

Hochschule Düsseldorf
- Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften -

Bachelor-Thesis zum Thema

Geschlechtsspezifische Aspekte einer Depression

Erstprüferin:

Prof. Dr. Susanne Hagen

Zweitprüferin:

Prof. Dr. Daniela Haarhuis

vorgelegt von:

Antonia Kautz

Matrikelnummer XXXXXXXXXX

BA Sozialarbeit / Sozialpädagogik

WS 2020/2021

Düsseldorf, 08.12.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Depression	3
2.1 Epidemiologie	4
2.2 Symptomatik	6
2.3 ICD 10	8
2.4 DSM-V	10
2.5 Screeninginstrumente	12
2.5.1 Allgemeine Depressionsskala (ADS)	13
2.6 Geschlechtsspezifische Aspekte	15
2.6.1 Unter- und Überdiagnostizierung von Männern und Frauen	17
3. Geschlechterstereotypen und Geschlechterrollen	19
3.1 Begriffserklärung	19
3.2 Biologische Faktoren	21
3.3 Soziologische Faktoren	22
3.4 Geschlechterrollen	23
3.5 Geschlechtstypisches Verhalten	25
4. Konstrukt der männlichen Depression	27
4.1 Spezifische Symptomatik	29
4.1.1 Internalisierende und externalisierende Symptome	31
4.2 Gendersensitive Screeninginstrumente	32
4.2.1 Gotland Male Depression Scale (GMDS)	32
4.2.2 Male Depression Risk Scale (MDRS)	34
4.2.3 Male Symptoms Scale (MSS)	35
4.2.4 Gender Inclusive Depression Scale (GIDS)	36
5. Einfluss der gendersensitiven Screeninginstrumente auf die Diagnose von Depressionen bei Männern	37
5.1 Geschlechtsunterschiede bei der Diagnose einer männlichen Depression	39
5.2 Symptomhäufigkeit	40
5.3 Kritik an gendersensitiven Screeninginstrumenten	44
6. Ergebnisinterpretation	45
7. Fazit	51
Literaturverzeichnis	54
Abbildungsverzeichnis	58

1. Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt die Zahl der an Depressionen erkrankten Menschen in der EU auf 40 Mio. (WHO 2017). Bei rund 448 Mio. Einwohnern¹ lässt sich errechnen, dass mindestens jede 11. Person alleine im Jahr 2017 an Depressionen erkrankt war. Diese erschreckend hohen Zahlen machen die Aktualität des Themas deutlich. Bedenkt man nun, dass laut Wolf mindestens 75% der schweren Depressionserkrankungen unzureichend therapiert werden, unterstreicht dies den dringenden Handlungsbedarf. Scherr (2016) spricht im Zusammenhang mit Depressionen bereits von einer weit verbreiteten Volkskrankheit (Scherr 2016, S. 65, S. 65). Hinzu kommt, dass die unipolare Depression als der Hauptgrund für Suizid anzusehen ist (Ferrari et al. 2014, S. 1). Schätzungen zur Folge stehen zwischen 60 und 90 % der Suizide in direktem Zusammenhang zu depressiven Erkrankungen (Stoppe 2008, S. 407). Bei näherer Betrachtung der Suizidrate fällt ein großer Unterschied zwischen den Geschlechtern auf. Aktuelle Zahlen des Bundesministeriums für Arbeit belegen 22,7 Fälle von männlichen Suizidopfern pro 100.000 Einwohnern, die 6,6 weiblichen Suizidopfern pro 100.000 Einwohnern gegenüberstehen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, S. 34). Diesen Zahlen steht die Tatsache gegenüber, dass die Lebenszeitprävalenz von Depressionen bei Frauen im Vergleich zu Männern um ein zwei- bis dreifaches erhöht ist. Im Jahre 2016 lag die Lebenszeitprävalenz von Frauen bei 26 % und die der Männer bei 12 % (ebd.). Im Hinblick auf die stark erhöhten Fallzahlen von Suiziden bei Männern und die deutlich niedrigeren Prävalenzen von Depressionen, stellt sich die Frage, wie dieses Ungleichgewicht zustande kommt, wo doch bewiesen ist, dass der Großteil der Suizidfälle auf Depressionen zurückzuführen ist. In der Wissenschaft gibt es seit neuestem immer mehr Bestreben, diese Gegensätzlichkeit aufzuklären. Jedoch wird der Genderperspektive in wissenschaftlichen Studien bislang noch nicht ausreichend Beachtung geschenkt. Erste Versuche das Geschlechterparadoxon zu erklären, verwiesen auf eine hohe Dunkelziffer von depressiven Männern (Möller-Leimkühler 2019, S. 140). Die Tatsache, dass keine oder unzureichende Behandlung von Depressionen das größte Risiko für einen Suizid darstellen, untermauern diese These (Scherr 2016, S. 93).

Hinsichtlich der hohen Dunkelziffer von depressiven Männern drängt sich die Frage nach Geschlechterunterschieden von depressiven Störungen auf. Die unterschiedliche

¹ Zwecks besserer Lesbarkeit wird in dieser Arbeit ausschließlich die männliche Form verwendet, wobei hiermit immer alle Geschlechter gemeint sind.

Ausprägung der Erkrankung bei Männern und Frauen könnte ein Grund für die hohen Dinkelziffern sein. Bereits 2007 versucht Möller-Leimkühler zu differenzieren: "Aus soziologischer Perspektive erscheinen 3 Faktoren wesentlich: mangelnde Hilfesuche, dysfunktionale Stressverarbeitungsmuster und ein „gender bias“ in der Depressionsdiagnostik." (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 641). Ein besonderer Fokus wurde in den vergangenen Jahren auf die Depressionsdiagnostik gelegt, wodurch der Begriff "männliche Depression²" etabliert wurde. Verschiedene Studien versuchten zu untersuchen, ob eine gendersensitive Depressionsdiagnostik die Prävalenzen von Männern anheben kann. Jedoch wurde dies bislang nur sehr unzureichend wissenschaftlich untersucht (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 642). Da sich aufgrund der hohen Suizidraten von Männern, die Dringlichkeit des Themas verdeutlichen lässt, soll diese Arbeit folgende Fragestellungen beantworten:

- Gibt es eine männliche Depression?
- Können spezifische Screeninginstrumente bei der Diagnose von Depressionen bei Männern helfen?

Ziel muss es sein, die Suizidraten nachhaltig zu senken, was einen kritischen Blick auf die Geschlechterperspektive sowie die Depressionsdiagnostik unumgänglich macht.

In den folgenden Arbeitsschritten sollen die Fragestellungen wissenschaftlich erarbeitet werden:

Im zweiten Teil wird zunächst das Krankheitsbild der Depression näher erläutert. Wichtige epidemiologische Fakten sowie typische Symptommuster sollen zu Beginn in die Thematik einleiten. Durch die Vorstellung ausgewählter Screeninginstrumente wird exemplarisch die Depressionsdiagnostik dargelegt. Um zum nächsten Arbeitsschritt überzuleiten, werden folglich Geschlechterunterschiede innerhalb des Krankheitsbildes und in der Diagnostik vorgestellt.

Im dritten Schritt werden verschiedene Geschlechterstereotypen erarbeitet. Sowohl biologische als auch soziologische Faktoren, welche die Genderrollen und spezifische Verhaltensweisen beeinflussen, werden aufgezeigt.

Im vierten Teil der Arbeit wird das Konstrukt der „männlichen Depression“ erarbeitet. Nachdem die vorherigen Kapitel einen thematischen Einstieg gegeben haben, beginnt nun der wesentliche Arbeitsschritt für die Beantwortung der ersten Fragestellung. Anhand von

² Anstelle des Begriffes „männliche Depression“ haben sich auch Begriffe wie „male depression“ oder „Männerdepression“ etabliert. Alle drei Begriffe beschreiben jedoch dasselbe Konstrukt.

Fachliteratur werden mögliche Symptommuster der männlichen Depression präsentiert. Hierbei liegt der besondere Fokus auf der Herausarbeitung von internalisierenden und externalisierenden Symptomen. Zudem werden die ersten geschlechtsneutralen Screeninginstrumente unter Berücksichtigung ihrer Entstehung und ihrer Anwendung vorgestellt.

Im fünften Abschnitt soll die Validität, der in Teil vier vorgestellten Screeninginstrumente, überprüft werden. Hierzu werden Messwerte aus standardisierten Screeninginstrumenten zum Vergleich herangezogen. Die Überprüfung der Prävalenzraten von depressiven Männern, welche mit gendersensitiven Screeninginstrumenten diagnostiziert wurden, gibt Aufschluss über die Wirksamkeit ebendieser.

Der sechste Teil dieser Arbeit beinhaltet die Diskussion. In diesem Teil werden die zuvor vorgestellten Ergebnisse auf der Meta-Ebene analysiert und beurteilt. Die gewonnenen Erkenntnisse werden hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Forschungsfrage dargelegt. Ebenfalls sollen der weitere Forschungsbedarf sowie offengebliebene Fragen diskutiert werden.

Im siebten Kapitel soll abschließend ein Fazit gezogen werden, welches die Fragestellung beantwortet und wichtige Erkenntnisse der Arbeit zum Schluss noch einmal aufzeigt.

2. Depression

Depressionen zählen mittlerweile zu den wichtigsten psychischen Erkrankungen. Besonders aufgrund ihrer vielen möglichen Komplikationen steht die Erkrankung in einigen Ländern bereits an erster Stelle der allgemeinen Krankheitslast (WHO 2008, S. 43). In den Diagnosemanualen werden Depressionen unter der Kategorie der affektiven Störungen und hierbei speziell unter den primär affektiven Störungen eingeordnet. Allgemein kann somit gesagt werden, dass betroffene Personen auf emotionaler, kognitiver, sowie somatischer Ebene von ihr beeinflusst werden. Hieraus ergeben sich auch eine Vielzahl von unterschiedlichen Folgen dieser Erkrankung (Scherr 2016, S. 67). So stellen Depressionen beispielsweise den entscheidendsten Risikofaktor für Suizide dar. Die erschreckend hohen Zahlen von Suizidversuchen, sowie erfolgreichen Suiziden, verdeutlichen die Bedrohlichkeit dieser affektiven Störung (Haenel 2008, S. 10).

Um die Bedeutung der Erkrankung für unsere Gesellschaft verdeutlichen zu können, werden im Folgenden einige epidemiologische Fakten dargelegt.

2.1 Epidemiologie

Die Zahlen des Gesundheitsberichts aus dem Jahr 2019 dokumentieren fortlaufend eine hohe Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen durch depressive Symptome. Besonders depressive Episoden (F32) und rezidivierende depressive Störungen (F33) spielen eine bedeutende Rolle in Anbetracht der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahre 2018 (Techniker Krankenkasse 2019, S. 33). In diesem Jahr gab es unter den 5,16 Mio. Erwerbstätigen, welche bei der TK versichert waren, 65.569 Fälle von depressiv erkrankten Menschen (Techniker Krankenkasse 2019, S. 6, 63). Pro Krankheitsfall wurden im Durchschnitt 59 Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnet. Damit sind depressive Episoden auf dem dritten Platz der häufigsten Gründe für eine AU-Bescheinigung. Insgesamt waren im Jahr 2018 4,76 % aller AU-Tage aufgrund von depressiven Episoden ausgestellt. Im Vergleich dazu waren lediglich 1,42 % der Tage auf diverse Viruserkrankungen zurückzuführen (Techniker Krankenkasse 2019, S. 63).

Im Hinblick auf die Prävalenzrate lässt sich zudem eine eindeutige Entwicklung in den letzten Jahren feststellen. So schätzen Busch et al. in ihrer Publikation aus dem Jahre 2013 die Lebenszeitprävalenz einer Depression in Deutschland auf 11,6 % (Busch et al. 2013, S. 735). Im Depressionsbericht aus dem Jahre 2016 wird hingegen bereits von einer Lebenszeitprävalenz von 12 % bei Männern und 26 % bei Frauen berichtet (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, S. 34). Aktuell geht man sogar von einer Lebenszeitprävalenz von 17 – 40 % aus (Schweiger et al. 2018, S. 654). Depressionen gehören damit zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Laut der WHO erkrankten im Jahre 2017 europaweit etwa 40 Mio. Menschen an Depressionen (WHO 2017). Damit zählt die Depression zu der Krankheit, die europaweit am meisten zur allgemeinen Krankheitslast beiträgt und kommt sogar noch vor Erkrankungen wie Demenz und Alkoholmissbrauch (Wittchen und Hoyer 2011, S. 662 f.).

Ein besonderes Augenmerk bei der Betrachtung epidemiologischer Zahlen im Hinblick auf Depressionen muss auf die Mortalitätsrate gelegt werden. An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Zahlen verschiedener Autoren teilweise voneinander abweichen, da es sich hierbei oft um Schätzungen handelt.

Bei schweren depressiven Episoden suizidieren sich 15 % der Erkrankten im Laufe ihres Lebens (Zülke et al. 2018, S. 3). Die Zahl der verübten Suizidversuche liegt Schätzungen zur Folge sogar bei 20-60 % (Beesdo-Baum und Wittchen 2011, S. 889). Betrachtet man Forschungsergebnisse, die die Suizidrate aller Formen von Depressionen betrachten, so

erhält man zumeist einheitliche Angaben von 4 %. Es ist damit zu rechnen, dass 60-70 % der depressiv Erkrankten im Verlauf ihrer Krankheit zumindest Suizidideen haben, während akute Suizidabsichten bei 10 % der Betroffenen zu erwarten sind (Wolfersdorf 2006, S. 288). Damit zählt die Depression weltweit zu der Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko. Betrachtet man nun die epidemiologischen Zahlen im Hinblick auf Geschlechterunterschiede, so wird deutlich, warum die Notwendigkeit besteht, mehr Forschung über Geschlechterunterschiede bei depressiven Erkrankungen zu betreiben. Möller-Leimkühler et al. (2007) erwähnen eine dreifach erhöhte Suizidrate bei Männern (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 641). Gegenteilige Trends lassen sich jedoch bei der Betrachtung der Prävalenzen finden. Während die Prävalenz depressiver Symptomatiken bei Frauen bei 8,3 % liegt, erkranken nur 4,5 % der Männer. Diese Gegensätzlichkeit gilt es näher zu untersuchen, was in Abschnitt 2.4 dieser Arbeit geschieht.

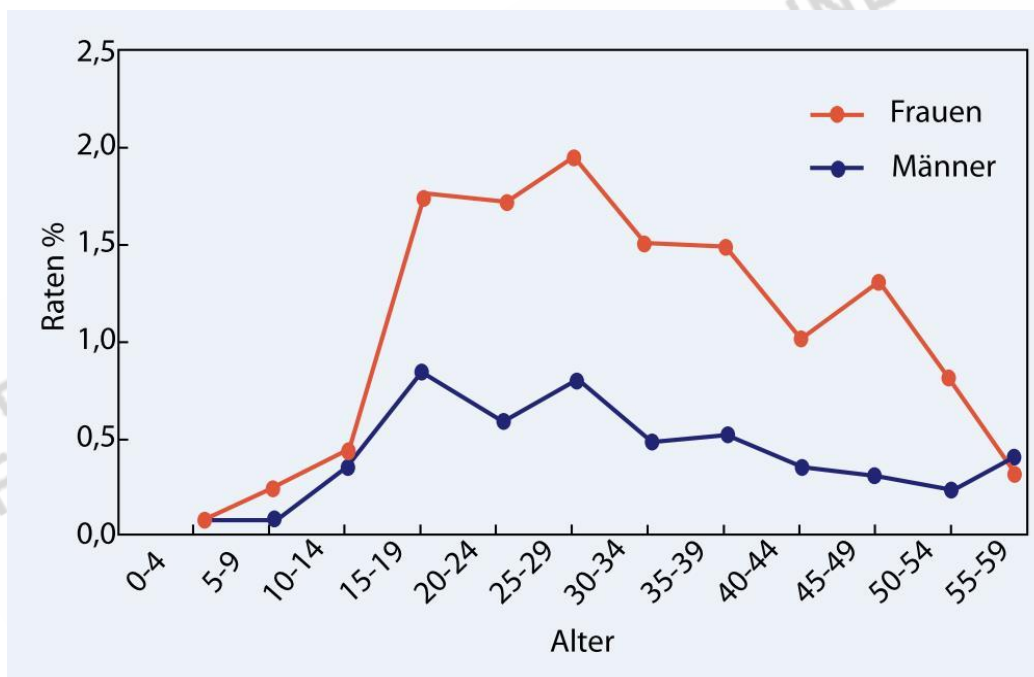


Abbildung 1: Depressionsrate nach Alter und Geschlecht (Möller-Leimkühler 2008, S. 383)

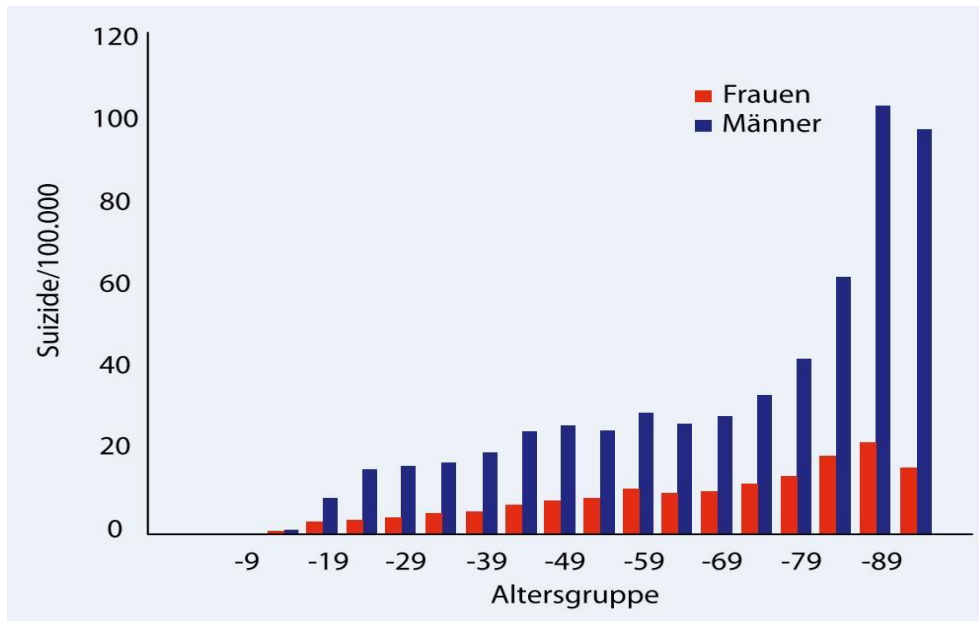


Abbildung 2: Suizidrate nach Altersgruppen und Geschlecht (Möller-Leimkühler 2008, S. 383)

Die Abbildungen 1 und 2 erlauben nochmals eine nähere Betrachtung der Depressions- sowie der Suizidrate. Zusätzlich lässt sich anhand dieser das Ausmaß der Geschlechterunterschiede besser darstellen.

2.2 Symptomatik

Die Unterscheidung depressiver Episoden erfolgt in erster Linie nach deren Schweregrad. Hierbei wird zwischen einer leichten, mittelschweren und einer schweren depressiven Episode differenziert. Darüber hinaus werden die symptomatischen Kriterien der Depression beurteilt (Scherr 2016, S. 66).

Die standardisierten Symptome können in verschiedene Cluster unterteilt werden. Dieses Vorgehen dient der besseren Differenzierung der Symptome und erlaubt ein übersichtlicheres Bild der Erkrankung. Einige der Symptome sind dem Cluster „emotional“ zuzuordnen. Hierzu zählen zum Beispiel Symptome wie „gedrückte Stimmung“, „Freudlosigkeit“ oder „Angst“. Diese Kategorie enthält somit in erster Linie Symptome, die von Gefühlen bestimmt werden (Deisenhammer und Hausmann 2012, S. 165).

Die zweite Kategorisierung erfolgt unter dem Titel „motivational“ und beinhaltet Symptome wie „Interessensverlust“, „Antriebsverminderung oder -steigerung“ sowie „Beeinträchtigung der Sexualität“. Hierbei geht es somit primär um Handlungsantriebe und Bedürfnisse der betroffenen Person, die sich in veränderter Ausprägung aufzeigen (ebd.).

Ebenfalls im Symptomcluster enthalten, ist die „kognitive“ Ebene. Darunter fallen Symptome wie: „verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit“ oder „negative und pessimistische Zukunftsperspektive“. Hierbei handelt es sich also um Merkmale, die die Wahrnehmung oder das Denken betreffen (ebd.)(Deisenhammer und Hausmann 2012, S. 165).

Einige Krankheitsmerkmale lassen sich auch in die Kategorie „behavioral“ einordnen, was auf Deutsch übersetzt „Verhalten“ heißt. Symptome, die mitunter das Verhalten des Betroffenen beeinflussen, werden zusätzlich in diese Kategorie eingeteilt. „Suizidgedanken oder -handlungen“ werden der „kognitiv-behavioralen“ Ebene zugeordnet und „Aktivitätseinschränkungen“ der „motivational-behavioralen“(ebd.).

Die letzte Kategorie beschreibt „somatische“ Symptome einer Depression. Dabei handelt es sich um Krankheitsmerkmale, die sich auf das körperliche Wohlbefinden des Patienten auswirken. Beispiele hierfür sind „verringertes Appetit - Gewichtsabnahme“, „Schlafstörungen“ oder „erhöhte Ermüdbarkeit – Tagesmüdigkeit“ (ebd.).

Einige Symptome können nicht klar in eines der Cluster eingeordnet werden, da sie in mehr als eines hineinpassen. So werden Symptome wie „Minderwertigkeits- und Schuldgefühle“ beispielsweise der Kategorie „kognitiv-emotional“ zugeordnet (ebd.).

Die Unterteilung in „emotional“, „motivational“, „kognitiv“, „behavioral“ und „somatisch“ verdeutlicht die Komplexität des Krankheitsbildes und zeigt, wie vielfältig sie sich auf den Körper und Geist des Betroffenen auswirken kann. Symptome aus diesen Kategorien werden anhand von ärztlichen Einschätzungen hinsichtlich deren Vorhandensein und Ausprägung bewertet. Eine wichtige Voraussetzung hierbei ist das Auftreten dieser Krankheitssymptome in einer Zeit von mindestens zwei Wochen (Scherr 2016, S. 68).

Zur Erstellung einer Diagnose können zwei Klassifikationssysteme herangezogen werden. Die amerikanische Auflage stellt das DSM-V dar, welches 2013 erschien. DSM ist hierbei die Abkürzung für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (vgl. Kupfer et al. 2013, S. 1). In Deutschland wird hingegen standardmäßig das internationale Klassifikationssystem der WHO, das „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (kurz: ICD), verwendet. Beide werden in den folgenden zwei Kapiteln vorgestellt (ebd.).

Anhand dieser Klassifikationssysteme kann schlussendlich darüber entschieden werden, wer eine Diagnose für eine psychische Erkrankung erhält. Die Beurteilung anhand dieses Systems hat somit nicht nur für den Patienten eine große Bedeutung, sondern auch für

Krankenkassen, Versicherungen, Gerichtsurteile sowie für die Pharmaindustrie. Dies macht vor allem die Notwendigkeit eines solchen standardisierten diagnostischen Vorgehens deutlich (Scherr 2016, S. 68).

Langfristig ist jedoch eine Anpassung der Diagnose von Depressionen geplant. Zusätzlich zu den oben genannten Kriterien ist ein Einbezug von biologischen, genetischen sowie neuronalen Ursachen für Depressionen vorgesehen (Scherr 2016, S. 68). Dies hat jedoch bis zum heutigen Tag keine Anwendung gefunden und bedarf noch weiterer Forschung.

2.3 ICD 10

Die „International Classification of Diseases and Related Health Problems“, unter der Kurzfassung ICD-10 bekannt, ist ein internationales Klassifikationssystem der WHO. Es enthält diagnostische Kriterien für jede psychische Störung und Störungsgruppen. Zudem enthält es wichtige Hinweise zur konkreten Differenzial- und Ausschlussdiagnostik. Dies ermöglicht eine anwendungsbezogene Darstellung der Diagnosen sowie ausführliche Definitionen und Beschreibungen der einzelnen Störungen (Dilling und Freyberger 2017, S. 13).

„Depressionen werden [im ICD-10] den psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (F00-F99) und innerhalb dieser Gruppe den affektiven Störungen (F30-F39) zugeordnet“ (Scherr 2016, S. 64). Die „depressive Episode“ ist unter der Codierung F32 eingeordnet. Dies gilt es jedoch genauer zu differenzieren, da es verschiedene Ausprägungen der depressiven Episode gibt, die unter F32.0 – F32.9 zu finden sind. Es wird zunächst zwischen leichter (F32.0), mittelgradiger (F32.1) und schwerer depressiver Episode (F32.3) unterschieden. Sowohl bei der leichten, als auch bei der mittelgradigen Episode wird zusätzlich zwischen einer Erkrankung ohne somatischem Syndrom (F32.00, F32.10) und mit somatischem Syndrom (F32.01, F32.11) unterschieden (Dilling und Freyberger 2017, S. 134). Die Kriterien für ein somatisches Syndrom findet sich am Anfang des Kapitels „F32 depressive Episoden“ (ebd.). Bei der schweren depressiven Episode wird hingegen von der Existenz eines somatischen Syndroms ausgegangen, weshalb dies nicht zusätzlich aufgeführt wird. Unter der Codierung F32.3 wird eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen beschrieben. Diese wird in F32.30 und F32.31 durch das Vorhandensein von synthymen psychotischen Symptomen oder parathymen psychotischen Symptomen differenziert. Schlussendlich werden unter F32.8 sonstige

depressive Episoden und unter F32.9 nicht näher bezeichnete depressive Episoden beschrieben (Dilling und Freyberger 2017, S. 193 ff.).

Unter der Codierung F33 ist darüber hinaus die „rezidivierende Depressive Störung“ zu finden. Dieses Störungsbild kennzeichnet sich durch wiederholte depressive Episoden (F32) (Dilling und Freyberger 2017, S. 140). Aufgrund der limitierten Seitenzahl dieser Arbeit wird auf dieses Störungsbild nicht näher eingegangen.

Für alle Formen von Depressionen gibt es im ICD-10 drei grundlegende diagnostische Kriterien, die in jedem Fall erfüllt sein müssen, damit die Diagnose in Betracht gezogen werden kann. Diese sind als G1.-G3. betitelt und finden sich am Anfang des Kapitels „F32 depressive Episoden“ (Dilling und Freyberger 2017, S. 133). Das erste Hauptkriterium (G1.) besagt, dass für die Diagnose die Dauer der aufgetretenen Symptome mindestens zwei Wochen betragen muss. Eine Unterschreitung dieser Mindestdauer hätte zur Folge, dass eine Diagnose zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist. Das Kriterium G2. beinhaltet den Ausschluss von manischen und hypomanischen Episoden gemäß F30. Ebenfalls darf die depressive Episode nicht das Resultat eines Missbrauchs von psychotropen Substanzen (F1) oder einer organischen psychischen Störung (F0) sein, was unter G3. festgelegt wurde (Dilling und Freyberger 2017, S. 133).

Zwecks besserer Verdeutlichung werden anhand der Codierung F32.0 „leichte depressive Episode“ die diagnostischen Kriterien im ICD-10 exemplarisch dargestellt.

Die Kriterien für F32.0 sind in drei grundlegende Kategorien eingeteilt (A-C). Kategorie B und C verfügen darüber hinaus über mehrere Unterkategorien, von denen aber nicht alle erfüllt sein müssen, um zu der Diagnose zu gelangen.

Unter Punkt A wird das Vorhandensein aller allgemeinen Kriterien, die unter G1. bis G3. aufgelistet sind, erfragt. Sollte dies nicht der Fall sein, kann keine Depression diagnostiziert werden.

Punkt B beinhaltet drei mögliche Symptome, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen, um eine leichte depressive Episode weiter in Betracht ziehen zu können:

1. „depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend“ (Dilling und Freyberger 2017, S. 135)
2. „Interessen- und Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren“ (ebd.)

3. „verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit“ (ebd.)

Unter Kategorie C werden sieben zusätzliche Symptome aufgezählt, von denen eins oder mehrere erfüllt sein müssen. Die Summe der vorhandenen Symptome aus Punkt B und C soll vier oder fünf ergeben. Folgende Symptome sind herunter aufgelistet:

1. „Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles“ (Dilling und Freyberger 2017, S. 135 f.)
2. „unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle“ (ebd.)
3. „wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten“ (ebd.)
4. „Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit“ (ebd.)
5. „psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)“ (ebd.)
6. „Schlafstörungen jeder Art“ (ebd.)
7. „Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung“ (ebd.)

Vor der Beendigung der Diagnostik wird abschließend noch nach dem Vorliegen eines somatischen Syndroms gefragt, welches gesondert nach den spezifischen Kriterien diagnostiziert wird. Je nach Resultat dieser Diagnostik kann folglich eine leichte depressive Episode ohne (F32.00) oder mit somatischem Syndrom (F32.01) diagnostiziert werden (Dilling und Freyberger 2017, S. 136).

Die Gliederung der diagnostischen Kriterien gestaltet sich bei allen Arten von depressiven Episoden ähnlich. Der grundlegendste Unterschied besteht in der Mindestanzahl der vorhandenen Symptome. So steigert sich die Summe der gegebenen Symptome aus Punkt B und C bei einer mittelgradigen depressiven Episode auf sechs oder sieben. Darüber hinaus werden jedoch noch weitere Punkte ergänzt, wenn diese zum Beispiel zur Differenzierung von anderen psychischen Erkrankungen helfen (Dilling und Freyberger 2017, S. 135 ff.).

2.4 DSM-V

Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ ist ein Klassifikationssystem, welches in Amerika entwickelt und weltweit anerkannt ist. Die aktuelle, fünfte Auflage

erschien im Jahre 2013 und wurde ursprünglich auf Englisch verfasst. Mittlerweise gibt es jedoch auch eine übersetzte deutsche Fassung des DSM-V (Falkai et al. 2018, S. LI).

Das DSM-V ist im Allgemeinen ein deutlich umfangreicheres Diagnosemanual als das ICD-10. Es enthält detailliertere Beschreibungen der entsprechenden Störungsbilder und wichtige Hinweise für die Diagnostik. Zu Beginn des Kapitels „Depressive Störungen“ werden alle Störungsbilder aufgelistet, die dieser Gruppe zuzuordnen sind. Es folgt eine kurze Umschreibung der einzelnen Störungsbilder, damit eine erste Zuordnung der vorhandenen Symptome zu dem gesuchten Störungsbild vorgenommen werden kann (Falkai et al. 2018, S. 209). Anschließend werden die diagnostischen Kriterien der Störungsbilder detailliert aufgelistet. Wie im ICD-10 werden im DSM-V diese Kriterien in Unterpunkte gegliedert und aufgelistet. Es lassen sich hierbei jedoch vereinzelte Unterschiede in der Formulierung sowie der Menge der Kriterien feststellen.

Um einen angemessenen Vergleich herstellen zu können, wird auch hier auf die klassische „Major Depression“ eingegangen, welche im ICD-10 als „depressive Episode“ vorgestellt wurde. Auf die ausführliche Erläuterung der einzelnen Kriterien wird jedoch verzichtet, um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen und Wiederholungen vorzubeugen. Im DSM-V werden die diagnostischen Kriterien den Punkten A bis E zugeordnet. Unter Punkt A sind neun Unterpunkte aufgelistet, von denen mindestens fünf erfüllt sein müssen. Die Kriterien der Punkte A bis C definieren die depressive Episode einer Major Depression, während unter den Punkten D und E Ausschlusskriterien aufgeführt sind, welche das Vorhandensein einer Major Depression widerlegen würden (Falkai et al. 2018, S. 217 f.). Hieran anknüpfend werden noch die verschiedenen Schweregrade, sowie die Verlaufscodierungen der Major Depression vorgestellt. Die Erklärung zur Bestimmung der Schweregrade findet sich am Ende des Kapitels „Depressive Störungen“ (Falkai et al. 2018, S. 219).

Zusätzlich zu den diagnostischen Kriterien finden sich im DSM-V noch weitere Informationen zu den Störungsbildern. So werden bei der Major-Depression noch „diagnostische Merkmale“ (Falkai et al. 2018, S. 219 ff.), „zugehörige Merkmale zur Diagnosesicherung“, „Prävalenz“ (Falkai et al. 2018, S. 223), „Entwicklung und Verlauf“ (Falkai et al. 2018, S. 223 ff.), „Risiko- und prognostische Faktoren“, „Kulturelle Besonderheiten“ (Falkai et al. 2018, S. 225 f.), „geschlechtsspezifische Besonderheiten“, „Suizidrisiko“, „funktionelle Folgen der Major Depression“, „Differenzialdiagnose“ (Falkai et al. 2018, S. 226) sowie schlussendlich die „Komorbidität“ vorgestellt (Falkai et al. 2018, S. 227).

Wie aus der Aufzählung ersichtlich wurde, geht das DSM-V weit über die Aufzählung von diagnostischen Kriterien hinaus. Es gibt Aufschluss über deren Entstehung und den möglichen Verlauf der Erkrankung, wobei Faktoren wie kulturelle Einflüsse und Geschlechterunterschiede berücksichtigt werden. Außerdem kann es Fehldiagnosen besser vorbeugen, indem Differenzialdiagnosen angegeben sind, die die Abgrenzung zu psychischen Erkrankungen mit ähnlichen Symptommustern erleichtern (vgl. Falkai et al. 2018, S. 219 ff.).

2.5 Screeninginstrumente

Unter Screeninginstrumenten versteht man in der Psychiatrie und klinischen Psychologie ein vorläufiges Testverfahren zur Erkennung von psychischen Krankheiten. Es handelt sich hierbei nicht im klassischen Sinne um eine Diagnostik, sondern vielmehr um eine Voranalyse eventueller Erkrankungen. Bei positiven Befunden anhand von Screeninginstrumenten folgen also weitere diagnostische Tests zur Bestätigung oder Widerlegung dieser Ergebnisse (Stieglitz 2007, S. 178). Durch die Nutzung von Screeninginstrumenten ist zudem eine Früherkennung psychischer Erkrankungen möglich. Die Methode ist darauf ausgelegt, Personen vor dem Ausbruch der psychischen Erkrankung positiv zu identifizieren, zum anderen aber auch Patienten mit ersten Symptomen oder sogar bereits chronifizierten Symptomen zu erkennen. Die dadurch möglichst frühzeitige Erkennung der Erkrankung kann das Leiden des Patienten verringern oder sogar verhindern. Eine möglichst frühzeitige Diagnose kann den Krankheitsverlauf zudem positiv beeinflussen. Hierdurch ergibt sich auch ein ökonomischer Vorteil, da nicht- oder falsch behandelte Erkrankte hohe Kosten verursachen (ebd.).

Screeninginstrumente können sehr unterschiedlich formuliert sein und genutzt werden. Sie können in Form eines Selbstbeurteilungsbogens bis hin zu einem persönlichen Interview gestaltet werden. Um einen späteren Vergleich zu gendersensitiven Screeninginstrumenten herstellen zu können, wird im Folgenden ein gängiges Screeninginstrument zur Erkennung einer Depression vorgestellt. An dieser Stelle sei anzumerken, dass es für diesen Zweck eine Vielzahl an verschiedenen Screeningtests gibt und es keine Richtlinien gibt, welches in der Praxis zu verwenden ist. Die Wahl fiel daher vielmehr zufällig auf einen Test der große Bekanntheit erlangen konnte.

2.5.1 Allgemeine Depressionsskala (ADS)

Die „Allgemeine Depressionsskala“ ist ein Selbstbeurteilungsbogen für depressive Erkrankungen. Die aktuelle überarbeitete Version ist seit 2012 verfügbar. Die Grundlage dieser Skala basiert sowohl auf den Kriterien des ICD-10, als auch auf der „Self-rating Depression Scale“ und dem „Beck Depressionsinventar“ (Jackl 2018, S. 28). Die Allgemeine Depressionsskala verfügt über eine lange Version mit 20 Items, sowie über eine Kurzform mit 15 Items. Diese werden als ADS-L und ADS-K bezeichnet. Die Kurzform (ADS-K) wurde von der „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“, kurz CES-D, abgeleitet, die bereits 1977 entwickelt wurde (Jackl 2018, S. 27). Heute stellt die Allgemeine Depressionsskala eines der gängigsten Screeninginstrumente dar und ist Bestandteil einer Vielzahl von Studien.

Der Selbstbeurteilungsbogen wird von den Klienten selbstständig bearbeitet. Hierbei werden ihnen (in der Langform) 20 Fragen gestellt, die sie mit A „selten oder überhaupt nicht“, B „manchmal“, C „öfters“ oder D „meistens, die ganze Zeit“, beantworten können. Als Hilfestellung sind Richtwerte angegeben, die die Zuteilung zu A, B, C oder D erleichtern sollen. Bezogen auf die letzte Woche sollen die Items für A auf weniger als einen Tag, für B auf 1-2 Tage, für C auf 3-4 Tage und für D auf 5-7 Tage zutreffen (Semmler und Klumb 2004, S. 140). Die Antwort des Klienten richtet sich dabei ausschließlich auf das Vorhandensein der Symptome innerhalb der letzten Woche. Weiter zurückliegende Ereignisse oder Gefühle sollen nicht berücksichtigt werden. Für jede der Antworten werden Punkte von 0 bis 3 vergeben, die sich nach dem Depressionsrisiko richten (siehe Abb. 3). Am Ende werden alle Punkte addiert und ergeben einen Wert zwischen 0 und 60. Ab einem Wert von 16 wird von einer möglichen Depressionserkrankung ausgegangen (Clark et al. 1981, S. 172). Es wird geraten, dass sich die betroffene Person in einem solchen Fall in Behandlung begibt. Diese „Selbstdiagnose“ ist jedoch nicht immer aussagekräftig und sollte immer von einem Psychiater überprüft werden.

In Abbildung 3 ist die ADS-L mit 20 Items dargestellt. Die Items sind in der neusten Ausführung unverändert geblieben.

A = selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag) B = manchmal (1 bis 2 Tage lang) C = öfters (3 bis 4 Tage lang) D = meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)	A	B	C	D
Während der letzten Woche...				
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	0	1	2	3
2. hatte ich kaum Appetit.	0	1	2	3
3. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern	0	1	2	3
4. kam ich mir genau so gut vor wie andere.	3	2	1	0
5. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3
6. war ich deprimiert/niedergeschlagen.	0	1	2	3
7. war alles anstrengend für mich.	0	1	2	3
8. dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft.	3	2	1	0
9. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	0	1	2	3
10. hatte ich Angst.	0	1	2	3
11. habe ich schlecht geschlafen.	0	1	2	3
12. war ich fröhlich gestimmt.	3	2	1	0
13. habe ich weniger als sonst geredet.	0	1	2	3
14. fühlte ich mich einsam.	0	1	2	3
15. waren die Leute unfreundlich zu mir.	0	1	2	3
16. habe ich das Leben genossen.	3	2	1	0
17. musste ich weinen.	0	1	2	3
18. war ich traurig.	0	1	2	3
19. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.	0	1	2	3
20. konnte ich mich zu nichts aufraffen.	0	1	2	3
SUMME				

Abbildung 3: ADS-L mit 22 Items (<https://studylibde.com/doc/2194522/bin-ich-depressiv---dr.-dr.-herbert-mück>)

Anhand der Abbildung lässt sich verdeutlichen, dass sich die Items an die klassischen Symptome einer Depression anlehnen. Wie in Kapitel 2.2 dargelegt, gibt es verschiedene Arten von Symptomen, die sich in emotional, motivational, kognitiv, somatisch und behavioral untergliedern lassen. Bei genauer Betrachtung der ADS-L finden sich auch hier Items zu jeder dieser Symptomkategorien. Anhand einer beispielhaften Zuordnung lässt sich dies noch besser verdeutlichen:

Zu der Kategorie der emotionalen Symptome können beispielsweise die Items 6, 10 oder 18 zugeordnet werden. Hier wird sehr konkret nach dem emotionalen Zustand des Betroffenen gefragt, wodurch die klassischen Symptome von „Freudlosigkeit“, „gedrückter Stimmung“ oder „Angst“ herausgefiltert werden (Deisenhammer und Hausmann 2012, S. 165). Die Items 13 und 20 sind hingegen ein Beispiel für motivationale sowie auch behaviorale Symptome einer Depression. Sie lassen sich leicht mit „Antriebsverminderung“ sowie „Interessensverlust“ (ebd.) in Verbindung bringen. Auf der

kognitiven Symptomebene leiden depressiv erkrankte Menschen vermehrt unter „Konzentrationsschwierigkeiten“ und malen ein „negatives Bild ihrer Zukunft“ (ebd.). Diese Symptome sind sehr gut mit den Items 5, 8 und 9 der ADS-L vergleichbar. Weitere Symptome für Depressionen sind „Schlafstörungen“ und „Appetitlosigkeit“ (ebd.), welche sich der somatischen Ebene zuordnen lassen. Die Items 2 und 11 erfragen in Selbstbeurteilungsbogen nach genau diesen Anzeichen einer Depression (vgl. Abbildung 3).

Anhand dieser Zuordnung wird deutlich, dass es anhand der ADS-L möglich erscheint, beinahe alle klassischen Depressionssymptome zu erfragen und ein valides Ergebnis zu erzielen. Lediglich zu den Symptomen „verminderte Sexualität“ sowie „Suizidgedanken oder -handlungen“ findet sich kein passendes Item (vgl. Abbildung 3).

2.6 Geschlechtsspezifische Aspekte

Nach der Vorstellung von Depressionen als Krankheitsbild mit seinen möglichen Symptomen und diagnostischen Möglichkeiten, sind die grundlegenden Informationen gegeben, um näher auf die Fragestellung dieser Arbeit eingehen zu können. Bei den bisher noch sehr allgemein gehaltenen Informationen wurde noch nicht auf die spezifischen Aspekte zur Beantwortung der Fragestellung Bezug genommen. Im folgenden Teil der Arbeit wird nun konkret darauf hingearbeitet, weshalb besonders die Genderperspektive immer wieder in den Fokus der einzelnen Kapitel gerückt wird. Folglich wird konkret auf die geschlechtsspezifischen Aspekte einer Depression eingegangen, wobei verschiedene Inhalte aus den vorherigen Kapiteln nochmals aufgegriffen werden.

In der bisherigen psychiatrischen Forschung wurde der Genderperspektive nur wenig Bedeutung beigemessen. Die besonderen Charakteristiken psychischer Erkrankungen, die der weibliche Zyklus, eine Schwangerschaft, Geburten oder die Menopause mit sich bringen, wurden zwar ausführlich untersucht, jedoch sind eventuelle Besonderheiten einer psychischen Erkrankung bei Männern weitestgehend unerforscht geblieben (Möller-Leimkühler 2019, S. 139). Ein besonderer Fokus sollte also auch zukünftig auf die Geschlechterstereotype gelegt werden, denn sie verändern sich im Wandel der Zeit nur sehr geringfügig, wodurch sie für die Erforschung von geschlechtsspezifischen Aspekten psychischer Erkrankungen elementar sind (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 641).

Bisherige Forschungen beweisen bereits, dass das Geschlecht psychische Erkrankungen, wie auch die Depression, in vielerlei Hinsicht beeinflussen kann. Vielsagende Zahlen bezüglich der Prävalenz deuten auf einen solchen Einfluss hin. Aber auch der Verlauf der Erkrankung, die Psychopathologie sowie die Charakteristika der Symptome können je nach Geschlecht der Betroffenen stark voneinander abweichen (Afifi 2007, S. 387). Laut aktuellen Analysen zu Geschlechtsunterschieden der Prävalenzraten weisen Frauen eine erheblich höhere Rate an aktuellen depressiven Symptomen auf. Im Vergleich zu 8,3 % depressiv erkrankter Frauen, weisen nur 4,5 % der Männer selbige Symptome auf (Luck et al. 2017, S. 151). Möller-Leimkühler erfasste bereits im Jahr 2009 ähnliche Ergebnisse. Sie dokumentiert eine Lebenszeitprävalenz von 5-12 % bei Männern und 12-20 % bei Frauen, was einen doppelt so hohen Wert darstellt (Möller-Leimkühler 2009).

Im direkten Kontrast zu den Prävalenzraten steht die Suizidrate. Die Ergebnisse einer Vielzahl von Quellen besagen einheitlich, dass die Suizidrate bei Männern mindestens um ein dreifaches erhöht ist (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 641). Bedenkt man nun, „dass mehr als 90 % aller Suizide unmittelbare Folge einer psychischen Erkrankung sind [...] und räumt ein, dass nicht jeder Suizid mit Depression einhergehen muss, so unterstützt dies doch die Annahme, dass Depressionen bei Männern häufig unerkannt bleiben“ (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 641). Zudem scheinen Männer mit Depressionen ein vielfach erhöhtes Risiko für Suizide zu haben (Möller-Leimkühler 2010a, S. 14). Die Gründe hierfür können vielfältig sein.

Ergänzend zu den bisher erwähnten Geschlechtsunterschieden lassen sich auch merkliche Unterschiede bei der Komorbidität feststellen. Besonders psychische Erkrankungen aus dem ICD-10, die unter der Kategorie F1 codiert sind, treten bei depressiven Männern häufig als komorbide Erkrankung auf. Diese „psychische[n] und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10; F1) treten bei Frauen deutlich seltener in Verbindung mit Depressionen auf als bei Männern (Pieh et al. 2012, S. 283). Im Vergleich zu 24,5 % der Frauen, leiden etwa 48,1 % der Männer an komorbiden Alkoholabhängigkeiten in Zusammenhang mit Depressionen (Schuch et al. 2014, S. 156).

Alle diese bewiesenen Geschlechtsunterschiede treten auf, obwohl es keine Hinweise auf ein genetisch erhöhtes Depressionsrisiko bei Frauen gibt. Es kursierte bereits die verbreitete Annahme, dass Frauen hormonell bedingt ein höheres Depressionsrisiko mitbringen, jedoch konnte dies durch Studien, die Frauen während der Pubertät, nach der Geburt sowie vor und während der Menopause untersuchten, widerlegt werden (Kühner 2006, zitiert nach Möller-Leimkühler 2008, S. 382).

Anhand einer Bevölkerungsstudie konnten Indizien dafür gefunden werden, dass sich eine Depression geschlechtsspezifisch entwickeln kann. Die Rede ist von einem direkten Weg, der unmittelbar zur Depressionserkrankung führt und einem bei Männern häufig beobachteten „Umweg“ über Bewältigungsstrategien wie Aggressivität oder Alkoholmissbrauch (Bech 2001, zitiert nach Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 642).

Folglich gilt es zu überlegen, welche Aussagekraft die Informationen bezüglich Geschlechtsunterschieden bei Depressionen haben. Um die Gründe dieses Ungleichgewichts der Prävalenzen und Suizide näher untersuchen zu können, muss zunächst die Frage beantwortet werden, welches Geschlecht grundlegend dafür verantwortlich ist. Im folgenden Kapitel wird daher analysiert, ob von einer Überdiagnostizierung von Frauen, einer Unterdiagnostizierung von Männern oder von beidem ausgegangen werden muss.

2.6.1 Unter- und Überdiagnostizierung von Männern und Frauen

Im Falle einer Depressionserkrankung gibt es verschiedene Wege, wie Betroffene damit umgehen. In vielen Fällen kommen Bewältigungsstrategien, sogenannte Coping-Strategien, zum Einsatz, die dem Betroffenen bei dem Umgang mit der Erkrankung helfen. Diese Coping-Strategien können sich auf verschiedene Arten ausdrücken. Bei Männern wurde zum Beispiel häufig beobachtet, dass sie durch vermehrten Alkoholkonsum oder Aggressivität ein Ventil finden, um mit einer solchen Erkrankung zurechtzukommen, was ein stellvertretendes Beispiel für Coping-Strategien darstellt (Möller-Leimkühler 2008, S. 386). Dies führt unausweichlich zu einer Vielzahl von Fehldiagnosen wie beispielsweise einer Alkoholabhängigkeit. Auffallend ist, dass die klassischen Bewältigungsstrategien von Männern mit deren Geschlechtsstereotypen übereinstimmen. Empirische Analysen belegen, dass die Diagnose einer psychischen Störung am sichersten gestellt werden kann, je stärker die Symptome von der Norm des entsprechenden Geschlechts abweichen (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 641). Dies bedeutet, dass es schwieriger ist, eine Depression zu diagnostizieren, deren Symptome in abweichender Form auftreten und dabei dem spezifischen Geschlechtsstereotyp entsprechen. Eine klare Abweichung von den Geschlechternormen ist hingegen besser erkennbar und erleichtert die Diagnose. Möller-Leimkühler (2008) spricht in diesem Kontext von einer Art „Über- oder Unterfüllung“, die die Symptome deutlicher sichtbar macht. Bei „Überfüllung“ spricht man von Symptomen, die zwar dem Geschlechtsstereotyp entsprechen, jedoch in extremer

Deutlichkeit auftreten und somit aus der Norm fallen. Dies kann zum Beispiel bei Frauen durch übermäßige Ängstlichkeit oder bei Männern durch extremen sozialen Rückzug deutlich werden. Aber auch der gegenteilige Fall kann eine Diagnose erleichtern. Zeigen sich die Symptome in Form einer „Unterfüllung“, so weichen sie gänzlich von der Geschlechternorm ab. Dies kann sich bei Frauen zum Beispiel durch Aggressivität äußern und bei Männern durch Weinerlichkeit (Möller-Leimkühler 2008, S. 382). Doch was geschieht, wenn sich die Symptome so äußern, dass sie dem Geschlechtsstereotyp genau entsprechen? Die plausibelste Antwort hierauf erscheint die Unterdiagnostizierung genau dieser Betroffenen. Studien belegen, dass Männer aufgrund von abweichender Symptomausprägung signifikant häufiger somatische Diagnosen erhalten, obwohl eine Depressionserkrankung vorliegt (Zülke et al. 2018, S. 3). Es muss in einzelnen Fällen sogar davon ausgegangen werden, dass Geschlechtsstereotype unbewusst Einfluss auf die Diagnose von Männern mit Depressionen nehmen. So wird in einigen Publikationen berichtet, dass sogar bei gleicher Symptomatik bei Männern und Frauen 10-20 % mehr Männer eine somatische Diagnose bekommen als Frauen, die im Gegenteil dazu eine psychiatrische/psychosomatische Diagnose erhalten (Möller-Leimkühler 2009, S. 413).

Sowohl die Bewältigungsstrategien, die bei Männern häufiger beobachtet und oftmals zu Fehldiagnosen führen, als auch die Tatsache, dass die Symptomausprägung bei Männern dem Geschlechtsstereotyp entsprechen und somit eine Diagnose erschweren, geben Grund zur Annahme, dass eine Unterdiagnostizierung vorliegt (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 641; Möller-Leimkühler 2008, S. 386). Ob die veränderte Symptomatik bei Männern tatsächlich als solche anzusehen ist oder ob es sich hierbei primär um Coping-Strategien handelt, die das Auftreten der depressiven Symptome unterdrücken, bleibt es weiterhin zu hinterfragen. Nichtsdestotrotz weist die vorhandene Beweislage für vermehrte somatische Diagnosen bei Männern darauf hin, dass hier eine Unterdiagnostizierung vorliegt (Zülke et al. 2018, S. 3).

Dafür, dass die Prävalenzen bei Männern der Richtigkeit entsprechen, und die der Frauen zu hoch sind, wodurch bei ihnen eine Überdiagnostizierung vorliegen würde, liegen keine Beweise vor (Möller-Leimkühler 2008, S. 382). Es muss folglich davon ausgegangen werden, dass Männer in der Depressionsdiagnostik stark benachteiligt sind und es eine große Dunkelziffer von depressiv erkrankten Männern gibt. Worin hierfür genau die Gründe liegen können, soll im weiteren Verlauf der Arbeit beurteilt werden. Primär verbreitet sich die Annahme, dass Geschlechterstereotypen für eine veränderte Symptomausprägung bei Männern verantwortlich sind, was wiederum die Diagnose anhand von standardisierten Screeninginstrumenten negativ beeinflusst (Möller-Leimkühler 2008, S. 381). Um diese

Annahme beweisen zu können, ist es unumgänglich, sich die grundlegenden Unterschiede der Geschlechter näher anzuschauen. Was unterscheidet die Geschlechter wesentlich voneinander, das einen Einfluss auf die Depressionsdiagnostik haben kann? Um diese Frage klären zu können müssen Geschlechterstereotypen von Mann und Frau erarbeitet werden. Hieraus ergibt sich ein grundlegendes Verständnis über das geschlechtstypische Verhalten von Männern und Frauen was Aufschluss über spezifische Aspekte psychischen Erkrankungen wie Depressionen geben kann.

3. Geschlechterstereotypen und Geschlechterrollen

Bevor inhaltlich tiefer in das Thema eingetaucht wird, erscheint es an dieser Stelle wichtig zu erwähnen, dass alle Angaben über Männlichkeit und Weiblichkeit keinesfalls zu generalisieren sind. Die genannten Informationen treffen nicht gänzlich auf ein bestimmtes Geschlecht zu. Abweichungen sind möglich und auch nicht selten. Bei den Angaben handelt es sich lediglich um Feststellungen, die bei einer Mehrzahl von Männern oder Frauen zu finden sind (Schigl 2018, S. 32). Es konnte sogar nachgewiesen werden, dass sich Eigenschaften und Handlungsausprägungen innerhalb der Geschlechter viel mehr voneinander unterscheiden als zwischen den Geschlechtern (Schigl 2018, S. 41). „Der Grad der Differenz bei den als ‚typisch weiblich‘ oder ‚typisch männlich‘ konnotierten Umgehens- oder Erlebensformen variiert beträchtlich und ist abhängig von der untersuchten Situation.“ (Schigl 2018, S. 41). Dies bedeutet, dass die Folgenden Informationen keineswegs verallgemeinert werden dürfen und stets individuell zu betrachten sind.

3.1 Begriffserklärung

Um vorab einen Überblick über Begrifflichkeiten zu bekommen, die in diesem Kapitel immer wieder auftauchen werden, wird im Folgenden eine Liste der wichtigsten Bezeichnungen aufgeführt. Anhand von kurzen Definitionen und Erläuterungen wird eine Grundlage für das Verständnis der darauffolgenden Kapitel gelegt.

Geschlechtsstereotyp

"**Stereotypen** sind wahrgenommene oder angenommene Charakteristika, die den Angehörigen von bestimmten sozialen Gruppen zugesprochen werden. Über Stereotypen kategorisiert das Individuum ein anderes Individuum, meist auf der Basis eines sichtbaren Merkmals und schreibt ihm damit bestimmte Merkmale zu, die weitgehend unrichtig sind. Stereotypen erzeugen bzw. beinhalten Antizipationen und auch die Erwartungen, da[ss] die antizipierten Zuschreibungen wahrhaftig und immer wiederkehrend sind." (Darley und Fazio 1980, S. 870). Anhand dieser verbreiteten Definition von Stereotypen lässt sich ein Teil des Begriffes „Geschlechterstereotypen“ erklären. Wie sich dieser Begriff mit dem Geschlecht in Verbindung bringen lässt wird im Folgenden erläutert.

Der Begriff „**Geschlecht**“ lässt sich in das biologische sowie das soziale Geschlecht aufspalten. Für das biologische Geschlecht verwendet man im englischen Sprachgebrauch die Bezeichnung „**sex**“, während das soziale Geschlecht als „**gender**“ betitelt wird (Beutel et al. 2019, S. 54). Das Bundesministerium für Arbeit beschreibt „Gender“ als Oberbegriff für die Auswirkung sozialer Normen auf Männer sowie Frauen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, S. 20). Fasst man nun beide Begriffe zusammen, so versteht man unter „**Geschlechterstereotypen**“ Wissenssysteme über das biologische und soziale Geschlecht, die von der Gesellschaft erschaffen und verbreitet werden (Schigl 2018, S. 39).

Geschlechterrolle

Im Zusammenhang mit dem Begriff „Geschlechterstereotyp“ fällt häufig der eng verwandte Ausdruck „**Geschlechterrolle**“. Über die Abgrenzung beider Begriffe wird bis heute diskutiert. Beutel et al. (2019) beschreiben die Geschlechterrolle als bindende Wahrnehmung von Geschlechterunterschieden, der Identität der Geschlechter, sowie des darauf bezogenen Selbstkonzepts (Beutel et al. 2019, S. 54). „Als Geschlechterrollen werden [somit] alle bewussten und unbewussten Erwartungen an das eigene und das Verhalten anderer in Bezug auf Geschlecht definiert.“ (Schigl 2018, S. 33). Dahingehend kann davon ausgegangen werden, dass der Begriff „Geschlechterstereotyp“ eine beschreibende Funktion hat, wohingegen die „Geschlechterrollen“ durch den Einfluss der eigenen Wahrnehmung die Funktion haben, Normen nicht nur zu beschreiben, sondern

sie zudem auch festzulegen. Eine Vielzahl von Überschneidungen beider Begrifflichkeiten lässt sich jedoch nicht leugnen (Schigl 2018, S. 33).

Wie sehr ein Mensch an seinen Geschlechterrollen festhält ist unterschiedlich und von seiner Persönlichkeit abhängig. Das Ausmaß der Orientierung an vorgegebenen Geschlechterrollen wird auch "**Rollenintensivierung**" genannt (Siegler et al. 2016, S. 591).

Geschlechtsidentität

Im Zusammenhang mit der eigenen Wahrnehmung von Geschlecht ist der Begriff „**Geschlechtsidentität**“ von großer Bedeutung. Hierbei geht es darum, wie wir uns selbst in unserem Geschlecht definieren und in welcher Form wir den Geschlechterrollen, die uns auferlegt werden, entsprechen wollen. Ein treffender Begriff erscheint in dem Zuge die „Selbstdefinition“ (Schigl 2018, S. 32). Egan und Perry (2001) beschreiben „Geschlechtsidentität“ auf verschiedenen Ebenen. Der wohl wichtigste Bestandteil zur Erlangung der Geschlechtsidentität ist die Erkennung des eigenen Geschlechts. Der Grundstein hierfür wird in der frühen Kindheit gelegt. Darüber hinaus ist es eine weitere wichtige Komponente, von anderen ebendiesem Geschlecht zugeordnet zu werden. Des Weiteren soll sich das Individuum typisch für sein jeweiliges Geschlecht verhalten und den Geschlechterrollen entsprechen. Ferner ist zu bedenken, dass auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht einen Einfluss auf die Geschlechtsidentität hat, da ansonsten davon ausgegangen werden muss, dass die eigene Identitätsfindung noch nicht abgeschlossen ist (Egan und Perry 2001, S. 451 f.).

3.2 Biologische Faktoren

Es gibt verschiedene Faktoren, die einen Einfluss auf die Geschlechter und die dazugehörigen Rollenerwartungen haben. Der Grundstein hierfür wird bereits bei der Geburt eines Kindes gelegt, indem ein Neugeborenes anhand seiner anatomischen Gegebenheiten als männlich oder weiblich identifiziert wird (Schigl 2018, S. 34). Es handelt sich hierbei um biologische Faktoren, die nicht beeinflussbar sind und einen wesentlichen Teil zur Stereotypisierung der Geschlechter beitragen. Biologische Faktoren steuern ebenso das Rollenverhalten von Männern und Frauen, wodurch einige

Verhaltensweisen als typisch männlich oder typisch weiblich beschrieben werden. Ein wesentlicher Grund für geschlechtsspezifisches Verhalten bei Männern ist aus biologischer Perspektive das männliche Geschlechtshormon Testosteron. Besonders in konfrontativen Situationen steigt der Testosteronspiegel bei Männern an, was ein erhöhtes Aggressionspotential zur Folge hat. Eine Studie hat gezeigt, dass dies besonders in Situationen, in denen es um Macht und Dominanz geht, messbar ist (Möller-Leimkühler 2010a, S. 14). Darüber hinaus gibt es jedoch noch weitere biologische Faktoren, die zur Stereotypisierung von Männern beitragen. Es wird davon ausgegangen, dass eine mangelnde serotonerge Aktivität ebenfalls einen Einfluss auf Aggressivität und Impulskontrolle hat, was bei Männern zu beobachten ist. Bei der Annahme, dass bei Männern „eine[...] reduzierte[...] Konzentration des Serotonin-Metaboliten 5-Hydroxyindolessigsäure im Liquor“ (ebd.) vorliegt, ist man sich jedoch einig. Auch in diesem Fall ist der Einfluss dieser Neurotransmitter auf Aggression und Impulskontrolle bei Männern bestätigt.

3.3 Soziologische Faktoren

Nachdem biologische Faktoren die Geschlechtszugehörigkeit festlegen und bestimmte geschlechtsspezifische Verhaltensweise begünstigen, beeinflussen gesellschaftliche Normen und Werte das Handeln maßgeblich. Durch sie wird ein Idealbild von Männern und Frauen festgelegt, das vorgibt, welche besonderen Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Einstellungen oder Persönlichkeitsmerkmale Männer und Frauen haben müssen. Wird von dieser Rollenerwartung abgewichen, gilt dies als unangemessen und sozial unerwünscht (Möller-Leimkühler 2010a, S. 11). Gesellschaftlich wird somit vorgeschrieben, wie ein Mann oder eine Frau zu sein hat, um sich im sozialen Leben zurechtzufinden und nicht negativ aufzufallen (Schigl 2018, S. 39). Darüber hinaus geht es jedoch nicht nur um gesellschaftliche Ächtung, sondern auch um körperliches und psychisches Wohlbefinden. Es konnte bewiesen werden, dass physische und psychische Erkrankungen nicht bloß Folgen von biologischen Abläufen im Körper sind, sondern maßgeblich von sozialen Geschlechterrollen beeinflusst werden (Möller-Leimkühler 2010a, S. 11).

Die gesellschaftlich auferlegten Geschlechternormen haben einen großen Einfluss auf die Entwicklung eines Menschen und wirken auf seine Geschlechtsidentität ein. Im Laufe der Entwicklung vergleicht ein junger Mensch sein Verhalten immer wieder mit den

Idealvorstellungen seines Geschlechts betreffend. Auf diese Weise wird durch die Zuschreibung von geschlechtsspezifischen Normen von der Gesellschaft die Identitätsentwicklung eines Menschen beeinflusst, was wiederum auf sein Verhalten einwirkt (Schigl 2018, S. 39).

An dieser Stelle sei hinzuzufügen, dass sich die Geschlechterrollen zwar im Laufe des gesellschaftlichen Wandels verändert haben, traditionelle Geschlechterstereotype jedoch weiterhin großen Einfluss auf das Verhalten der Menschen haben. Besonders bei Männern ist zu beobachten, dass sich das klassische Rollenbild des starken Mannes (siehe Kapitel 3.4) weiterhin als handlungsleitend erweist. Zudem hat sich in der Vergangenheit im Rahmen von Frauenbewegungen viel am klassischen Rollenbild der Frau verändert, wohingegen vergleichend dazu die Veränderung der männlichen Stereotype gering ausfiel (Möller-Leimkühler 2010a, S. 11).

3.4 Geschlechterrollen

Vor dem Hintergrund, dass vorhandene Geschlechterstereotype bereits in der frühen Kindheit von der Gesellschaft etabliert werden, erhärtet sich die Annahme, dass Geschlechtsunterschiede zahlreich und tiefgreifend sein müssen (Siegler et al. 2016, S. 593). In diesem Zusammenhang wird von klassischer Femininität und Maskulinität gesprochen. Das grundlegende Verständnis dieser beider Begriffe beinhaltet stereotype Eigenschaften der einzelnen Geschlechter, die gesellschaftlich toleriert und angesehen sind. Stereotype feminine Eigenschaften beinhalten grob zusammengefasst ein besonderes Maß an Emotionalität und Fürsorge. Das klassische Bild von Maskulinität hingegen impliziert Kompetenz und Durchsetzung (Beutel et al. 2019, S. 57). Um ein genaueres Bild von typischer Männlichkeit und Weiblichkeit zu bekommen werden im Folgenden einige stereotype Eigenschaften der Geschlechter erläutert.

Das klassische Frauenbild beinhaltet grundlegend passive Eigenschaften. Es wird erwartet, dass die Frau angepasst und nachgiebig ist, aber keinesfalls aufmüpfig. Auch ist ein klassisches Bild von Femininität die ängstliche und unsichere Frau. Sie soll konfliktvermeidend sein und ein hohes Maß an Emotionalität aufweisen. Emotionen wie Liebe, Angst, Trauer und Freude gelten als typisch für Frauen und werden somit als feminin angesehen (Schigl 2018, S. 46; Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, S. 6). Diese klassischen Rollenbilder der Frau

sind zwar mittlerweile überholt und veraltet, spiegeln sich laut des „Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz“ jedoch immer noch in den Rollenerwartungen vieler Menschen.

Im Vergleich zu den femininen Rollenerwartungen unterscheiden sich die der Männer grundlegend. Männliche Stereotype beinhalten seit geraumer Zeit weitestgehend aktive Eigenschaften. Maskulinität bedeutet in vielen Augen Aggressivität, Unabhängigkeit und Ehrgeiz. Männer sollen rational denken und Selbstsicherheit ausstrahlen. Aber auch Spontanität und Abenteuerlust stellen männliche Rollenstereotype dar (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, S. 20). Bei genauerer Betrachtung dieser Eigenschaften fällt auf, dass sie mit externalisierendem Verhalten einhergehen, wohingegen sich Frauen internalisiert zeigen sollen. Das externalisierende Verhalten dient besonders zur Herstellung sozialer Hierarchien. Auf diesem Wege gelingt es Kontrolle über sich und andere zu erlangen und sich selbst wichtig und geachtet zu fühlen (Möller-Leimkühler 2010b, S. 37). Es ist gesellschaftlich erwünscht, dass der Mann stoisch und unverwundbar ist, was das Offenlegen von Emotionen nicht zulässt. Eine Ausnahme dieses ungeschriebenen Gesetzes ist die Emotion Wut, die die einzige tolerierte Emotion von Männern darzustellen scheint (Rice et al. 2013, S. 950). Im Zusammenhang mit stereotyper Männlichkeit fällt häufig der Begriff „hegemoniale Männlichkeit“. Anhand dieses Begriffs sollen typisch männliche Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften zusammengefasst werden. „Hegemoniale Männlichkeit“ beschreibt den Mann als Ausdruck von Macht, Prestige und Überlegenheit. Sie stellt eine Art Handlungsleitlinie dar, an welcher sich Männer untereinander messen können und von außen beurteilt werden. Es gelingt nicht jedem Mann diesem Bild zu entsprechen (Möller-Leimkühler 2010a, S. 11). Dieses Selbstkonzept, was robuste und toughe Männer beschreibt, dient zur Sicherung des sozialen Status (Beutel et al. 2019, S. 58). Demzufolge leiden Männer an starken Stressreaktionen, wenn sie in ihrem sozialen Status bedroht werden und versuchen dies zu verhindern (Möller-Leimkühler 2010b, S. 36).

Das Ausmaß, in dem sich Männer an den Geschlechterrollen orientieren und diese für sich übernehmen, fällt sehr unterschiedlich aus. Allerdings bleibt es unvermeidbar, dass die Rollenintensivierung bei einer Vielzahl von Männern stark ausgeprägt ist, da das klassische Bild von Maskulinität weit verbreitet ist und die Entwicklung von jungen Menschen prägt. Studien haben gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen Rollenintensivierung bei Männern und psychischer Gesundheit gibt. Je stärker sich Männer an den klassischen Rollenstereotypen orientieren, desto größer erscheint auch

der Risikofaktor für psychische Erkrankungen und sogar Suizide. Aber auch Rollenkonflikte durch Nichtentsprechen der klassischen Geschlechterrolle können Risikofaktoren darstellen. In diesem Fall wird besonders häufig externalisiertes Verhalten beobachtet, was sich in Alkoholmissbrauch oder starker Aggressivität äußert (Möller-Leimkühler 2010a, S.12).

3.5 Geschlechtstypisches Verhalten

Nach der Erläuterung verschiedener Geschlechterstereotypen soll im Folgenden konkretisiert werden, wie sich diese auf das Verhalten von Männern und Frauen auswirken. Siegler et al. (2016) fassen zusammen, dass einige Autoren der begründeten Auffassung sind, das geschlechtstypische Verhalten evolutionär bedingt ist. „Sie argumentieren, dass biologisch bedingte Unterschiede der Geschlechter evolutionär dazu geführt haben, dass sich Männer und Frauen erfolgreich fortpflanzen und ihre Nachkommen beschützen konnten“ (Siegler et al. 2016, S. 578). An dieser Stelle sei jedoch anzumerken, dass geschlechtstypisches Verhalten trotz alledem variabel und immer kontextbezogen zu betrachten ist. Zudem spielen Faktoren wie Ethnie, Bildungsgrad und Hierarchie eine Rolle (Schigl 2018, S. 32).

Der wohl größte Unterschied zwischen dem geschlechtstypischen Verhalten von Männern und Frauen liegt in dem Umgang mit Stress. Hier lassen sich spezielle Verhaltensweisen ausmachen, die stereotype Eigenschaften widerspiegeln. Bei Männern ist besonders häufig eine klassische „fight or flight“-Reaktion auf Stress zu beobachten. Sie agieren mit externalisierenden Strategien und gehen dabei ein hohes Risiko für Schädigungen an der eigenen Person und an anderen ein. Die drastischste Folge dieser Reaktionen wäre demzufolge ein Suizid oder Homizid (Möller-Leimkühler 2010a, S. 14). Frauen hingegen reagieren auf Stresssituationen typischerweise mit der „tend and befriend“-Strategie, was auf Deutsch so viel wie „sich kümmern und anschließen“ bedeutet. Statt externalisiertem Verhalten zeigt sich bei Frauen vielmehr ein internalisierter Umgang mit Stress, wobei Emotionen eine große Rolle spielen. Es lassen sich Verhaltensweisen wie Grübeln oder Selbstbeschuldigungen beobachten, was bei Männern hingegen eine sehr seltene Reaktion zu sein scheint (Möller-Leimkühler 2008, S. 384).

Eine weitere, typische Verhaltensweise von Männern ist das Nichteingestehen von Schwäche. Männern fällt es sehr schwer über ihre Probleme offen zu sprechen, da dies

für sie eine Bedrohung des sozialen Status zur Folge haben könnte. Das Bild des starken und unverwundbaren Mannes würde in dem Zuge zum Wanken gebracht werden, was wiederum großes Stresspotenzial birgt. Aus diesem Grund lehnen viele Männer das Aufsuchen eines Arztes ab. Besonders bei psychischen Beschwerden ist dies häufig zu beobachten. Häufig werden körperliche Beschwerden fälschlicherweise als Konsultationsgrund angegeben, wodurch eine passende Behandlung des Arztes erschwert wird. Eine andere Möglichkeit stellt für viele Männer die Kompensation ihres psychischen Leidensdrucks mit Verhaltensweisen, die Rollenkompatibel sind. Auch hier sind häufig Alkoholmissbrauch, Gewalt oder Suizid die Folge (Möller-Leimkühler 2008, S. 385).

In den letzten Jahrzehnten ließ sich ein Wandel des geschlechtstypischen Verhaltens beobachten. Dieser Wandel erweist sich jedoch als sehr einseitig, da primär Frauen daran teilhaben. Das Interesse an männertypischen Bereichen stieg bei Frauen stark an. Die Teilnahme an Leichtathletik, sowie mathematischen und naturwissenschaftlichen Berufsrichtungen zeigte einen großen Zuwachs an Frauen. Die frauendominierten Bereiche interessierten hingegen weiterhin nur sehr wenige Männer (Siegler et al. 2016, S. 591).

Fasst man nun die geschlechtstypischen Verhaltensweisen von Männern und Frauen zusammen, so lässt sich ein eindeutiges Ergebnis entnehmen. Für Frauen sowie Männer ist der Balanceakt zwischen dem eigenen Selbstbild, dem Selbstwertgefühl, spezifischen Rollenbildern sowie der Sozialisation nicht einfach. Beide Geschlechter nutzen ihre eigenen Strategien, um diese Aufgabe zu bewältigen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, S. 51). Bei Frauen sind hierbei eher internalisierende Bewältigungsstrategien zu beobachten, indem sie emotional reagieren und sich tendenziell lieber zurückziehen, anstatt in die Offensive zu gehen. Männer hingegen reagieren externalisiert und bringen sich und andere durch ihr Verhalten nicht selten in Gefahr. Besonders häufig wird dieses Verhalten dann beobachtet, wenn der Stress durch eine Bedrohung des sozialen Status ausgelöst wird (Möller-Leimkühler 2010a, S 36).

4. Konstrukt der männlichen Depression

Nachdem in den vorherigen Kapiteln erarbeitet wurde, was unter Depressionen zu verstehen ist und was spezifische Eigenschaften und Verhaltensweisen von Männern und Frauen sind, werden im Folgenden die Ergebnisse beider Recherchen miteinander verknüpft und in Bezug zur Fragestellung gebracht. An dieser Stelle gilt es, die Männerrolle mit der Depressionserkrankung in Verbindung zu bringen und zu vergleichen. Auf diesem Weg kann herausgefunden werden, ob sich Depressionen bei Männern auf andere Art ausdrücken als bei Frauen und man somit von der Existenz einer „männlichen Depression“ ausgehen kann.

Der Begriff „männliche Depression“ oder auch „male depression“ wurde in den 1990er Jahren auf der schwedischen Insel Gotland erstmals erwähnt. Im Rahmen eines Suizidpräventionsprogrammes wurden psychologische Autopsien bei Suizidopfern durchgeführt (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 641). Die sogenannte „Gotland-Studie“ verfolgte das Ziel suizidgefährdete Männer besser identifizieren zu können und somit einen erfolgreichen Suizid verhindern zu können. Es bestand bereits damals der Verdacht, dass mit gängigen Screeninginstrumenten keine vollständig korrekte Diagnose möglich ist und viele depressiv erkrankte Männer unerkannt bleiben (Rutz et al. 1995, S. 524). Man kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass zwar viele der männlichen Suizidopfer eine depressive Erkrankung hatten, sie jedoch bis zum Zeitpunkt ihres Todes ärztlich nicht bekannt waren. Vielmehr war ein merklich großer Anteil von ihnen polizeilich bekannt, was Rückschlüsse auf externalisiertes Verhalten während der Erkrankung zulässt (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 642).

“Die wesentliche Annahme des Konzeptes der ‚male depression‘ lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass depressive Symptome bei Männern durch geschlechtstypische, aber depressionsuntypische Symptome, wie Aggressivität, Irritabilität, Risiko- oder Suchtverhalten (Alkohol, Sport, Arbeit etc.), maskiert sein können, die in den üblichen Depressionsinventarien nicht enthalten sind” (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 642). Dies macht ersichtlich, dass durch das Auftreten einer „männlichen Depression“ die Rollenerwartungen an den Mann weiterhin erfüllt und somit die Fassade des starken Geschlechts aufrechterhalten werden kann (Möller-Leimkühler 2010a, S. 15). Die klassischen Depressionssymptome, die, wie bereits erläutert, internalisierende

Krankheitsmerkmale beinhalten, bleiben dabei in einigen Fällen gänzlich aus (Möller-Leimkühler 2008, S. 385).

Es gibt einige Behauptungen bezüglich der Existenz einer spezifische Männerdepression. Der wohl verbreitetste Erklärungsansatz findet sich in dem häufig diskutierten Geschlechterparadox von Depressionserkrankungen und Suizidopfern. Es wird davon ausgegangen, in der Existenz einer „männlichen Depression“ den Grund für das Geschlechterparadox gefunden zu haben (Möller-Leimkühler 2008, S. 385). Männer sind demzufolge nicht seltener depressiv, werden aber aufgrund von abweichender Symptomatik lediglich unterdiagnostiziert.

Eine weitere ausschlaggebende Erkenntnis findet sich in einem jüdisch-orthodoxen Phänomen. Demzufolge sind in Gesellschaftskreisen, welche dem jüdisch-orthodoxen Glauben angehören, die Prävalenzen von Depressionen bei beiden Geschlechtern gleich. Der Grund hierfür liegt bei den Bewältigungsstrategien. In diesen Gesellschaftskreisen wird beispielsweise der Alkoholkonsum sozial nicht toleriert. Dadurch wird eine Überkompensation von Problemen durch diese Maßnahmen unterbunden (Loewenthal et al. 1995, S. 3). Eine Studie aus dem Jahre 1994 verzeichnete vergleichbare Ergebnisse bei den Amish-People (Jakubaschk 1994, 590 ff.).

Trotz einer Vielzahl von Publikationen, die sich mit dem Thema „männliche Depression“ befassen, ist dieses bisher noch wenig wissenschaftlich validiert. Aus diesem Grund wird es bislang als „Konstrukt“ bezeichnet und wird im Zuge dieser Arbeit in Anführungszeichen gesetzt. Unzureichende Forschungen in diesem Bereich können vielerlei Folgen haben. Symptome der „männlichen Depression“ können dadurch weiterhin für bedeutungslose Emotionen gehalten werden, was eine Vielzahl von Fehldiagnosen zur Folge hätte (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, S. 36). Zudem wirken sich Geschlechterstereotypen unbewusst auf die Diagnostik aus und begünstigen somit Fehldiagnosen auf somatischer Ebene (Möller-Leimkühler 2019, S. 140).

Seidler et al. (2016) gelang es, die Thematik zu untergliedern und sie verwiesen damit auf drei verschiedene Erklärungsansätze. Für sie haben vorhandene Geschlechterrollen verschiedene Auswirkungen auf die „männliche Depression“. Zum einen wird die Art und der Ausdruck der spezifischen Symptome beeinflusst, zum zweiten nimmt es Einfluss auf das Verhalten der Männer sowie das Hilfesuchverhalten. Zum dritten werden die Art der Behandlung sowie die individuellen Bewältigungsstrategien beeinflusst (Seidler et al. 2016, S. 115). Auf diesem Wege sollte deutlich werden, dass das Konstrukt der

männlichen Depression viele Komponenten hat, die von Bedeutung sein können, jedoch noch kaum wissenschaftlich hinterfragt wurden. Zwar sind sowohl das Hilfesuchverhalten als auch die spezifische Behandlung einer Männerdepression wichtige Anhaltspunkte für die Forschung, jedoch soll sich im Rahmen dieser Arbeit primär auf die Symptomausprägung bei Männern konzentriert werden. Der Verweis auf weitere wichtige Auswirkungen der „männlichen Depression“ erschien an dieser Stelle jedoch wichtig und sinnvoll.

4.1 Spezifische Symptomatik

Viele Autoren haben den Versuch unternommen, männerspezifische Symptome zu benennen um die Diagnose einer „männlichen Depression“ zu ermöglichen. Keiner dieser Listen ist bisher anerkannt, jedoch gibt es zwischen den Autoren zahlreiche Übereinstimmungen, was auf wissenschaftlich fundierte Ergebnisse hinweist. Weit verbreitet ist jedoch die Annahme, dass sich die Kernsymptome einer klinischen „Männerdepression“ und anerkannten klinischen Depressionen im Grundsatz nicht unterscheiden. Bei der Anzahl der depressiven Symptome gibt es jedoch dahingehend große Unterschiede, dass Männer dauerhaft weniger Symptome äußern als Frauen (Möller-Leimkühler 2008, S. 385). Die wesentlichen geschlechtsspezifischen Symptome treten demzufolge vermehrt in frühen Stadien der „männlichen Depression“ auf. Bislang ist die verbreitetste Annahme, dass diese spezifischen Symptome Coping-Strategien darstellen und aus diesem Grund vermehrt zu Beginn der Erkrankung sichtbar werden (Möller-Leimkühler 2010b, S. 38 f.). Diese Vermutungen gilt es in dieser Arbeit zu überprüfen und kritisch zu hinterfragen.

Zwar gibt es auch weiterhin Männer, die klassische Depressionssymptome aufweisen, jedoch konnte herausgefunden werden, dass Symptome wie „Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, Ärgerattacken oder antisoziales Verhalten“ (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 642) besonders häufig bei depressiven Männern auftreten. Anhand einer Aufzählung von typisch männlichen Depressionssymptomen soll nun zunächst ein Überblick über mögliche Ausprägungen einer „Männerdepression“ gegeben werden:

1. vermehrter sozialer Rückzug (wird von Betroffenen häufig abgestritten)
2. berufliches Überengagement (häufig mit Burn-Out als Folge)
3. Hilfe anderer verweigern („das kann ich schon allein“- Syndrom“)

4. Veränderung der sexuellen Aktivität
5. vermehrte oder verstärkte Ärgerattacken
6. Impulsivität
7. vermehrter Alkohol- oder Nikotinkonsum (anderes exzessives Suchtverhalten möglich)
8. ausgeprägte Selbstkritik und Versagensangst
9. Schuldzuweisungen auf andere
10. vermehrte Feindseligkeit
11. gesteigerte Unruhe (oft einhergehend mit Schlaf- oder Konzentrationsschwierigkeiten) (Zierau et al. 2002, S. 270 f.; Gruber und Grube 2016, 53 f.)

Diese exemplarische Auswahl an Symptomen wurde ausgewählt, da sie sehr umfangreich ist und viele Ergebnisse von anderen Autoren impliziert (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 642). Besonders hervorgehoben werden sollte das Symptom Alkoholkonsum. Durch die „European DEPRESS I and II studies“ konnte anhand von umfangreichen klinischen Stichproben ebenfalls ein erhöhter Alkoholkonsum von depressiven Männern erforscht werden (Angst et al. 2002, S. 208). Das wohl wichtigste Symptom ist hingegen nicht in der Auflistung enthalten, obwohl es nachweislich die größten Auswirkungen auf die Diagnostik von depressiven Männern hat. Es handelt sich hierbei um das Symptom „Irritabilität“, was so viel bedeutet wie „Reizbarkeit“ oder „Empfindlichkeit“ (Möller-Leimkühler et al. 2007c, S. 174). Ein weiteres wichtiges Symptom, welches in der obigen Auflistung zu ergänzen wäre, sind suizidale Gedanken oder Handlungen. Bedenkt man nochmals das Geschlechterparadox zwischen depressiven Erkrankungen und Suiziden, erscheint es unumgänglich dieses Symptom in die Diagnostik einzubinden (Möller-Leimkühler 2010a, S. 14).

Den obigen Ergebnissen sei hinzuzufügen, dass die Symptome bei Männern häufig erst unbewusst auftreten. 41 % der Männer, die akut gefährdet sind, depressiv zu erkranken verleugnen oder ignorieren ihre Symptome und geben folglich an, keine psychischen Probleme zu haben. Dieses Verhalten lässt sich besonders häufig erkennen, je stärker sich die betroffene Person an Geschlechterrollen orientiert. Auch hier spielt die Aufrechterhaltung der starken männlichen Fassade die entscheidende Rolle (Möller-Leimkühler et al. 2007c, S. 174).

4.1.1 Internalisierende und externalisierende Symptome

Vergleicht man die Symptome einer „männlichen Depression“ (vgl. Kapitel 4.1) und die einer klassischen unipolaren Depression (vgl. Kapitel 2.2) fällt auf, dass sich die äußere Wirkung stark voneinander unterscheidet. Man spricht hier von internalisierenden und externalisierenden Symptomen. Die Symptome einer unipolaren Depression sind primär emotional bedingt und geben ein in sich gekehrtes Bild nach außen ab (Möller-Leimkühler 2008, S. 384). Aus diesem Grund kann man bei Depressionen auch von einer internalisierenden Störung sprechen. Bei der „männlichen Depression“ hingegen werden die internalisierenden Symptome unterdrückt. Emotionen wie Angst oder Traurigkeit werden als weiblich definiert und passen somit nicht in das Idealbild des starken Mannes (Möller-Leimkühler 2010a, S. 14).

Die stattdessen vorhandenen Symptome sind die externalisierenden. „Externalisierendes Verhalten gehört zu den konstituierenden Elementen traditioneller Maskulinität; männliche Aggressivität etwa ist zur Herstellung sozialer Hierarchie und Kontrolle sozial legitimiert und dient nicht zuletzt als Kompensation für Anerkennungs- und Selbstwertdefizite“ (Möller-Leimkühler 2010b, S. 37). Auf diesem Wege gelingt es dem betroffenen Mann, trotz der psychischen Belastung, die eine Depressionserkrankung mit sich bringt, nicht als verletzlich oder gar minderwertig gesehen zu werden (Fieds und Cochran 2011, zitiert in Rice et al. 2013, S. 950). In einer nicht-klinischen Stichprobe von Magovcevic und Addis (2008) konnte zudem herausgefunden werden, dass eine ausgeprägte Orientierung an männlichen Idealnormen mit der Externalisierung von Symptomen einhergeht (Magovcevic und Addis 2008, S. 132 f.). Klassische Beispiele von Externalisierung sind Aggressivität, Impulsivität oder auch Alkoholmissbrauch, wie sie auch in den Symptomen für „männliche Depressionen“ zu finden sind (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 642).

Zusammenfassend handelt es sich bei den Symptomen einer „männlichen Depression“ also um externalisierende Symptome. Gefühle werden nach außen getragen und äußern sich zum Beispiel in Aggressivität (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, S. 36). Die bei der unipolaren Depression üblichen internalisierenden Symptome werden nicht nach außen getragen, sondern vielmehr im Inneren eingeschlossen und bewirken somit, dass sich der Betroffene zurückzieht. Da dieses Verhalten mit der weiblichen Norm kompatibel ist, werden diese Symptome bei Frauen häufiger beobachtet (Möller-Leimkühler 2008, S. 386).

4.2 Gendersensitive Screeninginstrumente

In den vorherigen Kapiteln konnten einige mögliche mÄnnerspezifische Symptome herausgearbeitet werden. Um feststellen zu können, ob sich durch die Nutzung dieser Symptome in der Diagnostik wirklich die Unterdiagnostizierung von MÄnnern vermeiden lässt, sind jedoch noch weitere Arbeitsschritte erforderlich. Zunächst müssen externalisierende Symptome in verschiedenen Stichproben in die Diagnose von Depressionen eingearbeitet werden. Folglich können dann die Ergebnisse mit den Zahlen, die durch die Verwendung von herkömmlichen Screeninginstrumenten gesammelt wurden, verglichen werden. Hierbei soll ein besonderer Fokus auf die Prävalenzen und die Suizidraten gelegt werden. Durch diese Vorgehensweise lassen sich Annahmen bezüglich der Existenz von „männlichen Depressionen“ tätigen sowie Hinweise über die Verwendbarkeit von spezifischen Screeninginstrumenten herausfiltern.

Seit der Entdeckung vermeintlich mÄnnerspezifischer Symptome in den 1990er Jahren (Rutz et al. 1995, S. 524) wurde immer wieder versucht, diese Erkenntnisse in Form von gendersensitiven Screeninginstrumenten für die Diagnostik nutzbar zu machen. Im Folgenden wird eine Auswahl der bekanntesten mÄnnerspezifischen Screeninginstrumente vorgestellt, um sie im darauffolgenden Kapitel hinsichtlich ihres Einflusses auf die Diagnose zu untersuchen.

An dieser Stelle sei wiederholt anzumerken, dass Screeninginstrumente keine Diagnostik ersetzen. Sie dienen als Hilfestellung und werden primär zur Früherkennung von psychischen Störungen eingesetzt. Sie messen demzufolge lediglich das Risiko einer Depression (Stieglitz 2007, S. 178).

4.2.1 Gotland Male Depression Scale (GMDS)

Die „Gotland Male Depression Scale“, kurz GMDS, war das erste Screeninginstrument, welches zur Erhebung des Risikos einer „männlichen Depression“ entwickelt wurde (Rice et al. 2017, S. 190). Sie wurde in Folge des Suizidpräventionsprogramms auf der schwedischen Insel Gotland von Wolfgang Rutz entwickelt (Rutz et al. 1995, S. 524; Rutz 1999, S. 27). Die Skala ist somit der Vorreiter im Bereich der Diagnostik von „männlichen Depressionen“. Sie setzt sich aus 13 Items zusammen. Anhand einer Likert-Skala, welche mit Stufen von 0 (überhaupt nicht) bis 3 (sehr) versehen ist, werden die Items

nacheinander beantwortet. Bei der Beantwortung der 13 Fragen soll der Fokus auf die letzten vier Wochen gelegt werden (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 642). Die GMDS umfasst sowohl typische Symptome von unipolaren Depressionen, als auch männerspezifische Symptome (vgl. Abbildung 4). Bei der Auswertung werden die Punkte der Likert-Skala addiert, so dass ein Wert von 0 bis 39 erreicht werden kann. Bei einem Wert ab 13 geht man von einer möglichen Depressionserkrankung aus, wobei erst bei einem Wert ab 27 und größer mit Sicherheit von einer Depression gesprochen werden kann (Zülke et al. 2018, S. 4).

Abbildung 4 zeigt ein unverändertes Exemplar der GMDS in englischer Sprache. Besonders der Einbezug von den in Kapitel 4.1 erwähnten männerspezifischen Symptomen gilt es an dieser Stelle noch einmal hervorzuheben. Besonders die Items 2, 3, 5, 7 und 9 weisen exakte Überschneidungen mit ebendiesen Symptomen auf. Primär gehören Aggressivität (Item 2), gesteigerter Alkoholkonsum (Item 9) und Irritabilität (Item 5) zu den relevanten Symptomen einer „männlichen Depression“ (Zülke et al. 2018, S. 4).

During the past month, have you or others noticed that your behaviour is different than usual, and if so, in what way?

0 = not at all; 1 = to some extent; 2 = very true; 3 = extremely so

1. Lower stress threshold/more stressed out than usual
2. More aggressive, outward-reacting, difficulty keeping self-control
3. Feeling of being burned out and empty
4. Constant, inexplicable tiredness
5. More irritable, restless and frustrated
6. Difficulty making ordinary everyday decisions
7. Sleep problems; sleeping too much/too little/uneasily, difficulty falling asleep/waking up early
8. In the morning especially, having a feeling of disquiet/anxiety/displeasure
9. Overconsumption of alcohol and pills in order to achieve a calming and relaxing effect. Being hyperactive or blowing off steam by working hard and restlessly, jogging or practising some other form of sport, under- or overeating
10. Do you feel your behaviour has altered in such a way that neither you yourself, nor others can recognize you, and you are difficult to deal with?
11. Have you felt, or have others perceived you as being gloomy, negative or characterized by a state of hopelessness in which everything looks bleak?
12. Have you or others noticed that you have a greater tendency to self-pity, to be plaintive or to seem 'pathetic'?
13. In your biological family, is there any tendency to abuse, depression/dejection, suicide attempts or proneness to some behaviour involving danger?

Points

- | | |
|-------|---|
| 0–13 | No signs of depression |
| 13–26 | Depression possible. Specific therapy, including psychopharmacological, possibly indicated |
| 26–39 | Clear signs of depression. Specific therapy, including psychopharmacological, clearly indicated |
-

Abbildung 4: Gotland-Male-Depression-Scale (Rutz 1999, S. 31)

4.2.2 Male Depression Risk Scale (MDRS)

Eine der folgenden Neuentwicklungen in der Depressionsdiagnostik von Männern stellt die „Male Depression Risk Scale“ (MDRS) dar. Sie wurde von Rice et al. (2013) speziell zur Beurteilung externalisierender Depressionssymptome entwickelt (Rice et al. 2013, S. 950). Als Basis für die Entwicklung dienten zahlreiche Forschungsergebnisse zu Depressionserkrankungen bei Männern (Zülke et al. 2018, S. 8). Rice et al. identifizierten zur Erarbeitung der MDRS zunächst sämtliche männerspezifischen Depressionssymptome. Durch aktive Literaturrecherche konnten zunächst 82 solcher Items herausgefiltert werden, welche in neun Subskalen untergliedert werden konnten. Nach faktoranalytischen Überprüfungen blieb schlussendlich die MDRS mit 22 Items, weshalb sie auch als MDRS-22 bezeichnet wird (Zülke et al. 2018, S. 9). Die Items lassen sich in sechs externalisierende Symptombereiche untergliedern: „(1) Gefühlsunterdrückung, (2) Drogenkonsum, (3) Alkoholkonsum, (4) Wut und Aggression, (5) somatische Symptome und (6) Risikobereitschaft durch Selbstauskunft“ (Olliffe et al. 2019, S. 103).

Angewendet wird die Skala, indem allen 22 Items, Werte von 0 (gar nicht/ nie) bis 7 (fast immer) zugeordnet werden. Die Antworten beziehen sich dabei immer auf die vergangenen vier Wochen (Zülke et al. 2018, S. 9).

Wie aus Abbildung 5 ersichtlich wird, ist die MDRS-22 in verschiedene Subskalen untergliedert. Einige Items erfragen die Unterdrückung von Emotionen (vgl. Item 1, 2, 8, 17), andere das Ausmaß des Alkohol- (vgl. Item 3, 10, 11, 15) oder des Drogenkonsums (vgl. Item 13, 18, 22). Des Weiteren wird durch die Items 4, 14 und 16 das Risikoverhalten des Klienten ermittelt. Eine große Rolle spielen darüber hinaus die Items, welche das Vorhandensein von somatischen Symptomen (vgl. Item 5, 6, 7, 9) und von Ärgerattacken (vgl. Item 12, 19, 20, 21) beurteilen (Rice et al. 2019, S. 3).

Die MDRS-22 fasst alle diese Subskalen zusammen und ermöglicht somit eine breite Aufstellung möglicher Symptome.

Ersten Studien zur Folge weist die MDRS-22 eine gute Validität auf und ist in der Lage eine konstante Längsschnittbewertung von externalisierenden Symptomen aufzuzeigen (Rice et al. 2013, S. 954; Rice et al. 2015, S. 238).

MDRS-22 item	Subscale	Range
1. I bottled up my negative feelings.	ES	0-7
2. I covered up my difficulties.	ES	0-7
3. I drank more alcohol than usual.	Alcohol	0-7
4. I drove dangerously or aggressively.	Risk	0-7
5. I had more heartburn than usual.	Somatic	0-7
6. I had regular headaches.	Somatic	0-7
7. I had stomach pains.	Somatic	0-7
8. I had to work things out by myself.	ES	0-7
9. I had unexplained aches and pains.	Somatic	0-7
10. I needed alcohol to help me unwind.	Alcohol	0-7
11. I needed to have easy access to alcohol.	Alcohol	0-7
12. I overreacted to situations with aggressive. behaviour	Anger	0-7
13. I sought out drugs.	Drug Use	0-7
14. I stopped caring about the consequences of my actions.	Risk	0-7
15. I stopped feeling so bad while drinking.	Alcohol	0-7
16. I took unnecessary risks.	Risk	0-7
17. I tried to ignore feeling down.	ES	0-7
18. I used drugs to cope.	Drug Use	0-7
19. I verbally lashed out at others without being provoked.	Anger	0-7
20. I was verbally aggressive to others.	Anger	0-7
21. It was difficult to manage my anger.	Anger	0-7
22. Using drugs provided temporary relief .	Drug Use	0-7
Subscale / Total score	Scale α	Range
MDRS- Emotion Suppression Subscale	0.87	0-7
MDRS - Drug Use Subscale	0.96	0-21
MDRS - Alcohol Use Subscale	0.94	0-28
MDRS - Anger & Aggression Subscale	0.93	0-28
MDRS- Somatic Symptoms Subscale	0.87	0-28
MDRS- Risk Taking Subscale	0.83	0-21
MDRS-22 total score	0.95	0-154
PHQ-9 total score	0.92	0-27

ES: emotion suppression.

Abbildung 5: Male-Depression-Risk-Scale (Rice et al. 2019)

4.2.3 Male Symptoms Scale (MSS)

Die „Male Symptoms Scale“ (MSS) beinhaltet ausschließlich mÄnnerspezifische Depressionssymptome. HerkÄommliche Symptome einer unipolaren Depression, die mit dem weiblichen Stereotypen einhergehen, werden bei dieser Skala gÄnzlich auÄen vorgelassen (Martin et al. 2013, S. 1101, 1104). Die MSS impliziert acht externalisierende Symptome, die in der Literatur als mÄnnerspezifisch bezeichnet werden. Es handelt sich um die Symptome: „(1) Reizbarkeit, (2) WutanfÄlle/Aggression, (3) SchlafstÄrungen, (4) Alkohol-/Sonstige Drogenmissbrauch, (5) Risikoverhalten, (6) HyperaktivitÄt, (7) Stress und (8) Verlust des Interesses an vergnÄglichen AktivitÄten“ (Martin et al. 2013, S. 1101).

Die Symptome (3) „Schlafstörungen“ und (8) „Verlust des Interesses an vergnüglichen Aktivitäten“ scheinen zwar auf den ersten Blick zu den herkömmlichen Symptomen einer unipolaren Depression zu gehören, wurden jedoch bewusst in die MSS integriert, da sie externalisierendes Verhalten begünstigen (Martin et al. 2013, S. 1101).

Die Bewertung des möglichen Depressionsrisikos wird anhand von Werten von 0 bis 8 durchgeführt. Die betroffene Person vergibt zu den einzelnen Items den jeweiligen Wert, basierend auf der Symptomausprägung, die sich bei ihr beobachten lässt. Im Anschluss werden auch hier alle Werte addiert und somit eine vorläufige Diagnose übermittelt (Martin et al. 2013, S. 1104).

4.2.4 Gender Inclusive Depression Scale (GIDS)

Die „Gender Inclusive Depression Scale“ (GIDS) kann als Weiterentwicklung der „Male Symptoms Scale“ gesehen werden. Sie beinhaltet eine Verknüpfung von anerkannten und atypischen Symptomen einer unipolaren Depression (Zülke et al. 2018, S. 8). Dies hebt die GIDS besonders hervor, da sie durch das Implizieren von herkömmlichen Symptomen nicht ausschließlich zur Diagnose von „männlichen Depressionen“ angewendet, sondern auch bei der Diagnose von Frauen genutzt werden kann (Martin et al. 2013, S. 1105). Die GIDS beinhaltet 15 verschiedene Symptome und umfasst dabei alle Symptome, die in der „Male Symptoms Scale“ zu finden sind, sowie darüber hinaus sieben Symptome einer herkömmlichen unipolaren Depression. Hierunter fallen exemplarisch die Depressionssymptome Traurigkeit, Müdigkeit, Angst oder Verlust der Vitalität (Martin et al. 2013, S. 1101). Insgesamt umfasst die GIDS 25 Items, welche wie folgt zusammengetragen wurden: 19 der Items stammen aus dem Screening-Abschnitt der NCS-R, der „National Comorbidity Survey Replication“. Diese stellt eine landesweite Befragung in den USA aus den 1990er Jahren dar, welche Prävalenzen und Korrelate psychischer Störungen untersuchte. Drei weitere Items der GIDS stammen aus dem 30-Tage-Symptome-Bewertungsteil und drei zusätzliche Symptome aus den Bereichen Neurasthenie, Manie und Persönlichkeit. Darüber hinaus ist eine Besonderheit der GIDS, dass die meisten Items das lebenslängliche Vorhandensein der Symptome untersuchen. Durch die GIDS (und die MSS) kann also die Lebenszeitprävalenz depressiver Erkrankungen ermittelt werden (Martin et al. 2013, S. 1102).

Der Schweregrad einer depressiven Störung kann anhand der GIDS wie folgt ermittelt werden. Bei der Feststellung von 1-4 Symptomen spricht man von einer leichten Depression, bei 5-9 Symptomen von einer moderaten und bei 10-15 Symptomen sogar von einer schweren Depression (Martin et al. 2013, S. 1104).

5. Einfluss der gendersensitiven Screeninginstrumente auf die Diagnose von Depressionen bei Männern

Nachdem nun alle gendersensitiven Screeninginstrumente vorgestellt wurden, soll im Folgenden erarbeitet werden, ob sie sich tatsächlich positiv auf die Diagnose von „männlichen Depressionen“ auswirken können. Hierzu werden verschiedene Studien herangezogen, die die Screeninginstrumente getestet haben.

GMDS

Einige Autoren haben in den vergangenen Jahren immer wieder versucht die Validität der „Gotland Male Depression Scale“ zu überprüfen. So auch Zierau et al., die im Jahre 2002 einen Artikel veröffentlichten, in welchem sie genau dies untersuchten. Durch Vergleiche mit einer herkömmlichen Screeningmethode (MDI) sollte die Vorhersagekraft der GMDS analysiert werden (vgl. Zierau et al. 2002). Die GMDS sagte bei 39 % der befragten Männer ein Risiko für Depressionen hervor. Der Vergleich mit den Werten der MDI, die nur 17 % ein Depressionsrisiko vorhersagte, macht den großen inhaltlichen Unterschied beider Skalen deutlich (Zierau et al. 2002, S. 266). Anhand einiger Vergleiche konnte festgestellt werden, dass die Depressions-Subskala der GMDS die besten Vorhersagen treffen konnte, welche Patienten in der späteren Diagnostik tatsächlich ein Antidepressivum verschrieben bekamen. In dieser Studie zeigte die GMDS folglich die höchste prädiktive Validität (Zierau et al. 2002, S. 266; Zülke et al. 2018, S. 7).

Auch in einer Studie von Möller-Leimkühler et al. (2007) konnten ähnliche Ergebnisse dokumentiert werden. 22 % der jungen Männer erhielten durch die GMDS das Ergebnis, dass sie mit großer Wahrscheinlichkeit an einer Depression leiden (Möller Leimkühler et al. 2007a, S. 71).

MDRS

Auch eine Studie von Rice et al. (2019) untersuchte die Validität einer mÄnnerspezifischen Depressionsskala, indem sie Vergleiche mit anderen Screeninginstrumenten anstellte. In die Studie waren 1000 Probanden involviert. Insbesondere die G¼ltigkeit der "Male Depression Risk Scale" sollte ¼berpr¼ft werden. Eines der Ergebnisse erscheint besonders aussagekrÄftig. Hierbei wurde untersucht, wie viele der Probanden, die k¼rzlich einen Selbstmordversuch unternommen hatten, anhand der MDRS auch als depressiv eingeschÄtzt wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass von 13 MÄnnern, die einen Suizidversuch unternommen hatten, mit Hilfe der MDRS 11 als depressiv identifiziert wurden, was einen Wert von 84,62 % ausmacht. Vergleichend hierzu konnte die PHQ-9 Skala, die eine anerkannte Screeningmethode darstellt, nur 7 (53,85 %) Probanden als depressiv erkennen (Rice et al. 2019, S. 5).

MSS und GIDS

Auch die „Male Symptoms Scale“ und die „Gender Inclusive Depression Scale“ konnte in einer Studie zufriedenstellende Ergebnisse erzielen. Martin et al. (2013) verglichen beide Skalen mit den DSM-IV Kriterien (die aktuelle Auflage ist das DSM-V). Die Skalen korrelierten in vielen Teilen mit den DSM-IV-Kriterien und konnten speziell f¼r MÄnner sogar eine h¼here PrÄvalenz erzielen, als es allein durch die Nutzung der DSM-IV-Kriterien m¼glich gewesen wÄre (Martin et al. 2013, S. 1004 f.).

Abbildung 6 zeigt zudem einen Vergleich der ValiditÄt der GMDS und der MSS. Sie veranschaulicht, wie viele der Probanden, die anhand der GMDS und der MSS als depressiv eingeschÄtzt wurden, die Kriterien einer unipolaren Depression, von Drogenmissbrauch, Alkoholmissbrauch oder einer Impulskontrollst¼rung erf¼llen. Auf diesem Wege kann herausgefunden werden, ob durch die Verwendung der Skalen eine depressive Erkrankung diagnostiziert wird, oder ein gÄnzlich anderes St¼rungsbild.

	1	2	3	4	5	6
1. Male Symptoms Scale	1.0					
2. Gender Inclusive Depression Scale	0.86	1.0				
3. Major depressive episode, lifetime	0.70	0.85	1.0			
4. Other drug abuse, lifetime	0.42	0.32	0.11	1.0		
5. Alcohol abuse, lifetime	0.46	0.35	0.14	0.63	1.0	
6. Intermittent explosive disorder, lifetime	0.26	0.23	0.12	0.11	0.14	1.0

^a Data are given as correlation coefficients. All correlations were significant at $P < .001$.

Abbildung 6: Korrelationen der MSS und der GIDS mit anderen psychischen St¼rungen (Martin et al. 2013, S. 1103)

Der Grafik lässt sich entnehmen, dass die GIDS deutlich mehr mit den Kriterien einer unipolaren Depression (Major Depression) korreliert als die MSS. Dies zeigt, dass durch die MSS zwar mehr Probanden als depressiv eingestuft wurden, die Fehlerquote bei dieser Diagnose jedoch auch deutlich erhöht ist. Die GIDS überschneidet sich mit den Ergebnissen für unipolare Depressionen immerhin um 85 %. Dennoch sind die Überschneidungen mit anderen Störungsbildern bei beiden Skalen erhöht. Vergleicht man diese mit den Überschneidungen der Major Depression und den anderen Krankheitsbildern, zeigt sich, dass diese deutlich geringer sind.

5.1 Geschlechtsunterschiede bei der Diagnose einer männlichen Depression

Bei eingehender Betrachtung der Fallzahlen lassen sich einige Tendenzen hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede ausmachen. Die Screeninginstrumente auch aus diesem Blickwinkel genauer zu durchleuchten erscheint von großer Bedeutung, wenn man bedenkt, dass sie speziell für die Diagnose von Depressionen bei Männern entwickelt wurden.

Vor dem Hintergrund, dass herausgefunden werden konnte, dass externalisierendes Verhalten mit der männlichen Geschlechtsnorm kompatibel ist, könnte man vermuten, dass Männer signifikant häufiger von ebendiesen Symptomen berichten und somit auch eine höhere Prävalenz einer „Männerdepression“ aufweisen. Entgegen dieser Annahme konnte jedoch festgestellt werden, dass die Prävalenz bei Frauen teilweise höher ausfiel. Bei Verwendung der GMDS konnte in einer Studie herausgefunden werden, dass die Prävalenzrate der Frauen bei 28,9 % und die der Männer nur bei 22,4 % lag (Möller-Leimkühler und Yücel 2010, S. 25; Oliffe et al. 2019). Vergleicht man dieses Ergebnis jedoch mit weiteren Arbeiten, so kann allgemein davon gesprochen werden, dass die Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Prävalenz durch Verwendung der gendersensitiven Screeninginstrumente deutlich zurückgehen (vgl. Martin et al. 2013, S. 1105). Anhand der GIDS wurde beispielsweise eine Prävalenz von 30,6 % bei Männern und 33,3 % bei Frauen festgestellt (vgl. Martin et al. 2013, S. 1100). Vergleicht man dies mit dem Verweis darauf, dass Frauen bisher doppelt so häufig an Depressionen erkranken wie Männer, so wird deutlich, dass die Geschlechterunterschiede durch die Verwendung der GIDS fast gänzlich aufgehoben werden konnten (Möller-Leimkühler 2009, 'S. 43). „[...] [B]ei der Verwendung des GIDS [können also] Männer und Frauen zu gleichen Teilen die

Kriterien für Depressionen erfüllen“ (Martin et al. 2013, S. 1105). Auch bei der Betrachtung der Prävalenzen innerhalb der drei Schweregrade einer „Männerdepression“ anhand der GIDS, lassen sich keine signifikanten Geschlechterunterschiede mehr feststellen (Martin et al. 2013, S. 1104).

Aussagekräftig gestalten sich auch die Ergebnisse der MDRS und der MSS. Beide Skalen konnten in Versuchsstudien sogar höhere Werte für Männer mit einem Depressionsrisiko als für Frauen darlegen (vgl. Martin et al. 2013, S. 1103; Rice et al. 2015, S. 238). Die Prävalenz betrug bei Männern 26,3 % und die der Frauen nur noch 21,6 % (Martin et al. 2013, S. 1103).

Generell muss jedoch angemerkt werden, dass die Rollenintensivierung einen großen Einfluss auf die Ergebnisse der Screeninginstrumente hat. So konnte herausgefunden werden, dass bei gering ausgeprägter Maskulinität bei Männern und Frauen ein höheres Risiko einer unipolaren Depression besteht (Zülke et al. 2018, S. 8). Im Gegensatz dazu haben Männer, die sich stark an den traditionellen maskulinen Rollen orientieren, auch ein höheres Risiko an einer „männlichen Depression“ zu erkranken (Zülke et al. 2018, S. 9). Dies gilt es zu berücksichtigen, wenn im Allgemeinen von Geschlechterunterschieden gesprochen wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es im Hinblick auf die Geschlechterunterschiede der Prävalenzen durch gendersensitive Screeninginstrumente sehr unterschiedliche Ergebnisse gibt. Ein Großteil der Studien kommt jedoch zu dem Entschluss, dass Geschlechterunterschiede stark vermindert oder sogar gänzlich aufgehoben werden konnten.

5.2 Symptomhäufigkeit

Zusätzlich zu den Ergebnissen der Prävalenzen, kann es interessant sein, sich die Häufigkeit der einzelnen Symptome genauer anzuschauen. Auf diesem Wege kann herausgefunden werden, ob die positiven Auswirkungen auf die Prävalenzzahlen wirklich durch das Implizieren von externalisierenden Symptomen zustande kommen. Ein besonderer Fokus soll daher auf die Symptome gelegt werden, die vorrangig von Männern beschrieben wurden und diejenigen, die am häufigsten bei Patienten mit einer bestätigten Depression auftreten.

Schaut man sich zunächst exemplarisch Auswertungen der „Gotland Male Depression Scale“ an, zeigen diese, dass Patienten mit vermehrten Stresssymptomen auch am häufigsten eine positive Diagnose auf Depressionen erhalten. Hierbei ist besonders hervorzuheben, dass das Symptom „Irritabilität“ am häufigsten bei positiv diagnostizierten Probanden vorkam (vgl. Abbildung 7). Vergleicht man folglich noch die unterschiedlichen Symptomausprägungen bei Männern und Frauen, lässt sich ein Gesamtbild der vorhandenen Analysen erstellen. Rice et al. (2017) konnten feststellen, dass die Mittelwerte der GMDS größtenteils geschlechtsäquivalent sind und sich keine Häufung von externalisierenden Symptomen bei Männern feststellen lässt. Dies lässt sich auch anhand der Abbildung 7 belegen. Dieses Ergebnis ist im Hinblick auf die vorherigen Erkenntnisse dieser Arbeit überraschend und gibt einen deutlichen Hinweis auf die Notwendigkeit weiterer Forschungen in dem Bereich. Jedoch konnte festgestellt werden, dass das Item „Hyperaktivität“ mit größerer Wahrscheinlichkeit von Männern genutzt wird als von Frauen. Diese geben vergleichend dazu häufiger Symptome an, welche die Familiengeschichte oder das Stresslevel bewerten (Rice et al. 2017, S. 194).

Symptome	Gesamt (n=999)	Keine Depression (n=779)	Depression möglich (n=220)
Erhöhtes Stressgefühl	0,478	0,351	0,249
Erhöhte Reizbarkeit	0,513	0,358	0,352
Burn out	0,624	0,483	0,276
Müdigkeit	0,610	0,518	0,262
Irritabilität	0,628	0,474	0,455
Entscheidungsprobleme	0,398	0,263	0,267
Schlafstörungen	0,576	0,477	0,215
Missmut	0,541	0,348	0,330
Erhöhter Alkoholkonsum	0,440	0,307	0,309
Verhaltensänderung	0,516	0,316	0,349
Hoffnungslosigkeit	0,544	0,353	0,447
Selbstmitleid	0,477	0,315	0,239
Psychische Störungen in Familie	0,337	0,246	0,333

Für alle Korrelationen gilt $p < 0,01$.

Abbildung 7: Item-total-Korrelationen der Gotland Scale for Male Depression in Abhängigkeit vom Depressionsrisiko (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 646)

In Abbildung 8 werden die einzelnen Items noch einmal, unabhängig von der Geschlechterperspektive, nach ihrem Depressionsrisiko dargestellt. Es lässt sich besonders gut erkennen, dass das Symptom „Schlafstörungen“ am häufigsten bei

denjenigen vorkam, bei denen eine Depression möglich ist. Dieses Symptom ist jedoch auch im ICD-10 aufgeführt und gehört somit nicht zu den „männerspezifischen Symptomen“. Auch die Symptome „Müdigkeit“, „Burn-out“, „erhöhter Alkoholkonsum“ und „Irritabilität“ sind bei einem Großteil der Probanden mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für Depressionen gegeben (vgl. Abbildung 8). Diese Symptome hingegen sind nicht in den gängigen Screeninginstrumenten aufgeführt (vgl. Kapitel 2.3). In dieser Analyse stellen sie sich jedoch als wichtige Komponenten der Diagnostik heraus. Das Nichtberücksichtigen dieser Symptome könnte also dazu führen, dass einige depressiv Erkrankte nicht erkannt werden.

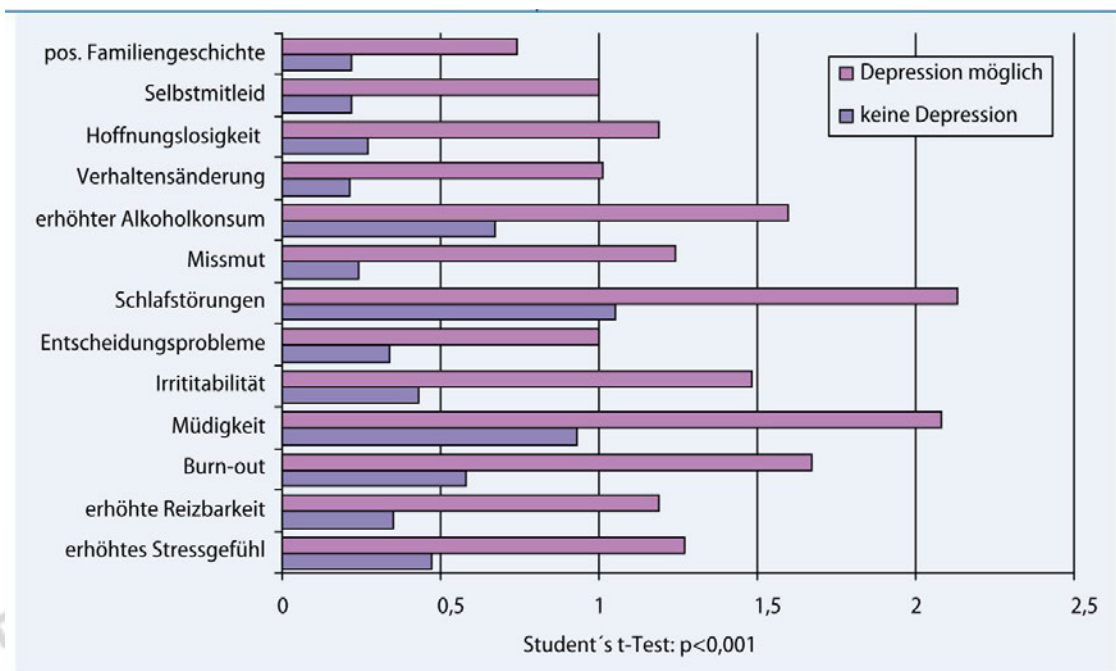


Abbildung 8: Mittelwerte der Depressions- und „männlichen“ Stresssymptome nach Depressionsrisiko (Möller-Leimkühler et al. 2007b, S. 644)

Betrachtet man die Gesamtheit der externalisierenden Symptome in der GMDS, so lässt sich sehr deutlich herausfiltern, dass diese vermehrt bei Personen angegeben wurde, die mit der GMDS als depressiv eingeschätzt wurden. Betrachtet man jedoch vergleichend die Symptomausprägung der Patienten, die mithilfe eines herkömmlichen Screeninginstrumentes (BDI) als depressiv identifiziert wurden, so fällt auf, dass diese auch primär traditionelle Symptome wiedergeben. Hierzu zählen beispielsweise Niedergeschlagenheit oder Interessenverlust (Zülke et al. 2018, S. 8). Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass bei der Verwendung von nur einer der Skalen jeweils einige Patienten mit einer depressiven Erkrankung unentdeckt geblieben wären.

Eine vergleichbare Studie, die die „Male Depression Risk Scale“ analysiert hat, zeigte jedoch grundlegend andere Ergebnisse als die GMDS. Hierbei ließ sich eine deutliche Tendenz hinsichtlich externalisierender Symptome bei Männern herausarbeiten. Jedoch nahmen darüber hinaus auch die Anzahl der typischen Depressionssymptome zu, sofern ein kritisches Lebensereignis bei einem Probanden eingetreten ist (Zülke et al. 2018, S. 9). Es kann also davon ausgegangen werden, dass nicht ausschließlich externalisierende Symptome auf das Vorhandensein einer Depression hindeuten, sondern auch internalisierende Verhaltensweisen.

Eine Studie bezüglich der „Male Symptoms Scale“ konnte ebenfalls sehr klare Ergebnisse aufzeigen. Es konnte verdeutlicht werden, dass Männer primär mehr riskantes Verhalten zeigen, an Wutausbrüchen leiden oder gesteigerten Alkohol- und Drogenkonsum erwähnen als Frauen (Martin et al. 2013, S. 1104). Dies lässt sich unter der Betrachtung von Abbildung 9 nochmals bestätigen. Dieses Ergebnis hat zur Folge, dass Männer insgesamt häufiger als depressiv identifiziert werden konnten (Zülke et al. 2018, S. 8). Jedoch muss darüber hinaus betrachtet werden, dass die Symptome (risikoreiches Verhalten, Wutausbrüche und gesteigerter Alkohol- und Drogenkonsum) auch bei Frauen auftreten (Zülke et al. 2018, S. 8). Es muss also auch hier angemerkt werden, dass nicht bloß Männer unter externalisierenden Symptomen zu leiden scheinen, sondern, dass es auch einige Frauen gibt, bei welchen diese Symptome auftreten können. Umgekehrt konnte bereits festgestellt werden, dass es auch eine Vielzahl von Männern gibt, die von klassischen Symptomen einer Depression berichten.

Item Description	% (SE)		
	Total	Men	Women
Stress	68.9 (1.6)	63.3 (1.9)	75.2 (2.4) ^a
Irritability	90.3 (1.4)	86.6 (1.9)	94.7 (1.9) ^a
Anger attacks/aggression	92.05 (1.2)	94.85 (1.9) ^a	88.94 (1.4)
Sleep problems	37.7 (1.5)	29.2 (2.1)	47.1 (1.9) ^a
Alcohol/other drug abuse	51.6 (1.9)	61.4 (3.0) ^a	40.6 (1.9)
Loss of interest	89.7 (.973)	87.8 (1.5)	91.8 (1.0) ^b
Risk-taking behavior	41.6 (1.5)	52.7 (2.0) ^a	29.1 (2)
Hyperactivity	57.9 (1.4)	57.6 (2.1)	58.4 (1.8)
Mean score	6.06	6.05	6.07
Prevalence, %	23.8	26.3 ^c	21.9

^a $P \leq .001$.

^b $P \leq .05$.

^c $P \leq .01$.

Abbildung 9: Male-Symptoms-Scale Ergebnisse: Item-Befürwortung, mittlere Punktzahl und Prävalenz von Depressionen bei Männern (Martin et al. 2013, S. 1104)

Schaut man sich abschließend noch die Symptomausprägung bei Männern und Frauen am Beispiel der „Gender Inclusive Depression Scale“ an, lassen sich einige Ergebnisse weiter untermauern. So konnte auch hier gezeigt werden, dass die am häufigsten bestätigten Symptome, eine sehr ähnliche Ausprägung bei Männern und Frauen aufweisen (Martin et al. 2013, S. 1104). Eine solche Beobachtung wurde zuvor auch bei der GMDS gemacht (vgl. Rice et al. 2017, S. 194).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nicht jedes Ergebnis darauf hindeutet, dass externalisierende Symptome primär bei Männern auftreten. Bei einigen Items lassen sich zwar gewisse Tendenzen feststellen, jedoch deuten die meisten Ergebnisse auf die Geschlechtsäquivalenz der externalisierenden Symptome hin. Was jedoch mit übereinstimmenden Ergebnissen gesagt werden kann ist, dass externalisierende Symptome für eine Vielzahl von positiven Testergebnissen verantwortlich sind. Daraus lässt sich ableiten, dass externalisierendes Verhalten bei depressiven Menschen häufig in Erscheinung tritt.

5.3 Kritik an gendersensitiven Screeninginstrumenten

Allerdings sorgen einige Ergebnisse der Studien auch für einen kritischen Blick auf die neuen Screeninginstrumente. Um die Frage der Nutzbarkeit der neuen Screeninginstrumente beantworten zu können, ist es unumgänglich sich auch die Kritikpunkte der verschiedenen Autoren näher anzuschauen.

So konnte in einem diagnostischen Interview nach der Verwendung der GMDS herausgefunden werden, dass zwar ursprünglich mehr Männer als depressiv eingeschätzt wurden, jedoch wären 5 Probanden mit einer offensichtlichen Depression nicht erkannt worden. Zudem konnte in der Teilstichprobe der Patienten, „die psychische Probleme gegenüber dem Arzt erwähnten, [...] die GMDS keine zusätzlichen Fälle identifizieren“ (Stromberg et al. 2010, zitiert in Zülke et al. 2018, S. 8). Auch in eine Studie von Magovevic und Addis (2008) wurden starke Bedenken bezüglich der Validität und der Reliabilität der GMDS geäußert (Magovcevic und Addis 2008, S. 119). Ein anderer Kritikpunkt kommt von Möller-Leimkühler (2007). Demzufolge sind die Kriterien der Fragebogenentwicklung bei der „Gotland Male Depression Scale“ nicht erfüllt. Besonders die Formulierung der Items wird stark kritisiert. Als Beispiel führt Möller-Leimkühler Item 9 an, welches fünf

verschiedene Konstrukte impliziert, wodurch es unmöglich ist, auf jedes einzelne gezielt einzugehen. In der deutschen Übersetzung ist in Item 9 geschrieben: „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?“ (Rutz 1999, S. 31). Dieses eine Item umfasst bei genauerer Betrachtung also die Kriterien Alkoholmissbrauch, Beruhigungsmittelgebrauch, Flucht in die Arbeit, exzessives Sporttreiben und abweichendes Essverhalten (Möller Leimkühler et al. 2007a, S. 70).

Bezüglich der „Gender Inclusive Depression Scale“ und der „Male Symptoms Scale“ äußern sich Martin et al. (2013) auf kritische Art und Weise. Sie bringen an, dass in beiden Skalen nicht alle möglichen Symptome erfragt werden, obwohl diese zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der beiden Skalen schon in der Literatur erfasst waren. Als Beispiel geben sie an, dass das Maskieren von Depressionssymptomen durch risikoreiches Verhalten, Flucht in die Arbeit sowie veränderte Sexualität in keiner der Skalen berücksichtigt wurde (Rice et al. 2013, S. 1105).

Rice et al. (2013) äußern sich im Hinblick auf die „Male Depression Risk Scale“ ebenfalls kritisch. Sie hinterfragen grundlegend die Notwendigkeit der externalisierenden Symptome, indem sie zu bedenken geben, dass diese bei Männern nicht häufiger vorkommen als bei Frauen. Sie gehen davon aus, dass sie lediglich mit dem Stereotyp von Männlichkeit assoziiert werden und hinterfragen damit grundlegend das Konzept der „männlichen Depression“ (Rice et al. 2013, S. 950, 957). Die Kritik ist also nicht speziell auf die MDRS gerichtet, sondern vielmehr an das gesamte Konstrukt der „männlichen Depression“.

6. Ergebnisinterpretation

Nach eingehender Betrachtung der literaturbasierten Informationen dieser Arbeit, stellt sich nun die Frage, welche Bedeutung diese Ergebnisse für die Beantwortung der Forschungsfrage haben. Hinsichtlich der ersten Fragestellung: „**Gibt es eine männliche Depression?**“, lassen sich folgende Schlussfolgerungen zusammentragen:

Betrachtet man zunächst die Geschlechterrollen von Frauen und besonders die Stereotypen von Männlichkeit, erschließt sich die Annahme, dass Männer in verschiedensten Krisensituationen andere Verhaltensmuster aufweisen als Frauen. Die Geschlechterrollen weisen so gravierende Unterschiede auf, dass es beinahe grotesk

wirkt, anzunehmen, dass sich Männer und Frauen im Falle einer Depression gänzlich gleich Verhalten. Dem kommt erschwerend hinzu, dass die etablierten Symptome einer unipolaren Depression große Ähnlichkeiten mit stereotyper Weiblichkeit aufweisen. Demzufolge verhalten sich die Symptome einer unipolaren Depression und hegemoniale Männlichkeit gänzlich gegenteilig. Diese Erkenntnis legt nahe, dass sich Depressionen bei Männern auf eine andere Art äußern, was ein Erklärungsversuch für den Genderbias in der Depressionsdiagnostik darstellen könnte. Dass sich Depressionen bei Männern normabweichend äußern, zeigen auch die Ergebnisse der spezifischen Screeninginstrumente (vgl. Kapitel 5). Unter Berücksichtigung externalisierender Symptome konnte festgestellt werden, dass deutlich mehr Männer an Depressionen erkrankt sind oder wenigstens ein hohes Risiko für eine solche Erkrankung aufweisen. Da nicht mit Gewissheit gesagt werden kann, wie viele der in der Literatur erwähnten Suizidopfer tatsächlich an Depressionen erkrankt waren, können keine genauen Zahlen bezüglich der Auswirkungen der Screeninginstrumente auf das Geschlechterparadox genannt werden. Jedoch kann mit großer Sicherheit gesagt werden, dass durch die Verwendung der gendersensitiven Screeninginstrumente eine Möglichkeit gefunden wurde, die Unterdiagnostizierung von Männern deutlich zu verringern. Dieses Ergebnis beweist in erster Linie, dass durch das Implizieren von externalisierenden Symptomen in die Diagnose von Depressionen, mehr Männer als depressiv diagnostiziert werden. Jedoch klärt dies nicht abschließend die Frage, ob es sich bei der gestellten Diagnose:

1. um eine neue Form von Depressionen handelt, an welcher vorrangig Männer erkranken.
2. um Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) handelt, die die eigentliche Depressionserkrankung maskieren, um der Geschlechternorm zu entsprechen.
3. um ein gänzlich anderes Störungsbild handelt, wie etwa eine Zusammensetzung aus unipolarer Depression, Alkoholmissbrauchsstörung und antisozialer Persönlichkeitsstörung.

Um final beantworten zu können, ob es das Konstrukt der „männlichen Depression“ tatsächlich gibt, muss zunächst diese Frage beantwortet werden.

Gegen Annahme (1) spricht zunächst die Tatsache, dass die Ergebnisse aus Kapitel 5 ergaben, dass genauso viele Frauen wie Männer an einer „Männerdepression“ erkrankt waren (vgl. Martin et al. 2013, S. 1100). Es müsste sich folglich um eine gesonderte Form der Depression für beide Geschlechter handeln, wobei es jedoch keinen Grund zu der Annahme gibt, dass Frauen bei der Diagnose von Depressionen unterdiagnostiziert

werden und sie dadurch einer neuen Screeningmethode bedürfen. Dass nun beide Geschlechter hohe Prävalenzen der „Männerdepression“ erreichen, entkräftigt das Argument, dass es sich um einen speziellen Typ der Depression von Männern handelt.

Bezüglich der These (2) kann festgehalten werden, dass vieles darauf hindeutet, dass externalisierende Symptome als besondere Erscheinungsform von Depressionen, vorrangig bei Männern auftreten. Denkbar wäre, dass es sich hierbei um eine Reaktion auf die depressive Erkrankung (Bewältigungsstrategien) handelt. Auch der Zusammenhang zwischen Rollenkonformität und externalisierenden Symptomen spricht dafür, dass es sich um Bewältigungsstrategien handelt: Orientieren sich Männer verstärkt an gesellschaftlichen Normen, wird es ihnen schwerfallen, typisch weibliche Verhaltensweisen offenzulegen. In diesem Fall kann die Kompensation mit gesellschaftlich tolerierten, männlichen Verhaltensweisen, wie etwa Aggressivität oder risikoreiches Verhalten, dabei helfen, den unterdrückten Gefühlen Raum zu geben (vgl. Möller-Leimkühler 2008, S. 386).

Ein Gegenargument für die (3). Annahme, stellt ein Ergebnis aus der Studie von Martin et al. (2013) dar. Es konnte herausgefunden werden, dass sowohl die Ergebnisse aus der MSS, als auch die aus der GIDS deutlich mehr mit Depressionserkrankungen korrelieren, als mit anderen Störungsbildern. Es kann also angenommen werden, dass die Screeninginstrumente keine gänzlich andere psychische Störung diagnostizieren (Martin et al. 2013, S. 1103). Zudem konnte herausgefunden werden, dass eine „männliche Depression“ primär in frühen Stadien einer Depression auftritt (Möller-Leimkühler 2010b, S. 38 f.). Dies ist ein Indiz dafür, dass es sich nicht um eine neue psychische Störung handelt.

Der Argumentation sei jedoch an dieser Stelle hinzugefügt, dass sich bei der Beantwortung der Fragestellung einige Probleme ergeben. Bei der Betrachtung bisheriger Forschungen ist negativ aufgefallen, dass es erhebliche Schwierigkeiten bei der Überprüfung der, anhand von neuen Screeningtests als depressiv identifizierten, Probanden gibt. Durch das Abgleichen der neugewonnenen Ergebnisse mit Ergebnissen von herkömmlichen Screeningmethoden, erhält man lediglich eine Aussage darüber, wie viele Probanden nicht hätten erkannt werden können. Ob die, anhand von neuen Screeningtests depressiv eingeschätzten, Probanden letztendlich tatsächlich depressiv sind, ist zum Zeitpunkt der Erhebung fast unmöglich zu sagen. Dies ist abhängig von der Definition der jeweiligen depressiven Erkrankung, über welche unterdessen noch diskutiert wird. Ohne genau definiert zu haben, was unter einer „männlichen Depression“

tatsächlich zu verstehen ist und wie sie sich auswirkt, kann nicht erhoben werden, ob Patienten an ebendieser Erkrankung leiden. Derzeit wird hauptsächlich gemessen, wie viele Patienten an irgendeiner, von Depressionen abweichender, Krankheit leiden. Daraus ergibt sich, dass das Thema „männliche Depression“ bisher noch sehr unzureichend erforscht ist. Dadurch ist es zum aktuellen Zeitpunkt unmöglich mit Sicherheit zu sagen, ob es eine „männliche Depression“ wirklich gibt.

Doch was bedeutet dies nun für die Fragestellung?

Zum derzeitigen Zeitpunkt deuten die meisten Ergebnisse darauf hin, dass es in der Tat eine spezifische Depression gibt, an der mehr Männer erkranken als an unipolaren Depressionen. Es scheint jedoch keine neuerkannte Krankheit zu sein und auch kein spezieller Krankheits-Typ von Männern, sondern viel mehr eine Reaktion auf eine depressive Erkrankung, die aufgrund von gesellschaftlichen Normen vermehrt bei Männern auftritt. Dennoch konnte bewiesen werden, dass auch ein beträchtlicher Anteil von depressiven Frauen unter externalisierenden Symptomen leidet. Vor diesem Hintergrund scheint der Name „männliche Depression“ nicht ganz zutreffend. Eine mögliche Bezeichnung eines Konstrukts, das sowohl depressive Männer als auch Frauen mit externalisierenden Symptomen beschreibt, wäre „maskierte Depression“. Das Nichtbeachten dieser Symptome hatte in der Vergangenheit jedoch vor allem eine Unterdiagnostizierung von Männern zur Folge.

Die folgende Argumentation widmet sich der Frage: **„Können spezifische Screeninginstrumente bei der Diagnose von Depressionen bei Männern helfen?“** Hierfür werden die Ergebnisse aus Kapitel 5 dieser Arbeit gefiltert und bezüglich ihrer Bedeutung interpretiert.

Die Studien bezüglich der spezifischen Screeninginstrumente konnten zeigen, dass deutlich mehr Männer die vorläufige Diagnose „Depression“ erhielten als es zuvor der Fall war (vgl. Martin et al. 2013, S. 1100). Besonders einschneidend erscheint das Ergebnis, dass von suizidgefährdeten Männern mithilfe der gendersensitiven Screeninginstrumente deutlich mehr als depressiv erkannt werden konnten als es mit herkömmlichen Methoden der Fall gewesen wäre (Rice et al. 2019, S. 5). Dieses Resultat deutet darauf hin, dass die Verwendung der neuen Screeninginstrumente einen positiven Einfluss auf die Diagnose von Männern mit Depressionen hat. Die Tatsache, dass die großen Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Prävalenz durch die neuen Instrumente teilweise sogar ganz verschwinden, unterstreicht dies. Es zeigt zudem, dass externalisierende Symptome auch bei der Diagnose von Frauen helfen können. Bei der

Anwendung der GIDS und der MSS konnten darüber hinaus sogar höhere Prävalenzen für Männer dokumentiert werden. Die Spanne zwischen der Prävalenz von Männern und Frauen ist bei der Verwendung der MSS jedoch größer, was sich dadurch erklären lässt, dass hierbei ausschließlich männerspezifische (externalisierende) Symptome erfragt werden (Martin et al. 2013, S. 1100 ff.; Rice et al. 2019, S. 5). Die Tatsache, dass eine Skala, welche ausschließlich externalisierende Symptome impliziert und eine Skala mit gemischten Symptomen so ähnliche Prävalenzen aufweisen, zeigt, dass die externalisierenden Symptome eine große Bedeutung bei der Diagnose haben. Dies ergibt sich daraus, dass externalisierende Symptome die einzige Gemeinsamkeit beider Skalen darstellt und das Implizieren internalisierender Symptome keine signifikante Veränderung hervorruft.

Es zeigte sich jedoch, dass die anhand der GIDS als depressiv eingeschätzten Probanden zu größeren Teilen tatsächlich an einer unipolaren Depression litten, als es bei der MSS der Fall war. Durch die MSS erhielten zwar auf der einen Seite mehr Männer die Diagnose Depressionen, bekamen jedoch im Nachhinein häufiger abweichende Diagnosen, wie etwa Alkoholmissbrauchsstörung (vgl. Martin et al. 2013, S. 1103). Dies legt nahe, dass die hohen Werte der MSS dadurch zustande kommen, dass die Symptome mit anderen Störungsbildern korrelieren und somit keine wahrheitsgemäße Diagnose von Depressionen sichergestellt werden kann. Unter Einbezug von herkömmlichen (internalisierenden) Depressionssymptomen kann nicht nur die Vorhersagekraft der Skala erhöht werden, sondern zudem auch sichergestellt werden, dass tatsächlich eine depressive Erkrankung erfragt wird und kein komorbides Störungsbild. Es sei jedoch angemerkt, dass beide Skalen einen vergleichsweise hohen Korrelationswert mit anderen Störungen aufweisen. Dies legt nahe, dass bei dem Entwurf der Skalen der Ausschluss von anderen Erkrankungen fehlt. Um zu vermeiden, dass vermeintlich alkoholabhängige Patienten fälschlicherweise die Diagnose Depressionen bekommen, müssen Items impliziert werden, die eine klare Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen ermöglichen.

Vor dem Hintergrund, dass zum aktuellen Zeitpunkt davon ausgegangen werden muss, dass es sich bei dem Konstrukt der „männlichen Depression“ um Bewältigungsstrategien handelt und nicht um ein neuartiges Störungsbild, sollten die Instrumente so konzipiert werden, dass sie eine Weiterentwicklung der Screeninginstrumente für unipolare Depressionen sind. Die MSS hingegen untersucht obigen Ergebnissen zur Folge eine neuartige psychische Erkrankung.

Die Symptomausprägungen bei Männern und Frauen (Kapitel 5.2) legen nahe, dass nur wenige Männer internalisierende Symptome angeben. Jedoch geben im Gegensatz dazu viele Frauen externalisierende Symptome bei einer Erkrankung an. Dies macht noch einmal deutlich, dass externalisierende Symptome in der bisherigen Forschung, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, unterschätzt wurden. Unabhängig davon, ob es sich um eine neue Form von Depressionen handelt, oder um Coping-Strategien, müssen Menschen mit diesen Symptomen die Möglichkeit bekommen, ihre Erkrankung behandeln zu lassen. Eine fehlerfreie Diagnostik ist hierfür jedoch die Grundvoraussetzung. Das Implizieren von externalisierenden Symptomen, als mögliches Anzeichen einer depressiven Erkrankung, in die Diagnose erscheint sehr sinnvoll. Es konnte zweifelsfrei bewiesen werden, dass der „gender bias“ durch externalisierende Symptome fast gänzlich behoben werden konnte. Die Argumentation führt abschließend zu dem Ergebnis, dass eine Zusammensetzung aus internalisierenden und externalisierenden Symptomen das vielversprechendste Resultat erzielen konnten.

Wie lassen sich obige Erkenntnisse nun in die bestehende Literatur einordnen?

Eine ähnliche Meinung vertreten auch Rice et al. (2017). Sie befürworten das Einbinden von externalisierenden Symptomen in die bereits bestehenden Listen von internalisierenden Symptomen. Zudem fokussieren auch sie sich primär auf die Annahme, dass das Konstrukt der „Männerdepression“ keine reine Männerkrankheit beschreibt (Rice et al. 2017, S. 194).

Dies unterstützen auch Martin et al. (2013), indem sie betonen, dass nicht bloß Männer, sondern auch Frauen von der Verwendung einer gendersensitiven Screeningmethode profitieren würden (Martin et al. 2013, S. 1105).

In einer der aktuellsten Publikationen von Ollife et al. (2019) wird unterstützend dazu die große Chance betont, die die Verbesserung der Früherkennung von Depressionen mit sich bringen würde (Ollife et al. 2019, S. 102).

Und auch eine der bekanntesten Autorinnen in Bezug auf das Konstrukt der „Männerdepression“, Frau Möller-Leimkühler (2010), ist der Auffassung, dass externalisierende Symptome in der Depressionsdiagnostik bislang grundlegend unterschätzt wurden (Möller-Leimkühler 2010a, S. 17).

Es wird ersichtlich, dass bereits einige Autoren in den vergangenen Jahren die Ergebnisse dieser Arbeit unterstützen. Jedoch konnte unter Berücksichtigung verschiedener Studien und unterschiedlicher Screeningmethoden ein Gesamtbild geschaffen werden. Der

Großteil der bisherigen Arbeiten fokussiert sich hingegen auf ein einzelnes Screeninginstrument. Die Ergebnisse von allen vier Skalen zu vergleichen und in Verbindung zu setzen, konnte aussagekräftige Resultate erzielen. Dies wäre unter alleiniger Betrachtung einer einzelnen Skala nicht möglich gewesen. Der Vergleich der Skalen machte zudem deutlich, dass es hinsichtlich der Reliabilität und der Validität noch große Mängel bei allen vier Skalen gibt. Es fehlt hier an wissenschaftlicher Fundierung, da alle Aussagen über das Konstrukt der „männlichen Depression“ sehr vage sind und nicht hinreichend belegt wurden. Es besteht die Notwendigkeit einer Einigung über die Existenz des Konstrukts, um daraufhin ein passendes Screeninginstrument entwickeln zu können. Aus diesem Grund sollte die Nutzung aller vier Instrumente zum jetzigen Zeitpunkt sehr kritisch angesehen werden, da es noch an fundamentalem Grundwissen fehlt.

7. Fazit

In dieser Arbeit wurde die Frage behandelt, ob es das aktuell viel diskutierte Konstrukt der „männlichen Depression“ tatsächlich gibt. Um diese Frage wissenschaftlich zu erarbeiten, wurden Depressionen als anerkanntes Krankheitsbild zunächst näher beschrieben. Um weiterhin herauszuarbeiten, woher abweichende Symptome bei Männern mit Depressionen herrühren könnten, wurden Geschlechterstereotype und Geschlechterrollen aufgearbeitet. Beide Kapitel finden im darauffolgenden Teil der Arbeit ihren Zusammenschluss, indem das Konstrukt der „männlichen Depression“ erläutert wird. Neben den spezifischen Symptomen, die sich anhand der Geschlechterstereotype gut erklären lassen, wurden auch bereits erarbeitete, neuartige Screeningmethoden vorgestellt, welche bei der Diagnose einer „männlichen Depression“ helfen sollen. Aus diesem Zusammenhang ergibt sich auch die zweite Forschungsfrage, die darauf abzielt, ob gendersensitive Screeningmethoden bei der Diagnose von „männlichen Depressionen“ helfen können. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden Studien herangezogen, die die Nutzbarkeit dieser Instrumente in Stichproben erforscht haben. Auf diesem Wege konnten die verschiedenen Instrumente, vor allem im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Diagnose von Depressionen bei Männern, verglichen werden. Welche Symptome dabei eine besondere Bedeutung für das Endergebnis hatten, ist hierbei ein wichtiger Anhaltspunkt für die Beantwortung der Forschungsfrage.

Die Ergebnisse dieser Arbeit konnten bestätigen, dass Geschlechtsstereotype von Männern einen großen Einfluss auf ihr Verhalten haben. Durch den Drang, sich

entsprechend ihres Geschlechts Verhalten zu müssen, um den eigenen sozialen Status nicht zu bedrohen, zeigen sich vermehrt externalisierende Verhaltensweisen (Möller-Leimkühler 2010b, S. 36). Im Vergleich zu typischen Symptomen einer unipolaren Depression ist dieses Verhalten grundgegensätzlich und wurde deshalb bisher auch nicht mit Depressionen in Verbindung gebracht. Neueste Erkenntnisse sowie die Ergebnisse dieser Arbeit konnten jedoch zeigen, dass externalisierende Symptome sehr wohl ein Anzeichen für Depressionen sein können. Um die internalisierenden, weiblichen Symptome einer Depression nicht nach außen tragen zu müssen, reagieren viele Männer mit sogenannten Bewältigungsstrategien, die sich zum Beispiel in Form von Aggressionen oder risikoreichem Verhalten äußern. Es ist ein Ventil, um aufgestauten, krankheitsbedingten Emotionen Luft zu machen, ohne gegen gesellschaftliche Normen zu verstoßen (Möller-Leimkühler 2008, S. 384). Auf Basis der Erkenntnisse aus Kapitel 6 dieser Arbeit, kann folglich festgehalten werden, dass es das Konstrukt der „männlichen Depression“ zu geben scheint. Hinsichtlich der Definition zeigt sich jedoch noch erheblicher Forschungsbedarf. Ob sich bisher veröffentlichte Annahmen bezüglich des Konstrukts bewahrheiten, bleibt abzuwarten. Es zeigt sich jedoch, dass auch ein erheblicher Anteil von Frauen an externalisierenden Symptomen leiden, weshalb der Begriff „männliche Depressionen“ überdacht werden sollte.

Die Zusammenfassung der Studien, welche die Nutzbarkeit der Screeninginstrumente getestet haben, ergab, dass durch ihre Verwendung der „gender bias“ in der Depressionsdiagnostik aufgehoben werden konnte. Dieses Ergebnis beweist, dass geschlechtsspezifische Screeninginstrumente bei der Diagnose von Depressionen helfen können. Durch die Erkenntnis, dass „männliche Depressionen“ keine neue Krankheitsform darstellen, sondern alternative Symptome einer Depression sind, die durch Bewältigungsstrategien hervorgerufen werden, konnte erarbeitet werden, dass eine Zusammensetzung von typischen Depressionssymptomen und externalisierenden Symptomen für die Diagnose am zielführendsten ist. Die Tatsache, dass hierdurch Frauen bei der Diagnostik nicht unbeachtet bleiben würden, unterstreicht das Ergebnis.

Die Erarbeitung einer Antwort auf die Forschungsfrage brachte im Rahmen dieser Arbeit einige Schwierigkeiten mit sich. Eine besondere Herausforderung stellte die unzureichende Validierung des Themas dar. Die Annahmen verschiedener Autoren berufen sich auf einzelne Stichproben, welche oftmals einen unzureichenden Umfang haben. Zudem wurden einige der Studien bezüglich der Screeninginstrumente lediglich an Männern durchgeführt. Der Vergleich der Geschlechterunterschiede mit und ohne

geschlechtsspezifischem Inventar, konnte folglich nicht bei allen Screeninginstrumenten vorgenommen werden.

Primär sollte durch diese Arbeit deutlich geworden sein, dass externalisierende Symptome ein wesentlicher Bestandteil von Depressionen sind. Auch wenn nicht abschließend geklärt ist, wie diese Symptome in das Gesamtbild „Depression“ einzuordnen sind, konnte ihre Bedeutung deutlich hervorgehoben werden. Alle Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich weitere wissenschaftliche Validierungen lohnen werden. Die Hoffnung, dass durch neue genderübergreifende Screeninginstrumente mehr Männer mit Depressionen erkannt werden können, ist durchaus berechtigt. Es ist jedoch dringend erforderlich, dass sich Wissenschaftler zunächst über eine Definition bezüglich der „Männerdepression“ einig werden. Folglich muss ein passendes Screeninginstrument entwickelt werden, welches externalisierende Symptome in bestehende Skalen integriert. Der Fokus sollte hierbei nicht nur auf den typischen Symptomen für Männer liegen.

Wenn dies gelingt, kann ein großer Teil zur Gesundheit der Allgemeinbevölkerung beigetragen werden. Bei 22,7 männlichen Suizidopfern auf 100.000 Einwohnern wird die Dringlichkeit dieser Debatte nochmals deutlich (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019, S. 34). Die Früherkennung von Depressionen ist für einen positiven Krankheitsverlauf fundamental. Durch eine neuartige Methode, die auch „maskierte Depressionen“ in der Diagnose sichtbar machen, könnte die Suizidrate nachhaltig gesenkt werden. Mehr Männer bekämen die Chance zu einer professionellen Behandlung und bekämen Zugang zu Psychopharmaka. Ziel muss es weiterhin bleiben, unsere bestehenden diagnostischen Möglichkeiten zu hinterfragen und immer weiter auszubauen. Insbesondere hohe Suizidraten sollten dazu anspornen, die Forschung weiter voranzutreiben und möglichst schnell eine wissenschaftlich validierte Screeningmethode zur Erkennung einer „maskierten Depression“ zu entwickeln.

8. Literaturverzeichnis

- Affi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Med J*, 48(5), 385–391.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.-P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 252(5), 201–209.
- Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Springer-Lehrbuch: Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 879–914). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Beutel, M. E., Brähler, E., & Tibubos, A. N. (2019). Gender und psychische Gesundheit. In I. Moeslein-Teising, G. Schäfer, & R. Martin (Hrsg.), *Geschlechter-Spannungen* (S. 54–65). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019). *Gender-Gesundheitsbericht: Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Ergebnisbericht*. Wien.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 733–739.
- Clark, V. A., Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., & Morgan, T. M. (1981). Analysis of effects of sex and age in response to items on the CES-D scale. *Psychiatry Research*, 5(2), 171–181.
- Darley, J. M., & Fazio, R. H. (1980). Expectancy confirmation processes arising in the social interaction sequence. *American Psychologist*, 35(10), 867–881.
- Deisenhammer, E. A., & Hausmann, A. (2012). Affektive Störungen (ICD-10 F3). In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 153–195). Vienna: Springer Vienna.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2017). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabelle ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J.E. Cooper* (1. Nachdruck der 8., überarbeiteten Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2016). Bern: Hogrefe.
- Egan, S., & Perry, D. (2001). Gender Identity: A Multidimensional Analysis With Implications for Psychosocial Adjustment. *Developmental Psychology*, 37(4), 451–463.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., & Döpfner, M. (Hrsg.) (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2., korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Ferrari, A. J., Norman, R. E., Freedman, G., Baxter, A. J., Pirkis, J. E., Harris, M. G., Page, A., Carnahan, E., Degenhardt, L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*, 9(4), 1-11.
- Gruber, J., & Grube, M. (2016). Geschlechtsspezifische Aspekte bei unipolarer Depression. *DNP - Der Neurologe und Psychiater*, 17(5), 49–58.
- Haenel, T. (2008). *Sachbuch: Depression. Leben mit der schwarz gekleideten Dame* (1. Aufl.). Heidelberg: Spektrum Akad. Verl.
- Jackl, A. (2018): *Vorläufige Validierung eines gendersensitiven Depressionsscreenings an einer Stichprobe ambulanter Patienten der somatischen Medizin*. Dissertation. München.
- Jakubaschk, J. (1994). Depression and hospitality in an amish population. *Der Nervenarzt*, 65(9), 590–597.
- Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., & Regier, D. A. (2013). DSM-5--the future arrived. *JAMA*, 309(16), 1691–1692.
- Loewenthal, K., Goldblatt, V., Gorton, T., Lubitsch, G., Bicknell, H., Fellowes, D., & Sowden, A. (1995). Gender and depression in Anglo-Jewry. *Psychological medicine*, 25(5), 1051–1063.
- Luck, T., Then, F. S., Engel, C., Loeffler, M., Thiery, J., Villringer, A., & Riedel-Heller, S. G. (2017). Die Prävalenz aktueller depressiver Symptomatik in einer urbanen Erwachsenenpopulation. *Psychiatrische Praxis*, 44(3), 148–153.
- Magovcevic, M., & Addis, M. E. (2008). The Masculine Depression Scale: Development and psychometric evaluation. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(3), 117–132.
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1100–1106.
- Möller-Leimkühler, A. M., Heller, J., & Paulus, N.-C. (2007a). Subjective well-being and 'male depression' in male adolescents. *Journal of affective disorders*, 98(1-2), 65–72.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2008). Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern? *Der Gynäkologe*, 41(5), 381–388.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2009). Männer, Depression und "männliche Depression". *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 77(7), 412-422.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2010a). DFP: Depression bei Männern: Eine Einführung. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11(3), 11–20.
- Möller-Leimkühler, A. M., Paulus, N.-C., & Heller, J. (2007b). "Male depression" in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. *Der Nervenarzt*, 78(6), 641-650.

- Möller-Leimkühler, A., Heller, J., & Paulus, N.-C. (2007c). Geschlechtsrollenorientierung, Risiko einer Male Depression und Hilfesuchverhalten bei jungen Männern. *Psychiatrische Praxis*, 34(1), 173–175.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2010b). Unterdiagnostiziert und lebensbedrohlich. *Uro-News*, 14(10), 36–41.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2019). Geschlechterspezifische Aspekte psychischer Störungen. *Public Health Forum*, 27(2), 139–142.
- Möller-Leimkühler, A. M., & Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 22–29.
- Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Seidler, Z. E., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., & Rice, S. M. (2019). Men's Depression and Suicide. *Current psychiatry reports*, 21(10), 103.
- Pieh, C., Altmepfen, J., Neumeier, S., Loew, T., Angerer, M., & Lahmann, C. (2012). Geschlechtsunterschiede in der multimodalen Therapie depressiver Störungen mit komorbider Schmerzsymptomatik. *Psychiatrische Praxis*, 39(6), 280–285.
- Rice, S. M., Aucote, H. M., Möller-Leimkühler, A. M., & Amminger, G. P. (2017). Confirmatory Factor Analysis of the Gotland Male Depression Scale in an Australian Community Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(3), 190–195.
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., & Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: furthering the assessment of depression in men. *Journal of affective disorders*, 151(3), 950–958.
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., Möller-Leimkühler, A., Treeby, M. S., & Amminger, G. P. (2015). Longitudinal sex differences of externalising and internalising depression symptom trajectories: Implications for assessment of depression in men from an online study. *The International journal of social psychiatry*, 61(3), 236–240.
- Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., Seidler, Z. E., Dhillon, H. M., & Oliffe, J. L. (2019). Validity of the Male Depression Risk Scale in a representative Canadian sample: sensitivity and specificity in identifying men with recent suicide attempt. *Journal of mental health*, 28(2), 132–140.
- Rutz, W. (1999). Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *International Clinical Psychopharmacology*, 14(3), 27–33.
- Rutz, W., Knorrung, L. von, Pihlgren, H., Rihmer, Z., & Wålinder, J. (1995). Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *The Lancet*, 345(8948), 524.
- Scherr, S. (2016). *Depression – Medien – Suizid*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schigl, B. (2018). *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Schuch, J. J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W. J. H., & Jonge, P. de (2014). Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 156, 156–163.
- Schweiger, U., Sipos, V., Faßbinder, E., & Klein, J. P. (2018). Traumatisierung und Depression. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 86(10), 654–666.
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical psychology review*, 49, 106–118.
- Semmler, C., & Klumb, P. L. (2004). Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz depressiver Symptomatik: Ein Resultat differentieller Validität der Erhebungsinstrumente? *Journal of Public Health*, 12(2), 139–146.
- Siegler, R., Eisenberg, N., DeLoache, J., Saffran, J., & Pauen, S. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Stieglitz, R.-D. (2007). Screening. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 57(3-4), 178-189.
- Stoppe, G. (2008). Depressionen im Alter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51(4), 406–410.
- Techniker Krankenkasse (2019). Gesundheitsreport. Arbeitsunfähigkeiten. Hamburg.
- WHO (2008). *The global burden of disease. 2004 update*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (2017). *Weltgesundheitsstag: Wir müssen offen über Depressionen reden, um Bewusstsein und Verständnis zu schaffen und Stigmatisierung zu bekämpfen*. <https://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2017/04/world-health-day-2017-depression-lets-talk/news/news/2017/04/world-health-day-open-dialogue-about-depression-is-needed-to-raise-awareness,-build-understanding-and-reduce-stigma>. Zugegriffen: 28. November 2020.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Springer-Lehrbuch: Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 3–25). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Wolfersdorf, M. (2006). Suizidalität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld, & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 287–301). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Zierau, F., Bille, A., Rutz, W., & Bech, P. (2002). The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic journal of psychiatry*, 56(4), 265–271.
- Zülke, A., Kersting, A., Dietrich, S., Luck, T., Riedel-Heller, S. G., & Stengler, K. (2018). Screening Instruments for the Detection of Male-Specific Symptoms of Unipolar Depression – A Critical Overview. *Psychiatrische Praxis*, 45(4), 178–188.

Sekundärquellen

- Bech, P. (2001). Male depression: stress and aggression as pathways to major depression. In: A. Dawson, A. Tylee (Hrsg.), *Depression: Social and economic timebomb*. S. 63-66. London: BMJ Books.
- Fields, A.J. & Cochran, S.V. (2011). *Men and depression: current perspectives for health care professionals*. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5 (1), S. 92-100.
- Kühner, C. (2006). Frauen. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld, F-W. Schwarz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. S. 191-214. Berlin Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Stromberg, R., Backlund, L.-G. & Lofvander, M. (2010). *A comparison between the Beck's Depression Inventory and the Gotland Male Depression Scale in detecting depression among men visiting a drop-in clinic in primary care*. *Nord Psychiatry*, 64 (4), S. 258–264.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Depressionsrate nach Alter und Geschlecht	5
Abbildung 2: Suizidrate nach Altersgruppen und Geschlecht.....	6
Abbildung 3: ADS-L mit 22 Items	14
Abbildung 4: Gotland-Male-Depression-Scale	33
Abbildung 5: Male-Depression-Risk-Scale	35
Abbildung 6: Korrelationen der MSS und der GIDS mit anderen psychischen Störungen	38
Abbildung 7: Item-total-Korrelationen der Gotland Scale for Male Depression in Abhängigkeit vom Depressionsrisiko	41
Abbildung 8: Mittelwerte der Depressions- und „männlichen“ Stresssymptome nach Depressionsrisiko	42
Abbildung 9: Male-Symptoms-Scale Ergebnisse: Item-Befürwortung, mittlere Punktzahl und Prävalenz von Depressionen bei Männern	43

Persönliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

„Geschlechtsspezifische Aspekte einer Depression“

selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelor-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

(Ort, Datum)

(Antonia Kautz)

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF