichtlich ist. In unserem Fall würde das bedeuten, dass wir dem Testergebnis der WHO-5 mehr vertrauen müssen als der direkten Zufriedenheitsangabe der Probanden.

Ebenso die unterschiedliche Zeitangabe in den verschiedenen Tests könnte eine Rolle spielen: mit dem WHO-5 wird das Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen abgefragt, im Zufriedenheitstest wird das ganze letzte Jahr evaluiert. Möglicherweise wird bei einer globaleren Einschätzung für ein ganzes Jahr die Erinnerung verklärt und die Beurteilung positiv eingefärbt, da positive Aspekte in der Erinnerung meist überwiegen und negative verdrängt werden.

Eine weitere Betrachtung der Sachverhalte durch weiterführende Vergleiche und Studien erscheint an dieser Stelle spannend.

- *Einfluss der Geschlechterrollenorientierung auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit*

Der Einfluss der Geschlechterrollenorientierung auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit wird in der vorliegenden Studie belegt.

Maskuline und Androgyne sind mit ihrer seelischen und körperlichen Gesundheit deutlich zufriedener als Feminine und Undifferenzierte. Dies passt weitgehend zu den Ergebnissen des allgemeinen Wohlbefindens, obwohl die androgyne Subgruppe für das Wohlbefinden eindeutig höhere Spitzenwerte erzielt als die Maskulinen. Mit ihrer psychischen Gesundheit sind die Maskulinen jedoch unwesentlich zufriedener als die Androgynen; für die physische Gesundheit gilt umgekehrtes. Die Unterschiede sind jedoch so minimal (gruppiertes Median für Zufriedenheit mit psychischer Gesundheit: 5,81 versus 5,88; gruppiertes Median für Zufriedenheit mit physischer Gesundheit: 5,65 versus 5,53) und nicht signifikant, dass sie vernachlässigt werden können.

Je stärker die Ausprägung der positiven Maskulinität und je schwächer die Ausprägung der negativen Maskulinität und Femininität, desto besser ist das allgemeine Wohlbefinden und die Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit. Für die Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit scheint ähnliches zu gelten, wobei eine geringe Ausprägung der negativen Maskulinität zwar ebenfalls eine Rolle spielt, aber nicht als signifikant nachgewiesen werden konnte.

Da zum Thema Zufriedenheit mit der Gesundheit leider noch keine Vergleichsliteratur bereitsteht, muss auf die Literatur der allgemeinen Wohlbefindensbeurteilung zurückgegriffen werden. Die Ursachen für das deutlich bessere Wohlbefinden von

Geschlechtsrollenorientierungen mit stark ausgeprägter (positiver) Maskulinität/Instrumentalität, im Vergleich zu den Geschlechtsrollenorientierungen mit gering ausgeprägter (positiver) Maskulinität sind bereits im Kapitel 5.2.3 erschöpfend behandelt worden.

5.2.5 HILFESUCHVERHALTEN

- *Geringe Suche und Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Problemen*

Das in zahlreichen Studien belegte unzureichende Hilfesuchverhalten von Männern bei seelischen Defizitzuständen (siehe auch Kapitel 1.5.1) wird auch in dieser Studie bestätigt: In 56,8 Prozent der Fälle wird trotz Wahrnehmung eines belastenden psychischen Problems keinerlei Unterstützung gesucht. Nur 11,3 Prozent der jungen Männer in der späten Adoleszenz, die ein seelisches Problem selbst angegeben hatten, haben professionelle Hilfe in Anspruch genommen. 12,2 Prozent dieser Subgruppe hielten ihr Problem sogar geheim. Es sollen nur beispielhaft, zusätzlich zu den bereits oben genannten, einige Studien mit ähnlichen Resultaten angeführt werden: So berichten auch Addis & Mahalik (2003) von einem mangelhaften Hilfesuchverhalten junger Männer. Möller-Leimkühler (2002) weist für Männer aller Altersgruppen geringe Inanspruchnahmeraten von professioneller Hilfe nach (Männer:Frauen = 1:2). Psychische oder emotionale Probleme sind selten ein Konsultationsgrund und werden im ärztlichen Gespräch entsprechend selten vom Patienten selbst angesprochen.

Vor dem Hintergrund traditioneller Maskulinitätsnormen ist ein solches Vermeidungsverhalten nicht verwunderlich, da es gilt, (bedrohte) männliche Identität aufrechtzuerhalten. Die traditionelle männliche Geschlechtsrolle, charakterisiert durch Leistungs- und Erfolgsorientierung vor allem in der Berufsrolle, erfordert die Bewältigung von Gefahren, Bedrohungen und Schwierigkeiten, ohne dass damit verbundene Ängste und Probleme wahrgenommen bzw. zugegeben werden dürfen. Hilfesuche scheint im Männlichkeitsstereotyp nicht vorgesehen, da sie Inkompetenz und Abhängigkeit, Aufgabe von Autonomie und Kontrolle signalisiert.

Auch der Geschlechtsrollenkonflikt (Gender Role Conflict), als psychologischer Zustand wenn rigide, sexistische oder restriktive Geschlechtsrollen, die in der Sozialisation internalisiert werden, in persönliche Restriktion, Abwertung, Selbstvergewaltigung oder Verletzung von anderen münden, wirkt prädiktiv für eine Abneigung gegen Hilfesuche bei psychologischen Problemen [Vgl. Mahalik & Cournoyer, 2000]. Da Emotionalität streng kodiert ist (sozial akzeptiert sind für Männer Aggressivität, Ärger oder Feindseligkeit, nicht akzeptiert sind „weibliche“ Gefühle wie Schwäche, Unsicherheit, Hilflosigkeit und Traurigkeit), kommt es zu einer dauerhaften Unterdrückung von als weiblich geltender Emotionen. Traditionelle männliche Sozialisation produziert damit eine emotionale

Hemmung, die schon früh eingeübt wird. Diese emotionale Gehemmtheit bei Männern ist anhand von Experimenten und Selbstbeurteilungen vielfach nachgewiesen worden [Vgl. Grossman & Wood, 1993] und hat zahlreiche psychosomatische Auswirkungen [Vgl. Traue, 1998]. Statt Hilfe zu suchen, wird bedrohte Männlichkeit (über-) kompensiert mit rollenstereotyp kompatiblen, aber (selbst-) destruktiven Strategien: Alkoholmissbrauch, Ausagieren, Gewalt und Suizid. [Vgl. Möller-Leimkühler, 2006]

- *Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf das Hilfesuchverhalten*

Auch auf das Hilfesuchverhalten bei psychischen Problemen nimmt die Geschlechtsrollenorientierung der jungen Männer in der späten Adoleszenz Einfluss.

Wie aus den vorangegangenen Überlegungen erwartet, gaben die maskulin Orientierten am wenigsten psychische Probleme an. Demgegenüber stehen die Femininen mit den meisten psychischen Problemen aller Geschlechtsrollenorientierungen (45,6% berichten von psychischen Problemen im letzten Jahr). Ob diese beiden Pole wirklich so weit auseinander liegen - ob also die Prävalenz seelischer Probleme unter Maskulinen wirklich sehr viel niedriger ist - oder ob sich die beiden traditionellen Geschlechtsrollenorientierungen nur durch die Problemperzeption und damit in der Angabe eines Problems in der Befragung unterscheiden, ist noch nicht ausreichend geklärt und bedarf weiterer gezielter Studien.

Für eine tatsächlich niedrigere Prävalenz psychischer Probleme maskulin orientierter Männer spricht die gute gesellschaftliche Akzeptanz dieser Eigenschaften für Männer und deren Copingstrategien. Allerdings sprechen gerade diese typisch „männlichen“ Verhaltensweisen und das damit verbundene klassische Bewältigungsverhalten auch für ein Nicht-Wahrnehmen, Negieren oder Nicht-Zugeben eventuell auftretender seelischer Nöte. Eine Studie von Möller-Leimkühler (2003) hat gezeigt, dass traditionelle Maskulinität ein Schlüsselrisikofaktor für männliche Vulnerabilität darstellt, die als Trigger für ineffiziente Copingstrategien wie emotionale Unexpressivität, Abneigung gegen Hilfesuche oder Alkoholabusus fungiert.

Am Häufigsten nehmen Feminine professionelle aber auch informelle Hilfe aus dem Freundes- und Familienkreis in Anspruch. Dies ist gut durch die typisch „weiblichen“ Attribute, die für diese Probandengruppe charakteristisch sind, zu erklären, wo Expressivität als weiblicher Rollenstereotyp eine entscheidende Rolle zukommt.

Nicht signifikant und deshalb nur als Tendenz zu werten wurde für diese Stichprobe gezeigt, dass bei einem zugegebenen psychischen Problem Feminine am häufigsten professionelle Hilfe aufsuchen. Eine Erklärung ist zugleich die Unterstützung der These, dass die traditionellen therapeutischen Angebote zur Problembewältigung eher auf Frauen beziehungsweise die weibliche Geschlechtsrollenorientierung zugeschnitten sind (siehe oben). Ebenfalls nicht signifikant aber dennoch auffällig ist der mit 43,2 Prozent erhebliche Anteil von Androgynen mit einem seelischen Problem, der Hilfe im Freundes- und

Familienkreis sucht. Da diese Geschlechtsrollenorientierung gesellschaftlich für junge Männer in der späten Adoleszenz die geringsten Probleme mit sich bringen zu scheitert (siehe oben), scheinen diese jungen Männer im Falle eines auftretenden Problems am ehesten in der Lage zu sein, dieses im Kreise von Vertrauten zuzugeben und um Rat zu fragen. Tendenziell gilt dies am wenigsten für Undifferenzierte, die ihr psychisches Problem am häufigsten geheim halten. Die Unsicherheit, sich für bestimmte Attribute der eigenen Person zu entscheiden, was letztendlich zu einer undifferenzierten Geschlechtsrollenorientierung führt, spiegelt sich auch im (mangelhaft vorhandenen) Hilfesuchverhalten als mangelndes Selbstbewusstsein, zu Problemen zu stehen und sie preiszugeben, wider.

- *Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf die Häufigkeit der Arztkonsultation*

Auf die Häufigkeit der Arztkonsultationen aus nichtseelischen Gründen hat die Geschlechtsrollenorientierung keinen Einfluss. In Ermangelung von Vergleichsliteratur muss diese Aussage bis zum Beweis des Gegenteils so hingenommen werden. Das Hilfesuchverhalten bei seelischen Defizitzuständen wurde in dieser Studie als abhängig von der Geschlechtsrollenorientierung nachgewiesen. Dies ist eine Untermauerung der These, dass geschlechtsstereotype Barrieren der Hilfesuche gerade nur für seelische Probleme gelten (siehe oben).

5.3 LIMITIERUNG DER STUDIE UND AUSBLICK

5.3.1 KRITISCHE ANMERKUNGEN ZUR STUDIE

Im Sinne des Konzeptes der Male Depression müsste durch die Erfassung depressionsuntypischer, aber typisch männlicher Stresssymptome, eine erhöhte Rate depressiver Männer identifiziert werden. Ob dies hier tatsächlich der Fall gewesen ist, kann nicht beurteilt werden, da auf den Einsatz eines traditionellen Depressionsinstrumentes beziehungsweise auf die Validierung der Diagnose durch ein Fremdrating verzichtet wurde, um die Teilnahme der Probanden durch einen zu umfangreichen Fragebogen nicht zu gefährden. Dies ist ein wesentlicher Limitierungsfaktor der Studie, der die Argumentation in einer gewissen Zirkularität belässt.

Eine weitere methodische Schwäche besteht darin, dass der Vergleich mit einer weiblichen Stichprobe der Alterskohorte fehlt.

Auf den ersten Blick mag die untersuchte Stichprobe junger Männer in der späten Adoleszenz, die sich im Musterungsprozess befanden, als selektiv erscheinen, was gegen eine Generalisierung der Ergebnisse sprechen würde. So ist zum Beispiel die Überrepräsentation der höheren Schulbildung in der untersuchten Stichprobe ein nicht zu vermeidender Effekt zeitlicher Einberufungsroutinen des Kreiswehersatzamtes. Es ist ebenso denkbar, dass die jungen Männer in der Musterungssituation zum Aggravieren der

Symptome neigen, doch kann dies für die vorliegende Studie weitgehend ausgeschlossen werden. Die teilnehmenden jungen Männer wurden schriftlich und mündlich darüber informiert, dass die „Stress-Studie“ der LMU München in keinerlei Zusammenhang mit der Musterung und deren Ergebnis steht, anonym durchgeführt werden würde und die Ergebnisse den untersuchenden Ärzten nicht bekannt würde. Für eine Studiendurchführung bei der Musterung spricht, dass auf diese Weise eine weitestgehend unselektierte Stichprobe von prinzipiell wehrpflichtigen jungen Männern gewonnen werden kann. Das bewährte Konzept solcher Stichproben wurde wiederholt für epidemiologische Zwecke eingesetzt, zum Beispiel in den Arbeiten von Angst.

5.3.2 OFFENE FRAGEN, AUSBLICK UND EMPFEHLUNG

Das Konzept der Male Depression erscheint zwar klinisch evident, muss aber insgesamt wegen der bisher noch unzureichenden wissenschaftlichen Validierung als theoretisches Konstrukt gelten. Es mangelt noch an validen Screeninginstrumenten, und an Bevölkerungsstudien, die Aussagen über die Prävalenz der „männlichen Depression“ ermöglichen [Vgl. Möller-Leimkühler, 2006]. Ergänzende Studien zur Validierung der Gotland Male Depression Scale wären dahingehend ein Anfang.

Ob nicht auch Frauen aufgrund der im Zuge der Emanzipation gesellschaftlichen Angleichung ihrer Rolle an männliche Muster vom Risiko einer Male Depression betroffen sein könnten, sollte Thema weiterer Untersuchungen sein.

Neben der Frage nach der Geschlechts- und Altersspezifik der Male Depression sind eine Fülle weiterer Fragen ungeklärt. Die wichtigste ist:

Braucht die Psychiatrie das Konzept der Male Depression überhaupt? Ist der beschriebene männliche Symptomenkomplex von Aggressivität, Irritabilität, Alkoholmissbrauch, ausagierenden Verhaltensweisen etc. nicht völlig unabhängig vom depressiven Syndrom? Ist er nicht vielmehr an Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung geknüpft oder Teil von bipolarer Depression und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom? Oder ist dieses Syndrom nur Ausdruck unspezifischer dysfunktionaler Stressverarbeitungsmuster, welches gar nicht an Diagnosen gebunden ist?

Diese offenen Fragen verweisen auf die Notwendigkeit weiterer Studien, die den Zusammenhang zwischen Male Depression und Komorbidität einerseits und den verschiedenen Facetten von Depression, Maskulinität, Rollenkonflikten und Normorientierungen andererseits intensiviert beleuchten.

Ebenso sollte der Themenkomplex Stresserleben- und Stressverarbeitung von Männern Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Schließlich bleibt die große Herausforderung an die Depressionsforschung, das Geschlechterparadox bei Depression und Suizid aufzuklären.

Auch zum Themenkomplex Hilfesuche bei psychischen Problemen besteht großer Forschungsbedarf: so müssen entstigmatisierende Maßnahmen und geeignete Hilfe- und Therapiekonzepte gefunden werden, die die Hilfesuche von jungen Männern als ersten Schritt zur Bewältigung des Problems erleichtern.

5.3.3 PRAXISRELEVANTE SCHLUSSFOLGERUNGEN

Aus den Ergebnissen dieser Studie lassen sich folgende praxisrelevante Schlussfolgerungen ableiten: [Vgl. Möller-Leimkühler, 2006; Möller-Leimkühler et al.(1), 2007]

- Aufklärungsprogramme über Depression und effektive Stressbewältigung sollten bereits in den Schulen durchgeführt werden und geschlechtsspezifische Aspekte beinhalten.
- Barrieren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe müssen gezielt abgebaut werden. Entstigmatisierende Maßnahmen sollen Hilfesuche von jungen Menschen/Männern fördern.
- Depression bei Männern muss besser diagnostiziert werden, indem die bisherigen Diagnosekriterien neu überarbeitet und geschlechtersensibel erweitert werden. Männerspezifische Copingstrategien müssen bei einer als typisch „weiblich“ geltenden Erkrankung berücksichtigt werden. Unter Beachtung epidemiologischer Forschungsergebnisse und klinischer Erfahrungen wird empfohlen männliche Distresssymptome und männerspezifische Copingstrategien als zusätzliche Diagnosekriterien der Depression zu berücksichtigen.
- Eine umfassende Depressionsdiagnostik bei Männern impliziert, dass die Komorbidität, insbesondere hinsichtlich Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen abgeklärt wird.
- Nicht nur die geschlechtersensible Depressionsdiagnostik, sondern eine ebenso geschlechtsspezifisch durchgeführte Therapie ist ein wichtiger Schritt zur Reduktion (männlicher) Suizidalität.
- Eine große Herausforderung besteht darin, depressive beziehungsweise depressionsgefährdete Männer frühzeitig zu identifizieren. In diesem Rahmen sollte ein Depressionsscreening Bestandteil der Musterung zum Militärdienst werden, um frühzeitige Behandlung einleiten zu können.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie ist es, anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe junger Männer in der späten Adoleszenz zur Validierung des Konzeptes der Male Depression beizutragen. Es wurden erstmals an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von jungen Männern in der späten Adoleszenz die Zusammenhänge folgender Aspekte untersucht:

- das allgemeine Wohlbefinden,
- das Risiko einer Male Depression,
- die Ausprägung und Häufigkeit depressionsuntypischer „männlicher“ Symptome,
- der Zusammenhang mit der Geschlechtsrollenorientierung und
- das Hilfesuchverhalten.

Hierzu wurden die Studienteilnehmer (n = 1004) im Rahmen ihrer Musterung zum Militärdienst freiwillig und anonym rekrutiert (Responserate ca. 95%) und mit Selbstbeurteilungsskalen befragt. Die Geschlechtsrollenorientierung wurde mit dem German Extended Personal Attributes Questionnaire (GEPAQ) erfasst. Das subjektive Wohlbefinden wurde anhand der deutschen Fassung der WHO-5 Well-Being Scale evaluiert. Als Screeninginstrument für Male Depression wurde die Gotland Male Depression Scale eingesetzt. Darüber hinaus wurde das Hilfesuchverhalten bei Vorliegen eines psychischen Problems im letzten Jahr, die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe aufgrund anderer gesundheitlicher Beschwerden sowie die globale subjektive Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit erhoben. Als soziodemographische Variablen wurden Alter, Schulbildung, Ausbildungs-/ Arbeitsstand und Wohnort dokumentiert.

Die Daten wurden anhand von Häufigkeitsverteilungen, Korrelationsmatrizen, H-Tests nach Kruskal und Wallis und der einfaktoriellen Varianzanalyse ANOVA ausgewertet. Die Signifikanzprüfungen erfolgten mithilfe von Chi-Quadrat-Tests, dem a-posteriori-Test nach Bonferroni sowie U-Tests nach Mann und Whitney.

Das Durchschnittsalter der ausschließlich männlichen Probanden beträgt 18,5 Jahre (SD $\pm 1,18$). Die androgyne Geschlechtsrollenorientierung stellt die größte Gruppe dar (30,3%), gefolgt von den Undifferenzierten (28,4%), den feminin Orientierten (21,4%) und den Maskulinen (19,9%).

Anhand des WHO-5 Well-Being Index ergab sich im Vergleich zur Bevölkerungsnorm ein relativ reduziertes allgemeines Wohlbefinden (mittlerer Prozentwert 55,3%; SD $\pm 17,3$) und ein hohes allgemeines Depressionsrisiko von 35,7 Prozent der Befragten. Wurde diese Subgruppe nochmals mit der Gotland Male Depression Scale gescreent, waren bei 43,9

Prozent der jungen Männer in der späten Adoleszenz Symptome einer Male Depression zu beobachten. Bezogen auf die gesamte Stichprobe ergab die Gotland Male Depression Scale ein Depressionsrisiko von 22,0 Prozent. 0,9 Prozent der Probanden waren definitiv depressiv.

Junge Männer in der späten Adoleszenz mit gering ausgeprägter Maskulinität/Instrumentalität, das heißt mit einer femininen und undifferenzierten Geschlechtsrollenorientierung, hatten ein signifikant erhöhtes Risiko für eine Male Depression und eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für Depressionsanzeichen (Depressionsrisiko (WHO-5): 45,3% bzw. 48,4%; Depressionsanzeichen (Gotland Male Depression Scale): 29,1% bzw. 27,85). Eine erniedrigte Wahrscheinlichkeit Depressionsanzeichen zu entwickeln wurde für Androgyne signifikant, für Maskuline nichtsignifikant, aber als Tendenz, nachgewiesen (Depressionsanzeichen (Gotland Male Depression Scale): 15,8% bzw. 15,6%). Androgyne schätzen ihr Wohlbefinden signifikant besser ein als Maskuline (Wohlbefinden (WHO-5): 61,4; SD \pm 16,1 bzw. 57,2; SD \pm 16,4). Für beide Geschlechtsrollenorientierungen mit stark ausgeprägter Maskulinität/Instrumentalität wurde jedoch höchst signifikant ein besseres Wohlbefinden als für die Geschlechtsrollenorientierungen mit gering ausgeprägter Maskulinität belegt (Wohlbefinden (WHO-5): Feminine: 51,6; SD \pm 16,3, Undifferenzierte: 50,1; SD \pm 17,6). Je stärker die Ausprägung der positiven Maskulinität (und der positiven Femininität) und je schwächer die Ausprägung der negativen Maskulinität und Femininität, desto besser war neben dem allgemeinen Wohlbefinden, die Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit.

In 56,8 Prozent der Fälle wurde trotz Wahrnehmung eines belastenden psychischen Problems keine Hilfe gesucht. Nur 11,3 Prozent der jungen Männer in der späten Adoleszenz, die ein seelisches Problem selbst angegeben hatten, haben professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

Von jungen Männern, die ein psychisches Problem selbst erkannt hatten, wählten Feminine verhältnismäßig am häufigsten professionelle Hilfe (6%) als Bewältigungsmethode (gegenüber: 3,0% der Androgynen und Maskulinen, 3,9% der Undifferenzierten). Auch Hilfesuche im Familien- und Freundeskreis wurde häufiger von Teilnehmern mit ausgeprägteren femininen/expressiven Eigenschaften angegeben (14,9% bei femininer und 13,2% bei androgyner gegenüber 7,1% bei undifferenzierter und 9,0% bei maskuliner Geschlechtsrollenorientierung). Auf die Häufigkeit der Arztkonsultationen aus nichtseelischen Gründen hatte die Geschlechtsrollenorientierung keinen Einfluss.

Zwischen depressiven Symptomen, dem allgemeinen Wohlbefinden, der Geschlechtsrollenorientierung sowie dem Hilfesuchverhalten von jungen Männern in der späten Adoleszenz und ihrer Schulbildung sowie ihrem Wohnort bestand kein Zusammenhang.

Das herabgesetzte Wohlbefinden und das hohe Depressionsrisiko junger Männer können als Konsequenzen von Rollenfindungskonflikten und Orientierungslosigkeit bei Leitbilderverlust in der (späten) Adoleszenz interpretiert werden, die als Kosten der gesellschaftlichen Individualisierung zu verstehen sind und in keiner anderen Altersgruppe derart ausgeprägt erscheinen. Hieraus ergibt sich der unbedingte Forschungsbedarf, den Zusammenhang zwischen Male Depression und den verschiedenen Facetten der Maskulinität näher zu beleuchten. Weitere Studien sollten das Konzept der Male Depression und dessen Validierung zum Gegenstand haben. Ebenso sind entstigmatisierende Aufklärungsmaßnahmen über Depression und Förderung der Hilfesuche von jungen Männern, durch erweiterte Diagnosekriterien und angepasste Therapiekonzepte, dringend erforderlich.

7 LITERATURVERZEICHNIS

ADDIS M. E., MAHALIK J. R. Men, masculinity and the contexts of help-seeking. *Am Psychol* 2003; 58: 5-14

ANGST J., ERNST C. Geschlechtsunterschiede in der Psychiatrie. In: *Weibliche Identität im Wandel. Studium Generale 1989/1990.* Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg 1990; 69-84

ANGST J., GAMMA A., GASTPAR M., LÉPINE J.-P., MENDLEWICZ J., TYLEE A. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 201-209

Anonym: Iceberg of depression. *Lancet* 1992; 339: 985

BARON P., PEIXOTO N. Depressive Symptoms in Adolescents as a Function of Personality Factors. *J Youth Adolesc* 1991; 20: 493-500

BARRETT A.E., RASKIN WHITE H. Trajectories of gender role orientations in adolescence and early adulthood: a prospective study of the mental health effects of masculinity and femininity. *J Health Soc Behav* 2002; 43: 451-468

BASSOFF E. S., GLASS G. V. The Relationship between Sex Roles and Mental Health: A Meta-analysis of Twenty-six Studies. *Couns Psychol* 1982; 10: 105-112

BECH P. The difference in depression in men and women. What do we know about comorbidity today? Report from lectures and discussions at the Nordic Psychiatric Symposium, Stockholm, 2000; 6-19

BECH P., OLSEN R. L., KJOLLER M., RASMUSSEN N. K. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12:85-91

BECH. P., OLSEN R. L., RASMUSSEN N.-A., SELIN E., RUTZ W., ZIERAU F. Male depression: stress and aggression as pathways to major depression. Proceedings of the international meeting "Depression – Social and Economic Timebomb", London, Royal Society of Medicine, 1999

BEM S. L. The Measurement of Psychological Androgyny. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 155-162

BENZAZZI F., AKISKAL H. Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state. *J Affect Disord* 2005; 84 (2-3):197-207

BRÄHLER E., MÜHLAN H., ALBANI C., SCHMIDT S. Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica* 2007; 53, Heft 2: 83-96

BREMS C., JOHNSON M.W. Problem-solving appraisal and coping style: The influence of sex-role orientation and gender. *J Psychol* 1989; 123: 187-194

BROVERMAN I. K., VOGEL S. R., BROVERMAN D. M., CARKSON F. E., ROSENKRANTZ P. S. Sex-role stereotypes: A current appraisal. *J Soc Issues* 1972; 28:59-78

CARPENTER K., ADDIS M. E. Alexithymia, Gender and Responses to Depressive Symptoms. *Sex Roles* 2000; Vol. 43, Nos. 9/10: 629-644

COCHRAN S. V., RABINOWITZ F.E. Figuring Depression in Men: Defining the Terms of Depression. In: *Men and depression. Clinical and Empirical Perspectives.* Academic Press 2000; 1-25

CHRISTENSEN K. S., BECH P., FINK P. Measuring mental health outcomes in primary care. 2006 (submitted)

CULBERTSON F. M. Depression and Gender. An International Review. *Am Psychol* 1997; 52, No.1: 25-31

DILSAVER S. C., AKISKAL H. S. High rate of unrecognized bipolar mixed states among destitute Hispanic adolescents referred for "major depressive disorder". *J Affect Disord* 2005; 84: 179-186

ECKERSLEY R., DEAR K. Cultural correlates of youth suicide. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1891-1904

EGELAND J.A., HOSTETTER A. M. Amish Study, I: Affective Disorders Among the Amish, 1976-1980. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 56-61

EGELAND J.A., HOSTETTER A. M., ESHLEMAN S. K. 3RD Amish Study, III: The Impact of Cultural Factors on Diagnosis of Bipolar Illness. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 67-71

FOMBONNE E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 145-156

GALAMBOS N. L., BARKER E. T., KRAHN H. J. Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: seven-year trajectories. *Dev Psychol* 2006; 42(2): 350-365

GIJSBERS VAN WIJK C.M.T., KOLK A.M. ET AL. Male and female morbidity in general practice: the nature of sex differences. *Soc Sci Med* 1992; 35: 665-678

GIVENS J.L., TIJA J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine* 2002; 77, No.9,918-921

GLICK P., LAMEIRAS M., FISKE S. T., ECKES T., MASSER B. ET AL. Bad but bold: Ambivalent attitudes toward men predict gender inequality in 16 nations. *J Pers Soc Psychol* 2004; 86: 713-728

GOOD G.E., WOOD P.K. Male gender role conflict, depression, and help seeking: do college men face double jeopardy? *Journal of Counseling & Development* 1995; 74:70-75

GROSSMAN M., WOOD W. Sex differences in intensity of emotional experience: a social role interpretation. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65: 1010-1022

HAMILTON M. Frequency of Symptoms in Melancholia (Depressive Illness). *Br J Psychiatry* 1989; 154: 201-206

HENKEL V., MERGL R., KOHNEN R. ET AL. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003; 326 (7382): 200-1

HENKEL V., MERGL R., KOHNEN R., ALLGAIER A.-K., MÖLLER H.-J., HEGERL U. Use of brief depression screening tools in primary care: consideration of heterogeneity in performance in different patient groups. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 190-198

HEUN P., BURKART M., MAIER W., BECH P. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99:171-178.

HIBBARD J.J., POPE C.R. Another look at sex differences in the use of medical care: illness orientation and the types of morbidities for which services are used. *Women Health* 1986; 11: 21-36

HORWITZ A. V., RASKIN WHITE H. Gender Role Orientations and Styles of Pathology among Adolescents. *J Health Soc Behav* 1987; 28: 158-170

HOSODA M., STONE D. L. Current gender stereotypes and their evaluative content. *Percept Mot Skills* 2000; 90: 1283-1294

HURRELMANN K. Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. 1990; Beltz: Weinheim

HUSELID R. F., COOPER M. L. Gender roles as mediators of sex differences in expressions of pathology. *J Abnorm Psychol* 1994; 103(4): 595-603

JAKUPCAK M. Masculine gender role stress and men's fear of emotions as predictors of self-reported aggression and violence. *Violence Vict* 2003;18 (5): 533-541

JOUKAMAA M., LETHINEN V., KARLSSON H. The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 52-56

KÄMMERER A. Weibliches Geschlecht und psychische Störungen – Epidemiologische, diagnostische und ätiologische Überlegungen. In: Franke A., Kämmerer A. (Hrsg.) *Klinische Psychologie der Frau*. Göttingen, 2001: 51-88

KESSLER R. C., WALTERS E. E. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998; 7: 3-14

KNÄUPER B., WITTCHEN H.-U. Epidemiologie der Major Depression: Nehmen depressive Erkrankungen zu? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1995; 24 (1): 8-21

KOLIP P. Frauen und Männer In: Schwartz F.W., Badura B., Busse R., Leidl R., Raspe H., Siegrist J., Walter U. (Hrsg.). Das Public Health Buch, Urban & Fischer Verlag, 2.Auflage, 2003: 642-653

LAUX G. Affektive Störungen. In: Möller H.-J., Laux G., Deister A. (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie. MLP Duale Reihe, Thieme Verlag, 2.Auflage 2001; 73-105

LEFEBVRE J., LESAGE A., CYR M., TOUPIN J. Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33:291-298

LEVAV I., KOHN R., DOHRENWEND B. P., SHROUT P. E., SKODOL A. E., SCHWARTZ S., LINK B. G., NAVEH G. An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel. Psychol Med 1993; 23: 691-707

LIN E., PARIKH S. V. Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the untreated depressed in Ontario. J Affect Disord 1999; 53:153-162

MAHALIK J. R., COURNOYER R. J. Identifying gender role conflict messages that distinguish mildly depressed from nondepressed men. Psychology of Men & Masculinity 2000;1, No. 2, 109-115

MAIER W., GÄNSICKE M., GATER R., REZAKI M., TIEMENS B., FLORENZANO URZÚA R. Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. J Affect Disord 1999; 53: 341-252

MCCONATHA J. T., LEONE F. M., ARMSTRONG J. M. Emotional control in adult. Psychol Rep 1997; 80: 499-507

MELLER I., FICHTER M., WEYERER S., WITZKE W. The use of psychiatric facilities by depressives: results of the Upper Bavarian study. Acta Psychiatr Scand 1989a; 79: 27-31

MELLER I., FICHTER M. M., WITZKE W. Die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste in der Gesamtbevölkerung. Nervenarzt 1989b; 60: 462-471

MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. J Affect Disord 2002; 71:1-9

MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253:1-8

MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M. Männer und Depression. In: Stoppe G., Bramesfeld A., Schwartz F.-W. (Hrsg.). *Volkskrankheit Depression?* Springer Verlag, 2006: 215-228

MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M., BOTTLENDER R., STRAUß A., RUTZ W. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *J Affect Disord* 2004; 80: 87-93

MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M., HELLER J., PAULUS N.-C. (1) Male Depression in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer: Risiko und Symptome. *Nervenarzt* 2007; 78: 641-650

MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M., HELLER J., PAULUS N.-C. (2) Subjective well-being and „male depression“ in male adolescents. *J Affect Disord* 2007; 98: 65-72

MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M., HELLER J., PAULUS N.-C. (3) Geschlechtsrollen-orientierung, Risiko einer Male Depression und Hilfesuchverhalten bei jungen Männern. *Psychiatr Prax* 2007; Supplement 1: 173-175

MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M., KOLLER G. Risikofaktor Traditionelle Femininität: Neue Befunde zur Geschlechtsrollenorientierung alkoholabhängiger Frauen. *Psychotherapie* 2004; 9: 97-104

MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M., YÜCEL M. Well-being, risk of male depression and gender-role orientation in male and female university students. 2006 (in Vorbereitung)

NESBITT M. N., PENN N. E. Gender stereotypes after thirty years: a replication of Rosenkrantz et al. (1968). *Psychol Rep* 2000; 87: 493-511

OLSEN L. R., MORTENSEN E. L., BECH P. Mental distress in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 477-484

POLLACK W. Mourning, Melancholia and Masculinity: Recognizing and Treating Depression in Men. In: Pollack W., Levant R. (Hrsg.). *A New Psychotherapy for Men*. Wiley, 1998: 147-166

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter GmbH & Co.KG, 259. Auflage, 2001

RICKWOOD D. J., BRAITHWAITE V. A. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Soc Sci Med* 1994; 39 (49): 563-572

RIHMER Z. Is "Male Depressive Syndrome" bipolar rather unipolar? *Journal of Bipolar Disorders: Reviews and Commentaries* 2004; 3:19

RIHMER Z., BARS J., VEG K., KATONA C. L.E. Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *J Affect Disord* 1990; 20: 87-91

RIHMER Z., KISS K. Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disorders* 2002; 4 (suppl 1): 21-25

ROBERTSON J. M., FITZGERALD L. F. Overcoming the masculine mystique: Preferences for alternative forms of assistance among men who avoid counseling. *J Couns Psychol* 1992; 39: 240-246

ROOS P. E., COHEN L. H. Sex roles and social support as moderators of life stress adjustment. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52: 576-585

RUNGE T. E., FREY D., GOLLWITZER P. M., HELMREICH R. L., SPENCE J. T. Masculine (instrumental) and feminine (expressive) traits. A comparison between Students in the United States and West Germany. *J Cross Cult Psychol* 1981; 12: 142-162

RUTZ W. Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14 (suppl 3): S27-S33

RUTZ W., VON KNORRING L., PIHLGREN H., RIHMER Z., WÄLINDER J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 1995; 345: 524

RUTZ W., VON KNORRING L., WÅLINDER J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 83-88

SIEGRIST J., MÖLLER-LEIMKÜHLER A. M. Geschlechtsrolle, Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz F.W., Badura B., Busse R., Leidl R., Raspe H., Siegrist J., Walter U. (Hrsg.). *Das Public Health Buch*. Urban & Fischer Verlag, 2.Auflage, 2003: 125-137

SCHMIDTKE A., FIEDLER G. DSG-Mitteilungen: Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland wird Wirklichkeit. *Suizidprophylaxe* 2002; 29, Heft 4: 157-165

SHIMONAKA Y., NAKAZATO K., MARUSHIMA R. Androgyny and psychological well-being among older and younger Japanese adults. *Aging* 1994; 6: 43-48

SHIMONAKA Y., NAKAZATO K., KAWAI C., SATO S. Androgyny and Successful Adaptation across the Life Span among Japanese Adults. *J Gen Psychol* 1997; 158: 389-400

TDW INTERMEDIA GMBH (HRSG.) Typologie der Wünsche 1997/98; 1997; Frankfurt

TOWBES L. D., COHEN L. H., GLYSHAW K. Instrumentality as a life stress moderator for early versus middle adolescents. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57: 109-119

TRAUE H. C. (HRSG.) Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmungen. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg-Berlin 1998

VAN PRAAG H. M. Faulty cortisol/serotonin interplay. Psychopathological and biological characterisation of a new, hypothetical depression subtype (SeCA depression). *Psychiatry Research* 1996; 65: 143-157

VAN PRAAG H. M. Serotonergic dysfunction and aggression control. *Psychol Med* 1991; 21 Editorial: 15-19

VONK R., ASHMORE R. D. Thinking about gender types: cognitive organization of female and male types. *Br J Soc Psychol* 2003; 42: 257-280

WÅLINDER J., RUTZ W. Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 (suppl 2): S21-S24

WAEDEL L., SILVERN L., HODGES W. Stressful Life Events: Moderators of the Relationships of Gender and Gender Roles to Self-reported Depression and Suicidality among College Students. *Sex Roles* 1994; 30: 1-22

WHITLEY B. E., GRIDLEY B. E. Sex Role Orientation, Self-esteem and Depression: Latent Variables Analysis. *Pers Soc Psychol Bull* 1993; 19: 363-369

WILLIAMS J. E., BEST D. L. Sex stereotypes and trait favorability on the Adjective Check List. *Educ Psychol Meas* 1982; 37: 101-110

WINOKUR G. Depression spectrum disease: description and family study. *Compr Psych* 1972; 13: 3-8

WITTCHEN H.-U., SCHUSTER P., PFISTER H., MÜLLER N., STORZ S., ISENSEE B. Depressionen in der Allgemeinbevölkerung – schlecht erkannt und selten behandelt. *Nervenheilkunde* 1999; 18: 202-209

ZIERAU F., BILLE A., RUTZ W., BECH P. The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol abuse use disorder. *Nord J Psychiatry* 2002; 56 (4): 265-271

8 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

5-HIES	5-Hydroxyindolessigsäure
α	Signifikanzniveau
Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition
EPAQ	Extended Personal Attributes Questionnaire
et al.	et alteri
GEPAQ	German Extended Personal Attributes Questionnaire
GEPAQ-Typen	Geschlechtsrollenorientierungen nach dem German Extended Personal Attributes Questionnaire
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	International Classification of Diseases 10th revision
LMU	Ludwig- Maximilians- Universität München
n	Fallzahl
p	p-Wert
S.	Seite
SCL	Symptom Checklist
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SeCA depression	Depressionstyp, von van Praag als eine durch Stress herbeigeführte, Cortisol-induzierte, mit Serotonin zusammenhängende und durch Angst oder Aggression getriggerte Depression beschrieben
Sig.	Signifikanz
sog.	so genannt
Tab.	Tabelle
TdW	Typologie der Wünsche
u.a.	unter anderem
Vgl.	Vergleiche
WHO	World Health Organization
WHO-5	aus fünf Items bestehende deutsche Version des Selbsteinschätzungstests der World Health Organization zum allgemeinen Wohlbefinden (Well-Being Scale)
z.B.	zum Beispiel
Zit. nach	Zitat nach

9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb.1: Modell der psychischen Androgynie (nach Siegrist & Möller-Leimkühler, 2003)	10
Abb.2: Einteilung affektiver Störungen (nach Laux, 2001)	14
Abb.3: Häufigkeit typischer Depressionssymptome (aus Laux, 2001; S.82).....	16
Abb.4: Häufigkeitsverteilung: Summenscores der positiven Maskulinitätsskala	37
Abb.5: Häufigkeitsverteilung: Summenscores der negativen Maskulinitätsskala.....	37
Abb.6: Häufigkeitsverteilung: Summenscores der positiven Femininitätsskala	38
Abb.7: Häufigkeitsverteilung: Summenscores der negativen Femininitätsskala	38
Abb.8: Prozentuale Verteilung der GEPAQ-Typen (n = 1004)	39
Abb.9: Häufigkeitsverteilung: Wohlbefinden nach WHO-5	40
Abb.10: Prozentuale Verteilung des Depressionsrisikos nach WHO-5	40
Abb.11: Häufigkeitsverteilung: Summenscores der Gotland Male Depression Scale	41
Abb.12: Mittelwerte der einzelnen Items der Gotland Male Depression Scale	42
Abb.13: Häufigkeitsverteilung: Hilfesuchverhalten bei psychischem Problem	45
Abb.14: Häufigkeitsverteilung: kategorisiertes Hilfesuchverhalten bei psychischem Problem	46
Abb.15: Häufigkeitsverteilung: Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit	47
Abb.16: Häufigkeitsverteilung: Zufriedenheit mit der physischen Gesundheit	48
Abb.17: Geschlechtsrollenorientierung in der untersuchten Stichprobe 2003 und des alters- angepassten männlichen Anteils einer Bevölkerungsstichprobe der BRD 1997 (TdW)	77
Abb.18: Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Depressionsrisiko ...	82

10 TABELLENVERZEICHNIS

Tab.1: Positives versus negatives (Wohl-)Befinden (nach Bech, 2000)	12
Tab.2: Internationale Klassifikation von affektiven Störungen (aus Laux, 2001; S.77)	15
Tab.3: Auszug von Studien, die von den üblichen Depressionsprävalenzraten für Frauen und Männer abweichen (nach Cochran & Rabinowitz, 2000).....	18
Tab.4: Das männliche depressive Syndrom (nach Wålinder & Rutz, 2001)	21
Tab.5: Die Gotland Male Depression Scale (in Klammern sind die Itemnummern des Fragenbogens angegeben) (nach Bech et al., 2001).....	32
Tab.6: Häufigkeitsverteilung: Kategorien der Gotland Male Depression Scale.....	42
Tab.7: Häufigkeitsverteilung: Hilfesuchverhalten in psychischen Konfliktsituationen	44
Tab.8: Häufigkeitsverteilung: kategorisiertes Hilfesuchverhalten	46
Tab.9: Häufigkeitsverteilung: Arztkonsultation aus nichtseelischen Gründen	47
Tab.10: Korrelation zwischen Schulbildung und untersuchten Merkmalen	49
Tab.11: Korrelation zwischen Wohnort und untersuchten Merkmalen	50
Tab.12: Mittelwerte des Wohlbefindens für GEPAQ-Typen	50
Tab.13: Nachweis des unterschiedlichen Wohlbefindens für GEPAQ-Gruppen (Varianzanalyse ANOVA).....	51
Tab.14: Nachweis des unterschiedlichen Wohlbefindens bei Gegenüberstellung der einzelnen GEPAQ-Typen (Bonferroni-Test).....	52
Tab. 15: Korrelation zwischen Wohlbefinden und Ausprägung von Maskulinität und Femininität.....	53
Tab. 16: Häufigkeitsverteilung: Depressionsrisiko nach WHO-5 der GEPAQ-Typen	54
Tab. 17: Signifikanznachweis des Depressionsrisikos nach WHO-5 für GEPAQ-Typen (Chi ² -Test).....	54
Tab.18: Gruppierte Mediane der Gotland Male Depression Scale für GEPAQ-Typen	55
Tab.19: Nachweis der unterschiedlichen Depressionsneigung für GEPAQ-Typen (H-Test nach Kruskal und Wallis).....	56
Tab.20: Signifikanznachweis der unterschiedlichen Depressionsneigung der gegenübergestellten GEPAQ-Typen (U-Tests nach Mann und Whitney)	56
Tab.21: Häufigkeitsverteilung: Prävalenz von Depressionsanzeichen der GEPAQ-Typen ...	57
Tab.22: Signifikanznachweis der unterschiedlichen Prävalenz von Depressionsanzeichen für GEPAQ-Typen (Chi ² -Test).....	58
Tab.23: Korrelation zwischen Depressionsneigung und Ausprägung von Maskulinität und Femininität	59
Tab.24: Häufigkeitsverteilung: Depressionsrisiko nach WHO-5 & Depressionsanzeichen nach Gotland Male Depression Scale	60

Tab.25: Signifikanznachweis der Prävalenz von Depressionsanzeichen und Depressionsrisiko (Chi ² -Test).....	60
Tab.26: Häufigkeitsverteilung: Hilfesuchverhalten der verschiedenen GEPAQ-Typen.....	62
Tab.27: Signifikanznachweis des unterschiedlichen Hilfesuchverhaltens in Konfliktsituationen für GEPAQ-Typen (Chi ² -Test).....	63
Tab.28: Häufigkeitsverteilung: Hilfesuchverhalten der GEPAQ-Typen, nur unter Einbeziehung der Fälle mit psychischen Problemen.....	64
Tab.29: Signifikanznachweis des unterschiedlichen Hilfesuchverhaltens für GEPAQ-Typen bei Probanden mit psychischen Problemen (Chi ² -Test).....	65
Tab.30: Häufigkeitsverteilung: kategorisiertes Hilfesuchverhalten der GEPAQ-Typen.....	66
Tab.31: Signifikanznachweis des unterschiedlichen kategorisierten Hilfesuchverhaltens für GEPAQ-Typen (Chi ² -Test).....	67
Tab.32: Häufigkeitsverteilung: kategorisiertes Hilfesuchverhalten bei vorhandenem psychischem Problem der GEPAQ-Typen.....	68
Tab.33: Signifikanznachweis des unterschiedlichen, kategorisierten Hilfesuchverhaltens bei psychischem Problem für GEPAQ-Typen (Chi ² -Test).....	68
Tab.34: Häufigkeitsverteilung: Arztkonsultation aus nichtseelischen Gründen der GEPAQ-Typen.....	69
Tab.35: Signifikanznachweis des unterschiedlichen Umgangs mit Arztkonsultationen aus nichtseelischen Gründen für GEPAQ-Typen (Chi ² -Test).....	70
Tab.36: Gruppierte Mediane der Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit für GEPAQ-Typen.....	71
Tab.37: Nachweis der unterschiedlichen Zufriedenheit mit der psychischen und physischen Gesundheit für GEPAQ-Typen (H-Test nach Kruskal und Wallis).....	71
Tab.38: Signifikanznachweis der unterschiedlichen Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit der gegenübergestellten GEPAQ-Typen (U-Tests nach Mann und Whitney)	72
Tab.39: Signifikanznachweis der unterschiedlichen Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit der gegenübergestellten GEPAQ-Typen (U-Tests nach Mann und Whitney)	73
Tab.40: Korrelation zwischen Zufriedenheit mit der psychischen Gesundheit und Ausprägung von Maskulinität beziehungsweise Femininität.....	74
Tab.41: Korrelation zwischen Zufriedenheit mit der physischen Gesundheit und Ausprägung von Maskulinität und Femininität.....	74
Tab.42: Allgemeines Wohlbefinden der Männer dieser Stichprobe im Vergleich zu nicht-klinischen und klinischen Stichproben (nach WHO-5).....	79

11 ANHANG

FRAGEBÖGEN

Anonyme Befragung von Männern der Altersgruppe 18-21 Jahre im Rahmen einer Untersuchung der Universität München

Sehr geehrter Herr,

Stress ist eine zunehmende Erfahrung in unserer Gesellschaft, mit der jeder Einzelne zurechtkommen muß. An der Ludwig-Maximilians-Universität München wird eine Untersuchung durchgeführt, die das persönliche Befinden, die Selbsteinschätzung und die Stresserfahrung bei verschiedenen sozialen Gruppen ermitteln will.

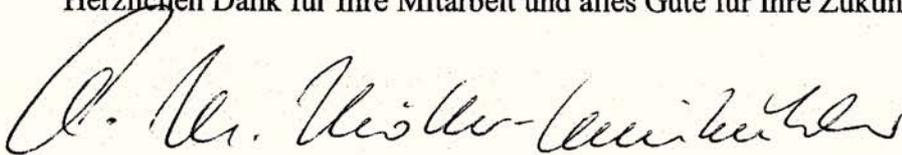
Diese Untersuchung ist völlig unabhängig von Ihrer Musterung und vom Kreiswehrrersatzamt und hat keinerlei Einfluß auf das Musterungsergebnis.

Die Befragung ist freiwillig und anonym. Rückschlüsse auf die Person sind nicht möglich. Ihre Angaben werden wissenschaftlich ausgewertet.

Für die Befragung von jungen Männern haben wir diesen Weg gewählt, weil bei der Musterung relativ schnell und einfach eine große Zahl von jungen Männern angesprochen werden kann. Nochmal: es besteht kein Zusammenhang mit der Musterung selbst!

Ich würde mich freuen, wenn Sie bereit wären, diese kurzen Fragebögen **offen und ehrlich** auszufüllen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und alles Gute für Ihre Zukunft!



Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler

Machen Sie bitte zunächst einige Angaben zu Ihrer Person:

Wie alt sind Sie? (Bitte unbedingt angeben!) _____

Welche Schulbildung haben Sie?

- Grund-/Hauptschule ohne Abschluß
- Grund-/Hauptschule mit Abschluß
- Mittlere Reife/Fachschulabschluß
- Abitur/Fachabitur

Wie ist der jetzige Stand Ihrer Ausbildung?

- Schüler
- Auszubildender (Lehre)
- Student
- arbeitslos

Wo leben Sie?

- In einem Dorf
- In einer Kleinstadt
(5.000-20.000 Einwohner)
- In einer Großstadt

Auf den nächsten zwei Seiten folgen Fragen zur **Selbsteinschätzung**.
Bitte beantworten Sie diese folgendermaßen:

Beispiel:

Ich halte mich für

nicht sportlich A...B...C...D...E...F sehr sportlich.

Je nachdem, für wie sportlich Sie sich halten, wählen Sie den Buchstaben, der Sie am besten beschreibt.

Falls Sie sich für sehr sportlich halten, kreuzen Sie **F** an.

(Bitte wählen Sie immer nur einen Buchstaben aus!)

Ich halte mich für...

1.	nicht aggressiv	A...B...C...D...E...F	sehr aggressiv
2.	sehr weinerlich	A...B...C...D...E...F	nicht weinerlich
3.	nicht unabhängig	A...B...C...D...E...F	völlig unabhängig
4.	nicht arrogant	A...B...C...D...E...F	sehr arrogant
5.	nicht gefühlsbetont	A...B...C...D...E...F	sehr gefühlsbetont
6.	sehr unterordnend	A...B...C...D...E...F	nicht unterordnend
7.	sehr prahlerisch	A...B...C...D...E...F	nicht prahlerisch
8.	nicht erregbar in einer Krise	A...B...C...D...E...F	sehr erregbar in einer Krise
9.	sehr passiv	A...B...C...D...E...F	sehr aktiv
10.	nicht überheblich	A...B...C...D...E...F	sehr überheblich
11.	fähig, auf andere einzugehen	A...B...C...D...E...F	völlig unfähig, auf andere einzugehen
12.	nicht zu meinen Ansichten stehend	A...B...C...D...E...F	zu meinen Ansichten stehend
13.	sehr rauh	A...B...C...D...E...F	sehr zart
14.	nicht klagsam	A...B...C...D...E...F	sehr klagsam
15.	nicht hilfreich gegenüber anderen	A...B...C...D...E...F	sehr hilfreich gegenüber anderen
16.	nicht wettbewerbsorientiert	A...B...C...D...E...F	sehr wettbewerbsorientiert
17.	anderen gegenüber unterordnend	A...B...C...D...E...F	anderen gegenüber nie unterordnend
18.	sehr häuslich	A...B...C...D...E...F	sehr weltzugewandt
19.	sehr gierig	A...B...C...D...E...F	nicht gierig
20.	sehr unfreundlich	A...B...C...D...E...F	sehr freundlich
21.	uninteressiert an der Billigung durch andere	A...B...C...D...E...F	der Billigung durch andere sehr bedürftig

22.	sehr diktatorisch	A....B....C....D....E....F	nicht diktatorisch
23.	in Gefühlsdingen nicht verletztlich	A....B....C....D....E....F	in Gefühlsdingen leicht verletztlich
24.	nicht nörglerisch	A....B....C....D....E....F	sehr nörglerisch
25.	der Gefühle anderer nicht bewußt	A....B....C....D....E....F	der Gefühle anderer sehr bewußt
26.	sehr entscheidungsfreudig	A....B....C....D....E....F	nicht entscheidungsfreudig
27.	sehr nervös	A....B....C....D....E....F	nicht nervös
28.	leicht aufgebend	A....B....C....D....E....F	nicht leicht aufgebend
29.	sehr zynisch	A....B....C....D....E....F	nicht zynisch
30.	nicht leicht in Tränen ausbrechend	A....B....C....D....E....F	leicht in Tränen ausbrechend
31.	nicht selbstsicher	A....B....C....D....E....F	sehr selbstsicher
32.	nicht nur mich selbst bedacht; mich an Grundsätze haltend	A....B....C....D....E....F	nur auf mich selbst bedacht, mich nicht an Grundsätzen haltend
33.	unterlegen	A....B....C....D....E....F	überlegen
34.	nicht feindselig	A....B....C....D....E....F	sehr feindselig
35.	nicht verständnisvoll gegenüber anderen	A....B....C....D....E....F	sehr verständnisvoll anderen gegenüber
36.	sehr kühl in Beziehungen zu anderen	A....B....C....D....E....F	sehr herzlich in Beziehungen zu anderen
37.	sehr unterwürfig	A....B....C....D....E....F	nicht unterwürfig
38.	wenig sicherheitsbedürftig	A....B....C....D....E....F	stark sicherheitsbedürftig
39.	nicht leichtgläubig	A....B....C....D....E....F	sehr leichtgläubig
40.	nicht fähig, Druck standzuhalten	A....B....C....D....E....F	fähig, Druck gut standzuhalten

Die nächsten fünf Fragen betreffen Ihr Wohlbefinden *in den letzten 2 Wochen*.

In den letzten zwei Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und Zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune						
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt						
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt						
... hab ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt						
... war mein Alltag voller Dinge die mich interessieren						

Ist Ihnen selber oder sonst jemandem *in den letzten 4 Wochen* aufgefallen, dass Sie sich anders als sonst verhalten, und wenn ja, wie?

	überhaupt nicht	etwas	ziemlich	stimmt genau
1. Fühlen Sie sich stärker gestresst als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie leichter gereizt und können Sie sich schlechter beherrschen als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fühlen Sie sich ausgebrannt und leer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlen Sie sich häufig müde, ohne dass Sie wissen, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fühlen Sie sich unruhig, frustriert oder irritiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Können Sie schlecht einschlafen, schlafen Sie zu viel oder zu wenig, oder wachen Sie zu früh auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie besonders morgens ein Gefühl von Unruhe, Angst oder Unwohlsein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Trinken Sie viel mehr Alkohol oder nehmen Sie Beruhigungsmittel, arbeiten Sie viel mehr oder treiben viel mehr Sport als sonst oder essen zu wenig oder zu viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hat sich Ihr Verhalten so geändert, dass Sie sich oder anderen fremd vorkommen, und dass es schwer ist, mit Ihnen auszukommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fühlen Sie sich oder halten andere Sie für niedergeschlagen und alles negativ sehend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ist Ihnen oder anderen aufgefallen, dass Sie stärker als sonst zu Selbstmitleid und zu häufigem Klagen neigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gibt es in Ihrer Familie Hinweise auf Alkoholmissbrauch, Depression, Selbstmordversuche, oder ein risikoorientiertes Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie abschließend noch folgende Fragen. Kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an.

1. Haben Sie *im letzten Jahr* ein Sie belastendes psychisches Problem gehabt und gedacht, daß Sie professionelle Hilfe (Arzt, Psychologe, Beratungsstelle etc.) in Anspruch nehmen sollten, um es besser lösen zu können?

Ja, und ich habe auch professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

Ja, aber ich habe dann doch keine professionelle Hilfe gesucht.

Ja, aber ich habe keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen, sondern Hilfe bei meiner Familie und/oder im Freundeskreis gesucht.

Ja, ich hatte/habe ein psychisches Problem, aber ich glaube nicht, daß ich dafür professionelle Hilfe gebraucht habe/ brauche.

Ja, aber mein Problem war nicht schwer genug, um professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Ja, ich hatte/habe ein mich belastendes psychisches Problem, habe aber bisher noch mit niemandem darüber gesprochen.

Nein, ich hatte kein psychisches Problem.

2. Waren Sie aus anderen gesundheitlichen Gründen im letzten Jahr bei einem Arzt?

ja

nein

3. Wie zufrieden waren Sie im letzten Jahr mit Ihrer psychischen Gesundheit?

völlig unzufrieden

unzufrieden

eher unzufrieden

weder noch

eher zufrieden

zufrieden

völlig zufrieden

4. Wie zufrieden waren Sie im letzten Jahr mit Ihrer körperlichen Gesundheit?

völlig unzufrieden

unzufrieden

eher unzufrieden

weder noch

eher zufrieden

zufrieden

völlig zufrieden

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Name Julia Barbara Heller
Geburtsdatum /-ort 21. April 1980, Gräfelfing
Familienstand Ledig

Berufliche Tätigkeiten

10/2006 – 10/2007 Gynäkologie und Geburtshilfe, Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg
Seit 12/2007 Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinikum Dritter Orden, München - Nymphenburg

Publikationen

- *Subjective well-being and „male depression“ in male adolescents.*
Möller-Leimkühler A. M., Heller J., Paulus N.-C.
J Affect Disord 2007; 98: 65-72
- *Male Depression in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer: Risiko und Symptome.*
Möller-Leimkühler A. M., Heller J., Paulus N.-C.
Nervenarzt 2007; 78: 641-650
- *Geschlechtsrollen-orientierung, Risiko einer Male Depression und Hilfesuchverhalten bei jungen Männern.*
Möller-Leimkühler A. M., Heller J., Paulus N.-C.
Psychiatr Prax 2007; Supplement 1: 173-175

Praktische Tätigkeiten während des Studiums

Praktisches Jahr

11/2005 - 03/2006 Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universität München – Innenstadt (LMU)
08/2005 - 11/2005 Chirurgie, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Université catholique de Louvain, Brüssel, Belgien
04/2005 - 08/2005 Innere Medizin, Städtisches Klinikum München-Harlaching

Famulaturen und Praktika

- 02/2004 - 03/2004 Innere Medizin, Bangalore-Baptist Hospital, Bangalore, Indien
- 09/2003 - 10/2003 Gynäkologie und Geburtshilfe,
Hopital universitaire Saint-Vincent-de-Paul, Paris
- 02/2003 - 03/2003 Gynäkologie und Geburtshilfe (Praxisfamulatur), Dr. Staudinger und
Kollegen
- 02/2002 - 03/2002 Anästhesie, Kreiskrankenhaus München- Pasing
- 03/2000 - 05/2000 Gynäkologie und Geburtshilfe (Krankenpflegepraktikum),
Universtitätsklinikum München-Großhadern (LMU)

Akademische Daten

- 1986-1990 Grundschule Neuried
- 1990-1999 Feodor-Lynen-Gymnasium, Planegg
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
- 1999-2006 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität
München (LMU)
Abschluss: Staatsexamen
- 2006 Approbation als Ärztin