

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung

Möller-Leimkühler AM

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2005; 6 (3), 29-35

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroI NeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

e-Abo kostenlos

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal **Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr

Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung

A. M. Möller-Leimkühler

Aus der Perspektive der historisch/gesellschaftlich konstruierten sozialen Geschlechtsrollen wird anhand sozialepidemiologischer Daten die Frage erörtert, welche Zusammenhänge zwischen den traditionellen Geschlechtsrollen und dem Auftreten psychischer Störungen bestehen. Die Geschlechtsrolle stellt ein zentrales Bindeglied zwischen personaler und sozialer Identität sowie gesellschaftlichen Bedingungen dar. Hinter den geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Störungsprofilen bei Männern und Frauen verbirgt sich eine Reihe von Risikofaktoren, die jeweils andere Konsequenzen für die Geschlechter haben. Diese Risikofaktoren sind einerseits mit der sozialen Lage verknüpft (Rollenvielfalt vs. Rollenreduktion, Arbeitslosigkeit, berufliche Gratifikationskrisen, Ehe/Trennung), andererseits entstehen sie über handlungsrelevante soziale Stereotypisierungen („Gender bias“) in medizinischen Institutionen. Gesundheitsrisiken sind nicht nur extern mit der Geschlechtsrolle verbunden, sondern können sich auch über die Internalisierung traditioneller Weiblichkeits- und Männlichkeitsnormen entwickeln, die zu geschlechtsspezifischen Verarbeitungsmustern psychosozialer Belastungen führen. So fördern geschlechtstypische Gesundheits- und Krankheitskonzepte, geschlechtstypische Belastungskonstellationen und Defizite normativer Sozialisation bei Frauen eher affektive und psychosomatische Störungen, bei Männern eher Alkoholabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Gewaltdelikte und Suizid.

Die dargestellten Zusammenhänge zwischen sozialem Geschlecht und psychischen Störungen haben zahlreiche Implikationen für eine geschlechter-sensible Forschung, Therapie und Gesundheitspolitik.

Schlüsselwörter: Gender, Geschlechtsrolle, Gender bias, Epidemiologie, psychische Störungen

Gender-Roles and Mental Disorders. Relationships between traditional gender-roles and prevalence of mental disorders are discussed by giving an overview over epidemiological data in this field. Gender refers to the social constructions of masculinity and femininity. It is a central determinant of health and illness, linking personal/social identity and societal conditions. There are different gender-related profiles of mental disorders, which are associated with risk factors, which evidently result in different consequences for males and females. These risk factors stem from the socioeconomic position (multiple roles vs. role reduction, unemployment, effort-reward-imbalance at work, marriage/separation) as well as from gender bias in medical institutions. Health risks are not only externally mediated by gender-roles, but may also develop due to the internalisation of masculine and feminine norms. This leads to different gender-related stress-response and coping strategies. Thus, gender-related concepts of health and illness, gender-related patterns of stress, and deficiencies of normative socialisation add to affective and psychosomatic disorders in females, and to alcohol dependence, personality disorders, violence and suicide in males. The impact of gender on mental health has numerous implications for research, therapy, and health policies. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2005; 6 (3): 29–35.

Key words: gender, gender bias, gender-related risk factors, mental health

Geschlechtsrolle und Geschlechtsrollenmodelle

Geschlecht als soziale Kategorie

Das Geschlecht ist wie das Alter nicht nur eine biologische, sondern auch eine soziale Kategorie, ein grundlegendes Prinzip gesellschaftlicher Organisation. Das in unserer Gesellschaft trotz Chancengleichung weiterhin hierarchische Geschlechterverhältnis hat sich auf der Basis komplementärer Rollenzuschreibungen durch die gesellschaftlich organisierte geschlechtsspezifische Arbeitsteilung und ihre unterschiedliche soziale Bewertung konstituiert. Es wird in der Sozialisation im Kindes- und Jugendalter vermittelt und reproduziert sich in sozialen Interaktionen („doing gender“) sowie über die Verankerung in sozialen Institutionen. Indem der Zugang zu persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen durch die Geschlechtszugehörigkeit strukturiert wird, entstehen unterschiedliche gesundheitliche Lagen und Bedürfnisse von Männern und Frauen. Darüber hinaus interagiert Geschlecht mit anderen Prinzipien sozialer Differenzierung wie Alter, soziale Schicht oder ethnische Zugehörigkeit, wodurch geschlechtsspezifische Risiken und Ressourcen modifiziert werden.

Geschlechtsrolle und Geschlechterstereotype

Auch wenn das biologische Geschlecht („sex“) Aspekte geschlechtsspezifischen Verhaltens bedingen mag, legt es dennoch nicht das gesamte geschlechtsspezifische Verhaltensrepertoire fest. Trotzdem dient die Geschlechtszugehörigkeit als Bezugspunkt für soziale Konstruktionen von Weiblichkeit und Männlichkeit als Geschlechtsrolle („gender“). Diese umfaßt die kulturell vorherrschenden Er-

wartungen und sozialen Normen, die festlegen, welche Fähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen für eine Frau und für einen Mann typisch, angemessen und sozial erwünscht sind. Die sozialen Geschlechtsrollen haben nicht nur eine zentrale Bedeutung für die Sozialstruktur, sondern auch für die persönliche/soziale Identität und Selbstregulation des einzelnen wie für die Bewertung anderer sozialer Rollen.

Im traditionellen eindimensionalen Geschlechtsrollenmodell, das bis in die 1970er Jahre dominierte, wird davon ausgegangen, daß Maskulinität und Femininität sich einander ausschließen und jeweils Merkmale einer gelungenen männlichen und weiblichen Geschlechtsrollenidentität (-orientierung) darstellen. Ergebnisse der Stereotypenforschung haben diese Bipolarität von Maskulinität und Femininität bestätigt und bestätigen sie noch heute:

- *Expressivität* als weibliches Rollenstereotyp mit den Attributen passiv, angepaßt, nachgiebig, vorsichtig, ängstlich, harmonisierend, abhängig, emotional, wenig selbstsicher, beziehungsorientiert und
- *Instrumentalität* als männliches Rollenstereotyp mit den Attributen aggressiv, aktiv, rational, ehrgeizig, zielorientiert, kompetitiv, durchsetzungsfähig, unabhängig, selbstsicher, abenteuerfreudig, entscheidungsfreudig.

Diese stereotypen Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit, deren Inhalte an die arbeitsteiligen geschlechtsspezifischen Rollenanforderungen (Familienrolle der Frau, Berufsrolle des Mannes) geknüpft sind, haben die Funktion, die Vieldeutigkeit interpersoneller Prozesse durch Informationsreduktion zu vereinfachen und eine schnelle subjektive Orientierung zu ermöglichen. Im Alltagsbewußtsein verlieren die Geschlechterstereotype allerdings oft ihren Status der sozialen Konstruktion und nehmen den Charakter von Persönlichkeitseigenschaften an, die im „Wesen“ der Frau oder des Mannes begründet liegen [1]. Insbesondere dann, wenn Stereotypmerkmale und intrapsychi-

Aus der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, München
Korrespondenzadresse: PD Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, D-80336 München, Nußbaumstraße 7;
E-Mail: anne-maria.moeller-leimkuehler@med.uni-muenchen.de

sche Bedürfnisse erheblich divergieren, können Konflikte entstehen, die die Entwicklung psychischer Störungen begünstigen.

Die Gefahr der psychiatrischen Etikettierung ist insbesondere für stereotypkonformes Verhalten von Frauen gegeben: Die mittlerweile klassische Studie von Brovermann et al. [2] konnte einen doppelten Standard psychischer Gesundheit nachweisen, der genau mit den traditionellen Geschlechterrollenzuschreibungen kompatibel war. Die Eigenschaften, die einem gesunden Erwachsenen zugeschrieben wurden, waren in der Beurteilung klinischer Experten identisch mit den typisch männlichen Eigenschaften, unterschieden sich jedoch von denen, die einer gesunden Frau zugeschrieben wurden. Deren Charakterisierung glich der Beschreibung eines psychisch kranken Mannes. Der damit dokumentierte „Gender Bias“, nämlich die stereotype Verknüpfung von Weiblichkeit mit psychischer Störung und Männlichkeit mit psychischer Gesundheit, spiegelt sich offensichtlich in den unterschiedlichen Krankheitsprofilen von Männern und Frauen wider, d. h. sowohl in der Selbstwahrnehmung und Diagnosestellung, als auch im Design epidemiologischer Studien und in therapeutischen Entscheidungen [3].

Empirisch belegt ist, daß für beide Geschlechter eine psychische Störung umso eher diagnostiziert wird, je deutlicher das inkriminierte Verhalten aus dem Normbereich des Geschlechterstereotyps herausfällt, sei es im Sinne einer „Übererfüllung“ (bei Frauen z. B. große Ängstlichkeit oder Abhängigkeit von anderen, bei Männern z. B. sozialer Rückzug oder ausgeprägte Aggressivität) oder einer „Untererfüllung“ (bei Frauen z. B. sozialer Rückzug oder Aggressivität, bei Männern z. B. Weinerlichkeit oder soziale Unterordnung) [4]. Dieser Zusammenhang zeigt sich besonders deutlich bei den Persönlichkeitsstörungen [5, 6].

Replikationen der Studie von Broverman [7] bestätigen einerseits die Stabilität traditioneller Geschlechterstereotype, andererseits verweisen sie auf eine Veränderung in der Bewertung geschlechtstypischer Attribute: weibliche Attribute erscheinen inzwischen eher sozial erwünscht als männliche. Auch andere Studien belegen, daß trotz gesellschaftlicher Individualisierung und Enttraditionalisierung die Geschlechterstereotype erstaunlich änderungsresistent sind, sowohl über die Zeit als auch über die Kulturen [8–11]. Nach Untersuchungen von Meuser [12] legen gerade Männer eine beachtliche Kreativität an den Tag, um Irritationen, die durch den Wandel der Geschlechterverhältnisse erzeugt werden, nicht in Krisenerfahrungen münden zu lassen.

Nicht nur das weibliche, sondern auch das männliche Geschlechterstereotyp birgt aufgrund seiner Eindimensionalität Risiken für die psychische Gesundheit von Männern.

Das Ideal einer „hegemonialen Männlichkeit“ [13] als Ausdruck von Macht, Prestige und Überlegenheit ist nur für eine Minderheit von Männern realisierbar, während sich die Mehrheit mit vergleichsweise niedrigeren sozialen Positionen arrangieren muß. Dennoch fungiert die hegemoniale Männlichkeit als handlungsleitende Ideologie, an der sich Männer selbst messen und von anderen gemessen werden. Mögliche Folgen dieses „dramatischen Kontrasts zwischen kollektiver Privilegiertheit und persönlicher Unsicherheit“ (Connell) sind Rollenkonflikte, die über rollen-

konformes externalisiertes Verhalten wie Alkoholmißbrauch, Aggressivität oder extreme Risikofreudigkeit abgewehrt werden.

Ebenso wie für Frauen die traditionelle Festlegung auf Familie und Haushalt negative gesundheitliche Konsequenzen hat, trifft dies auch für Männer bzgl. der einseitigen Festlegung auf Erwerbsarbeit zu [14].

Geschlechtsspezifische Verteilungen psychischer Störungen

Insgesamt zeigen epidemiologische Daten, soweit sie gesicherte Aussagen zulassen, daß weder Frauen noch Männer das jeweils kränkere Geschlecht darstellen, sondern daß sie unterschiedliche Erkrankungsprofile aufweisen, in die geschlechterrollentypische Aspekte einfließen. Damit korrespondiert ein ebenfalls geschlechtstypisches Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Leistungen (2 F : M). Ein orientierender Überblick über das Geschlechterverhältnis bei einzelnen psychischen Störungen findet sich in Tabelle 1 [4, nach DSM-IV].

Frauen geben signifikant häufiger als Männer psychische, psychosomatische und vegetative Beschwerden an, die von der Frauengesundheitsforschung auch als „Frauensyndrom“ bezeichnet werden. Im Vergleich zu Männern sind Frauen von psychiatrischen Erkrankungen wie Depressionen (ausgenommen die bipolare Depression), Neurosen und Angsterkrankungen doppelt so häufig betroffen [15], bei der Agoraphobie wird sogar ein Frauenanteil von 80 % angegeben. Eßstörungen nehmen einen Spitzenplatz ein (vgl. Tab. 1). Von einer Medikamentenabhängigkeit sind Frauen dreimal häufiger betroffen als Männer.

Der Anteil der Männer überwiegt außer beim Alkoholismus bei den Persönlichkeitsstörungen und bei Suiziden. Schizophrene Psychosen sind bei beiden Geschlechtern gleich verteilt, wobei sich Geschlechtsunterschiede im Ersterkrankungsalter (Männer erkranken 3–4 Jahre früher) und im Krankheitsverlauf zeigen (Frauen haben in den ersten Jahren einen günstigeren Verlauf; [16]).

Neuere epidemiologische Daten verweisen auf bedeutsame Veränderungen in der psychischen Morbidität von Männern: Nachgewiesen ist eine zunehmende Depressionsrate bei jungen Männern [17, 18] sowie eine deutlich angestiegene subjektive Streßrate [19]. Die signifikant höhere Suizidrate (bis zu 4 M : F) hat sich insbesondere bei jungen und alten Männern weiter erhöht [20, 21] und kann zusammen mit der hohen Alkoholismusrate als Äquivalent der weiblichen Depression gelten.

Mögliche Ursachen der geschlechtsspezifischen Prävalenzunterschiede psychischer Störungen

Als Ursachen für geschlechtsspezifische Prävalenzunterschiede bei psychischen Störungen müssen neben methodologischen grundsätzlich biologische, psychische und soziale Faktoren angenommen werden, die erst im Ansatz untersucht sind; u. a. fehlt es an einer der Frauengesundheitsforschung entsprechenden Männergesundheitsforschung. Bisher liegen keine gesicherten Hinweise darauf vor, daß es eine geschlechtsspezifische biologische Vulnerabilität für bestimmte Erkrankungen gibt, allenfalls wird eine durch den Schutzfaktor Östrogen bedingte hö-

Tabelle 1: Geschlechterverhältnis bei psychischen Störungen nach DSM-IV [4]

Störung	Geschlechterverhältnis	Störung	Geschlechterverhältnis
Substanzbezogene Störungen		Anorexia nervosa	> 9 F : 1 M
– Alkohol	M > F	Bulimia nervosa	> 9 F : 1 M
– Amphetamine	M > F	Primäre Insomnie	F > M
– Koffein	M > F	Primäre Hypersomnie	3 M : 1 F
– Cannabis	M > F	Narkolepsie	M = F
– Kokain	M = F	Atmungsgebundene Schlafstörung	8 M : 1 F
– Nikotin	M > F	Schlafstörung mit Alpträumen	2–4 F : 1 M
– Opiate	3–4 M : 1 F	Pavor nocturnus	M = F
– Phencyclidin	2 M : 1 F	Schlafwandeln	M = F
– Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika	F > M	Störungen mit verminderter sexueller Appetenz	–
– Inhalantienintoxikation	3–4 M : 1 F	Sexuelle Aversion	–
– Polytoxikomanie		Dyspareunie	–
Schizophrenie	M = F	Weibliche Erregungsstörung	nur F
Schizophreniforme Störung	–	Erektionsstörungen	nur M
Schizoaffective Störung	F > M	Weibliche Orgasmusstörung	nur F
Wahnhaftige Störung	M = F	Männliche Orgasmusstörung	nur M
Kurze psychotische Störung	–	Ejaculatio praecox	nur M
Gemeinsame psychotische Störung	F > M	Vaginismus	nur F
Major Depression	2 F : 1 M	Exhibitionismus	M > F
Dysthyme Störung	2–3 F : 1 M	Frotteurismus	M > F
Bipolar-I-Störung	M = F	Fetischismus	M > F
Bipolar-II-Störung	F > M	Pädophilie	M > F
Zyklothymie	M = F	Sexueller Masochismus	20 M : 1 F
Panikstörung ohne Agoraphobie	2 F : 1 M	Sexueller Sadismus	M > F
Panikstörung mit Agoraphobie	3 F : 1 M	Transvestitischer Fetischismus	M > F
Agoraphobie ohne Panik	F > M	Voyeurismus	M > F
Spezifische Phobie	F > M	Geschlechtsidentitätsstörung	2–3 M : 1 F
Soziale Phobie	F > M	Intermittierende explosible Störung	M > F
Zwangsstörung	M = F	Kleptomanie	F > M
Posttraumatische Belastungsstörung	–	Pyromanie	M > F
Akute Belastungsstörung	–	Pathologisches Spielen	2 M : 1 F
Generalisierte Angststörung	2 F : 1 M	Trichotillomanie	F > M
Somatisierungsstörung	F > M	Paranoide Persönlichkeitsstörung	M > F
Undifferenzierte Somatisierungsstörung	F > M	Schizoide Persönlichkeitsstörung	M > F
Konversionsstörung	2–10 F : 1 M	Schizotypische Persönlichkeitsstörung	M > F
Schmerzstörung	F > M	Antisoziale Persönlichkeitsstörung	M > F
Hypochondrie	M = F	Borderline-Persönlichkeitsstörung	3 F : 1 M
Körperdysmorphie Störung	M = F	Histrionische Persönlichkeitsstörung	F > M
Vorgetäuschte Störung	M > F	Narzistische Persönlichkeitsstörung	1–3 M : 1 F
Dissoziative Amnesie	–	Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	M = F
Dissoziative Fugue	–	Dependente Persönlichkeitsstörung	F > M
Dissoziative Identitätsstörung	3–9 F : 1 M	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	2 M : 1 F
Depersonalisation	–		

here Vulnerabilitätsschwelle für schizophrene Frauen angenommen, die für das spätere Ersterkrankungsalter verantwortlich sein könnte [22].

Demgegenüber bestätigen Forschungsergebnisse in den letzten 15 Jahren zunehmend, daß Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit weitgehend auf unterschiedliche soziale Rollen und damit zusammenhängende Risiko- und Protektivfaktoren zurückgeführt werden können. Auch wenn diesen bei eher genetisch verursachten Erkrankungen nur eine Auslöserfunktion zukommt, spielen sie doch für die Bewältigung und den Verlauf psychischer Störungen eine wichtige Rolle.

Soziale Lebenslage von Männern und Frauen

Geschlechtsspezifische Risiken der Lebenslage und ihre subjektive Verarbeitung sind für Männer hauptsächlich hinsichtlich des Zusammenhangs kardiovaskulärer Erkrankungen und Erwerbstätigkeit nachgewiesen, für Frauen

hinsichtlich des Zusammenhangs psychischer Störungen und Familien-/Berufsorientierung. In dieser geschlechtstypischen Fokussierung zeigt sich bereits ein deutlicher Geschlechter-Bias: Dadurch, daß soziogenetische Faktoren in der Depressionsforschung hauptsächlich an weiblichen Populationen untersucht werden, lassen sich über deren Bedeutung für Vulnerabilität und Belastung bei Männern keine Aussagen machen. Erste empirische Hinweise liegen dafür vor, daß die Pfade von einem reduzierten Wohlbefinden bis zur Entwicklung einer klinischen Depression bei Männern anders verlaufen als bei Frauen [23].

Risikofaktoren für Frauen

Im weiblichen Lebensverlauf haben sich aufgrund der gestiegenen Erwerbsbeteiligung von Frauen und der damit verbundenen Wahlmöglichkeiten von Lebensformen verschiedene Risikolagen ausdifferenziert, sodaß nicht mehr von einer in sich homogen strukturierten Gruppe von Frauen ausgegangen werden kann. Nach bisherigen empi-

rischen Ergebnissen sind vor allem verheiratete Frauen zwischen 25 und 45 Jahren mit geringer Schulbildung, niedrigem sozioökonomischem Status, mehreren Kindern und Erwerbslosigkeit stark gefährdet, Depressionen zu entwickeln. Mütter mit niedrigem Sozialstatus und zunehmender Kinderzahl sind bezogen auf Bildung, Belastung, Bewältigung und sozialer Unterstützung überproportional benachteiligt. Damit haben sich die Ideale einer weiblichen Normalbiographie, Ehefrau, Mutter und Hausfrau zu sein, zumindest für Frauen unterer Schichten als spezifische Risikofaktoren für Depression erwiesen [24]. In den Studien von Brown und Mitarbeitern [25] erweist sich mit noch größerer Konsistenz das Fehlen einer Vertrauensbeziehung als depressionsfördernd. Dies korrespondiert – krankheitsunspezifisch – mit der Lebenssituation alleinerziehender Mütter und Väter, deren Gruppe aufgrund erhöhter Scheidungsraten und der Zunahme nichtehelich geborener Kinder in den letzten Jahrzehnten deutlich angewachsen ist. Unabhängig davon, ob diese Lebensform bewußt gewählt oder erlitten wurde, sind Alleinerziehende überproportional in den untersten Einkommensgruppen vertreten und benachteiligt hinsichtlich der Erwerbssituation, der wirtschaftlichen und Wohnsituation, der Kinderbetreuung und der gesellschaftlichen Teilhabe. Im Vergleich zu verheirateten Müttern leiden alleinerziehende Mütter stärker unter Allgemeinbeschwerden und Beeinträchtigungen ihrer psychischen Befindlichkeit sowie ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Diese Unterschiede lassen sich bei alleinerziehenden im Vergleich zu verheirateten Vätern nicht finden. Alleinerziehende Väter sind zwar mit ihrem Leben und ihrem Lebensstandard weniger zufrieden, dies scheint sich jedoch nicht auf die Gesundheit(seinschätzung) auszuwirken [26].

Erwerbstätigkeit als protektiver Faktor für Frauen

Als ein mit der sozialen Lage verknüpfter Protektivfaktor ist die Erwerbstätigkeit zu sehen, dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen und schließt ebenfalls die Müttererwerbstätigkeit ein. Auch wenn diese in der öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion häufig problematisiert wird, weil sie pathogene Rollenkonflikte und Überforderung mit sich bringe, weisen empirische Daten relativ konsistent nach, daß sich die Mehrfachbelastung von Frauen durch Familie und Beruf (multiple Rollen) nicht zwangsläufig negativ auswirkt, sondern mit besserer Gesundheit, höherer Lebenszufriedenheit und besseren Copingstrategien korreliert [27]. Allerdings zeigt sich hier, daß Arbeitsplatzmerkmale (insbesondere geringe Kontrolle bei hoher Beanspruchung), eine kritische Einstellung des Partners zur Erwerbstätigkeit der Frau und dessen mangelndes Engagement bei der Kinderbetreuung die gesundheitsförderlichen Effekte der Erwerbstätigkeit konterkarieren. Es sind also aufgrund des komplexen Zusammenhangs zwischen Erwerbstätigkeit und Depressionsrisiko bei Frauen sowohl gesundheitsförderliche als auch -beeinträchtigende Aspekte der Doppelbelastung durch Berufs- und Familienarbeit zu berücksichtigen.

Risikofaktoren für Männer

Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, führt zu einem schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand von Männern und Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen und zu einer höheren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Es handelt sich dabei weniger um spezifische Krankheiten als um Befindlichkeitsstörungen und psychosomatische Symptome, vor allem um Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität und Konzentrationsstörungen, die zu

körperlichen Beeinträchtigungen führen können. Die Unterschiede scheinen bei Männern jedoch deutlicher ausgeprägt zu sein [28] und signifikant häufiger zu Alkoholmißbrauch und Suizid zu führen [29, 30]. Arbeitslose Männer verbringen nahezu siebenmal mehr Tage mit der Diagnose einer psychischen Störung im Krankenhaus als nichtarbeitslose, wobei stationäre Aufenthalte wegen Alkoholmißbrauchs überwiegen. Bei stationär behandelten Frauen beträgt das Verhältnis 3 : 1 [26].

Als Ursachen für die stärkeren Effekte der Arbeitslosigkeit auf Männer sind einerseits die ausgeprägtere Erwerbsorientierung der Männer zu bedenken, die sie vulnerabler für sozioökonomische Stressoren macht, andererseits die Möglichkeit für Frauen, Arbeitslosigkeit im Sinne der traditionellen familiären Rollenaufteilung mit der Übernahme der Hausfrauenrolle zu kompensieren, auch wenn diese primär nicht angestrebt war. Daten aus Osteuropa belegen die hier nur grob skizzierte geschlechtsspezifische Ausprägung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit besonders deutlich [31].

Ein weiterer sozioökonomischer Risikofaktor sind berufliche Gratifikationskrisen [32], die zu psychosozialen Belastungen bei Frauen und Männern führen, bei Männern jedoch mit größeren gesundheitlichen Gefährdungen verbunden zu sein scheinen. Gratifikationskrisen, d. h. ein Ungleichgewicht zwischen geringer Belohnung und hoher Verausgabung, erhöhen für Männer nicht nur das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen, sondern auch das Risiko einer Alkoholabhängigkeit [33] und anderer psychischer Störungen [34].

Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Ehe/Partnerschaft für Männer einen bedeutsameren Protektivfaktor darstellt als für Frauen. Während für Frauen die Ehe einerseits zu einer Verbesserung ihrer ökonomischen Situation führt, andererseits aber mit einer verringerten Kontrolle über ihre eigene Erwerbstätigkeit und mit einem Mehraufwand an reproduktiver Arbeit verbunden ist, korreliert die Ehe bei Männern mit besserer Gesundheit und reduzierter Mortalität [35]. Männer berichten häufiger als Frauen, in der Ehe verstanden und wertgeschätzt zu werden, wobei die Ehefrau häufig als einzige Vertrauensperson genannt wird. Umgekehrt belegen neuere Studien, daß eine Scheidung/Trennung ein Risikofaktor speziell für Männer zu sein scheint: Geschiedene Männer haben im Vergleich zu verheirateten Männern eine erhöhte psychische Morbidität (auf die Frage der Kausalität kann hier nicht eingegangen werden) und Mortalität; ihr Suizidrisiko ist etwa 2,5mal so hoch. Weitere prominente Todesursachen sind Unfälle und alkoholassoziierte Krankheiten [36–38].

Geschlechtsrolle als Risikofaktor

Dieser Erklärungsansatz beinhaltet drei Aspekte: Geschlechtsrollenspezifisches Krankheitsverhalten, geschlechtsrollenspezifische Belastungen und geschlechtsrollenspezifische Bewältigungsdefizite.

Geschlechtsrollenspezifisches Krankheitsverhalten

Da die subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Männern und Frauen mit den traditionellen bipolaren Geschlechterstereotypen korrespondieren, unterscheiden sie sich in dieser Hinsicht nicht von denen der Experten. Bei Frauen stehen psychische Aspekte emotionaler Befindlichkeit und sozialen Wohlbefindens im Vordergrund; ihre Gesundheitskonzepte sind differenzierter und komplexer als die von Männern und assoziiert mit einer höheren

Symptomaufmerksamkeit und mit bewußterem Körpererleben. Männer dagegen haben ein eher funktionalistisches Gesundheitskonzept: Für sie bedeutet Gesundheit in erster Linie Leistungsfähigkeit, körperliche Funktionsfähigkeit und „Abwesenheit von Krankheit“¹. Dementsprechend sind Männer mit ihrer Gesundheit häufig zufriedener als Frauen. Aus diesen geschlechtsrollenkonformen Konstruktionen resultiert ein spezifisches Gesundheits-, Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhalten, das einerseits zu einer Überrepräsentation von Frauen in nahezu allen medizinischen und psychosozialen Versorgungsinstitutionen führt, andererseits zu einem defizitären Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhalten bei Männern, das ihrem objektiven Behandlungsbedarf nicht entspricht [40]. Die Ursachen für die überproportionale Inanspruchnahme durch Frauen können nicht allein auf eine (sozial akzeptierte, weil rollenkonforme) größere Krankheitsbereitschaft und Klagsamkeit von Frauen oder auf deren gelernte Hilflosigkeit zurückgeführt werden, sondern sind Ausdruck einer tatsächlich höheren Krankheitsbelastung [41].

Höhere Streßbelastung von Frauen

Frauen sind aufgrund ihrer sozialen Rolle(n) häufiger als Männer chronischen Belastungen ausgesetzt, die Risikofaktoren für Depressionen darstellen. Als wichtige Belastungsquellen sind z. B. die Mutterrolle zu nennen, die im Vergleich zur Vaterrolle mit höheren psychischen Kosten verbunden ist, die höhere Vulnerabilität von Frauen für kritische Netzwerkeignisse und die Hauptverantwortlichkeit für das Wohlergehen anderer (Partner, Kinder, Eltern). So werden zwei Drittel aller Krankheitsepisoden in der Familie und 80 % aller Pflegeleistungen von Frauen bewältigt [42]. Um ihre eigenen Leiden zu kurieren, sind Frauen stärker als Männer auf medizinische Institutionen angewiesen, da sie selbst von ihren Familien wenig Unterstützung erhalten.

Mit einem geschlechtsspezifischen Blick auf Forschungen zur sozialen Unterstützung stößt man auf ein selten thematisiertes „Geschlechterparadoxon“ [43]: Bei nachgewiesenen positiven Effekten von sozialer Unterstützung auf das physische und psychische Wohlbefinden und dem konsistenten Befund, daß Frauen über mehr soziale Unterstützung verfügen als Männer, müßten Frauen erwartungsgemäß weniger Krankheitsbelastungen aufweisen als dies bekanntlich der Fall ist. Erklärt wurde dieses Paradoxon mit Annahmen darüber, daß Frauen ihre sozialen Ressourcen nicht adäquat nutzen würden, daß soziale Unterstützung für Männer effektiver sei, daß Frauen offener über ihre Beschwerden sprechen und daß Vorteile sozialer Unterstützung durch weibliche Defizite konterkariert werden. Diese Annahmen konnten empirisch überwiegend nicht bestätigt werden. Dagegen hat sich die Hypothese bewährt, daß die höhere Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung bei Frauen einem höheren *Bedarf* entspricht, der in enger Beziehung zu ihren komplexeren Rollenanforderungen steht, jedoch nicht hinreichend gedeckt wird.

Soziale Be- und Überlastung (einseitige soziale Unterstützungsleistungen in Ehe, Familie, Kindererziehung, Alten- und Krankenpflege) besteht also nicht *trotz* besserer Netzwerke, sondern diese werden von Frauen dazu benötigt, einerseits die Belastungen, andererseits die mangelnde Unterstützung aus ihren primären Beziehungen („support gap“) zu kompensieren.

¹ Diese geschlechtstypischen Gesundheitskonzepte werden modifiziert durch Alter und Schichtzugehörigkeit [39].

Defizite traditioneller Weiblichkeit

Eine Vielzahl empirischer Befunde belegt die Hypothese, daß typisch weibliche Sozialisation als Lerngeschichte von Angst und Anpassung die Ausbildung effektiver Bewältigungsstrategien verhindert. Entsprechend sind bei Frauen emotionszentrierte, nach innen gerichtete und selbstwertabträgliche Problemlösungsmuster (z. B. Grübeln, Selbstbeschuldigung, Vermeidung, Wunschdenken) ausgeprägter als bei Männern; dadurch können dysphorische Verstimmungen verstärkt werden und in eine depressive Spirale münden [44]. Emotionszentriertes Coping ist assoziiert mit einer allgemein höheren Streßvulnerabilität, die von objektiven Belastungen unabhängig ist [45], sowie mit einem schlechteren Gesundheitszustand [46].

Nicht nur solche sozialisatorischen Defizite können als unspezifischer Risikofaktor gelten, auch der Wandel der Frauenrolle kann trotz Individualisierungsgewinn pathogen wirken: Dadurch, daß gesellschaftliche Autonomieanforderungen an Frauen gestiegen sind, sich die traditionellen Rollenvorstellungen aber nicht aufgelöst haben und Frauen weiterhin strukturell benachteiligt sind, entsteht ein hohes Belastungs- und Konfliktpotential. Ob zunehmende Handlungschancen objektiv existieren, subjektiv erkannt und auch genutzt werden, hängt von verfügbaren Optionen ab, die ihrerseits wiederum an strukturelle Bedingungen (z. B. Bildung) gebunden und über soziale Faktoren wie Milieu oder Stellung im Lebenszyklus vermittelt sind.

Defizite traditioneller Männlichkeit

Die traditionelle männliche Geschlechtsrolle, charakterisiert durch Leistungs- und Erfolgsorientierung vor allem in der Berufsrolle, erfordert die Bewältigung von Gefahren, Bedrohungen und Schwierigkeiten, ohne daß damit verbundene Ängste und Probleme wahrgenommen bzw. zugegeben werden dürfen. Hilfesuche ist im Männlichkeitsstereotyp nicht vorgesehen, da sie Inkompetenz und Abhängigkeit, Aufgabe von Autonomie und Selbstkontrolle signalisiert.

Da Emotionalität streng kodiert ist (sozial akzeptiert sind Aggressivität, Ärger oder Feindseligkeit, nicht akzeptiert sind „weibliche“ Gefühle wie Schwäche, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Traurigkeit), kommt es zu einer dauerhaften Unterdrückung von als weiblich geltenden Emotionen. Traditionelle männliche Sozialisation produziert damit eine emotionale Hemmung, die schon früh eingeübt wird und mit zunehmendem Alter ebenfalls zunimmt. Emotionale Gehemmtheit bei Männern ist anhand von Experimenten und Selbstbeurteilungen vielfach nachgewiesen worden [47] und hat zahlreiche psychosomatische Auswirkungen [48]. Statt Hilfe zu suchen, wird bedrohte Männlichkeit (über-)kompensiert mit rollenkompatiblen, aber (selbst-)destruktiven Strategien: Alkoholmißbrauch, Ausagieren, Gewalt, Suizid. Insgesamt drängt sich der Verdacht auf, daß die subjektiven wie objektiven Kosten für Schäden und Defizite traditioneller Maskulinität inzwischen wesentlich höher liegen als deren Nutzen [49]. Hypothetisch läßt sich ein Zusammenhang zwischen der steigenden Depressions- und Suizidrate bei jungen Männern und Identitätsproblemen annehmen, die durch den Wandel der männlichen Geschlechtsrolle bedingt sind [50].

Geschlechtsrollentypischer Blick der Experten

Trotz einer gewissen Entideologisierung der Geschlechterstereotype können Männlichkeits- und Weiblichkeitskliches weiterhin als Einflußfaktoren ärztlichen Diagnostizier- und Entscheidungsverhaltens identifiziert werden.

Dies wird an Beispielen aus der klinischen Diagnostik belegt.

Geschlechterstereotype finden sich in standardisierten Diagnoseinstrumenten wie Persönlichkeitstests und werden durch unkritische, eindimensionale Klassifizierung weiter festgeschrieben, so z. B. im häufig benutzten Freiburger Persönlichkeitsinventar [51]: In der Skala M = Maskulinität werden typisch „männliche“ und typisch „weibliche“ Selbstbeurteilungen erfaßt, die in hoher Ausprägung als männlich (aktiv, unternehmungslustig, selbstbewußt, zuversichtlich, einsatzbereit, wenige körperliche Beschwerden, wenige psychosomatische Beschwerden etc.) und in niedriger Auswertung als weiblich klassifiziert werden (zurückhaltend, niedergedrückte Stimmung, wenig Zuversicht und Selbstvertrauen, körperliche Beschwerden, psychosomatische Allgemeinbeschwerden etc.).

Entsprechend beinhalten typische Fragebögen zur Beurteilung von Depressionen, Ängstlichkeit oder zum Ausmaß psychosomatischer Beschwerden überwiegend Items, die die „weiblichen“ Symptombilder abfragen. Dagegen werden Aggressivität und Wut sowie „männliche“ Symptome von Angst und Depression, die sich eher kognitiv und somatisch äußern, weniger berücksichtigt. Daß Symptome je nach Erkrankung offensichtlich unterschiedliche geschlechtsspezifische Ausprägungen aufweisen und diagnose-spezifische Fragebögen nach der Häufigkeit der geschilderten Symptome konstruiert werden, mag erklären, warum beispielsweise in Depressionsfragebögen die „weiblichen“ Symptome überwiegen. Bei der häufigen Anwendung o. g. Instrumente in epidemiologischen Studien besteht demnach die Gefahr, daß die diesbezügliche Morbidität von Frauen überschätzt, die von Männern dagegen unterschätzt wird. Dies ist ein wichtiges Argument der Artefakttheorie der Depression, das dem Konzept der „male depression“ zugrundeliegt [50, 52–54].

Schlußfolgerungen für eine geschlechter-sensible Forschung und Praxis

Aus obigen Ausführungen können zahlreiche Forderungen abgeleitet werden, in verschiedenen Handlungsfeldern Geschlecht als soziale Kategorie angemessen zu berücksichtigen: Dies betrifft eine geschlechtersensible Forschung, eine geschlechtersensible Diagnosestellung und Therapie, eine geschlechtersensible Öffentlichkeitsarbeit und gesundheits- wie sozialpolitische Praxis. Die Diskussion dieser Forderungen im einzelnen würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, deshalb seien abschließend nur einige Stichworte genannt.

- Auch wenn in diesem Beitrag vornehmlich geschlechtsspezifische Unterschiede dargestellt wurden, muß eine geschlechtersensible Forschung insbesondere darauf achten, daß Gender nicht überinterpretiert wird. Dies kann in Form einer Simplifizierung von Geschlechterdifferenzen geschehen, wenn etwa der komplexe Zusammenhang zwischen geschlechtsspezifischer Morbidität, Alter, sozialem Kontext, Erhebungsinstrument und Studiendesign nicht ausreichend beachtet wird [55]. Andere Formen sind die ideologische Überbewertung eines Geschlechts, wie dies bspw. in den Arbeiten von Gilligan [56] ersichtlich wird, die von einer dem Männlichen überlegenen weiblichen Moral spricht, oder die dogmatische Propagierung eines allgemeinen neuen Gesundheitsideals für beide Geschlechter.
- Psychiatrische und psychotherapeutische Therapien sind überwiegend geschlechtsneutral. Es finden sich kaum

theoriegeleitete Interventionsansätze, die Geschlechtsunterschiede in Häufigkeit und Verlauf psychischer Störungen sowie geschlechtsspezifische Risikofaktoren explizit berücksichtigen [57].

Eine geschlechtersensible Therapie benötigt keine neuen Methoden, sondern die systematische Integration des Wissens um die Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Gesundheit/Krankheit in bestehende therapeutische Ansätze und die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse und Belastungen, die sich aus der spezifischen Lebenssituation und der jeweiligen Konstellation sozialer Rollen ableiten. Eine geschlechtersensible Therapie sollte dabei ebenfalls die Einschränkungen durch Geschlechternormen und daraus entstehende Rollenkonflikte thematisieren, um an der Dekonstruktion traditioneller Weiblichkeit und Männlichkeit zu arbeiten und dadurch neue personale Ressourcen offenzulegen. Die Skizzierung einer Psychotherapie für Frauen findet sich bspw. bei Riecher-Rössler [58], mänderspezifische Interventionsstrategien bei Brooks [59] sowie Cochran und Rabinowitz [60].

- In gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen ist „Gender Mainstreaming“ zu einem zentralen Begriff geworden. Ziel ist es, den unterschiedlichen Belangen von Männern und Frauen gerecht zu werden sowie Ungleichheiten abzubauen, um Chancengleichheit zu fördern. Dies erfordert jedoch nicht nur eine Frauen-, sondern auch eine Männergesundheitsförderung, nicht nur eine Frauengesundheitsforschung, sondern auch eine Männergesundheitsforschung, welche gegenwärtig noch wenig etabliert ist. Insgesamt sollten Maßnahmen vor allem auf den Abbau von geschlechtsspezifischen Risikofaktoren der sozialen Lage gerichtet sein und die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch Männer fördern.

Literatur:

1. Eagly AH. Sex differences in social behavior: a social role interpretation. Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum, 1987.
2. Broverman IK, Vogel SR, Broverman DM, Carkson FE, Rosenkrantz PS. Sex-role stereotypes: a current appraisal. *Journal of Social Issues* 1972; 28: 59–78.
3. Eichler M. Offener und verdeckter Sexismus: Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg). *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*. Huber, Bern, 1998.
4. Kämmerer A. Weibliches Geschlecht und psychische Störungen – Epidemiologische, diagnostische und ätiologische Überlegungen. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg). *Klinische Psychologie der Frau*. Ein Lehrbuch. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2001; 51–88.
5. Klonsky ED, Jane JS, Turkheimer E, Oltmanns TF. Gender role and personality disorders. *J Personal Disord* 2002; 16: 464–76.
6. Rienzi BM, Scrams DJ. Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent, and histrionic personality disorders. *Psychol Rep* 1991; 69: 976–8.
7. Nesbitt MN, Penn NE. Gender stereotypes after thirty years: a replication of Rosenkrantz et al. (1968). *Psychol Rep* 2000; 87: 493–511.
8. Glick P, Lameiras M, Fiske ST, Eckes, T, Masser B, Volpato C, Manganello AM, Pec JC, Huang LL, Sakalli-Urgulu N, Rodriguez Castro Y, Pereira ML, Willemsen TM, Brunner A, Six-Materna I, Wells R, Glick P. Bad but bold: Ambivalent attitudes toward men predict gender inequality in 16 nations. *J Pers Soc Psychol* 2004; 86: 713–28.
9. Hosoda M, Stone DL. Current gender stereotypes and their evaluative content. *Percept Mot Skills* 2000; 90: 1283–94.
10. Williams JE, Best DL. Sex stereotypes and trait favorability on the Adjective Check List. *Educ Psychol Meas* 1982; 37: 101–10.
11. Alfermann D. *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Kohlhammer, Stuttgart, 1996.
12. Meuser M. *Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster*. Leske + Budrich, Opladen, 1998.
13. Connell RW. *Masculinities*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1995.

14. Bründel H, Hurrelmann K. Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 1999.
15. The Women and Mental Health Committee (Hrsg). Women and mental health. Br J Psychiatry 1991; 158 (Suppl 10).
16. Häfner H, Riecher A, Maurer K, Fatkenheuer B, Löffler W, An der Heiden W, Munk-Jorgensen P, Stromgren E. Geschlechtsunterschiede bei schizophrener Erkrankungen. Fortschr Neurol Psychiatr 1991; 59: 343–60.
17. Cavanagh JT, Shajahan PM. Increasing rates of hospital admission for men with major mental illnesses: data from Scottish mental health units, 1980–1995. Acta Psychiatr Scand 1999; 99: 353–9.
18. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. JAMA 1989; 15: 2229–35.
19. Dickstein LJ, Stein TS, Pleck HJ, Myers MF, Lewis RA, Duncan SF, Brod H. Men's changing social roles in the 1990's: emerging issues in the psychiatric treatment of men. Hosp Community Psychiatry 1991; 7: 701–5.
20. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. Brit J Psychiatry 2000; 177: 484–5.
21. McClure GMG. Changes in suicide in England and Wales, 1960–1997. Brit J Psychiatry 2000; 176: 64–7.
22. Häfner H, Behrens S, De Frey J, Gattaz WF. Warum erkranken Frauen später an Schizophrenie? Erhöhung der Vulnerabilitätsschwelle durch Östrogen. Nervenheilkunde 1991; 4: 154–63.
23. Bech P. The difference in depression in men and women. In: Bech P, Dahl AA, Naukarinen H. What do we know about comorbidity today? Uddevalla, Schweden, 2000.
24. Paykel ES. Depression in women. Br J Psychiatry 1991; 158 (suppl 10): 22–9.
25. Brown GW, Andrews B, Harris T, Adler Z, Bridge L. Social support, self-esteem and depression. Psychol Med 1986; 16: 813–31.
26. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Robert-Koch-Institut, Berlin, 1998; Heft 14.
27. Bebbington PE. Sex and depression. Psychol Med 1998; 28: 1–8.
28. Artazoc L, Benach J, Borrell C, Cortes I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health 2004; 94: 82–8.
29. Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. Acta Psychiatr Scand 1994; 377: 65–72.
30. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. A J Psychiatry 2003; 160: 765–72.
31. Kopp M, Skrabski A, Szedmak S. Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. Social Science and Medicine 2000; 51: 1351–61.
32. Siegrist J. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. Scand J Public Health 2002; 59: 49–53.
33. Head J, Stansfeld SA, Siegrist J. The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. Occup Environ Med 2004; 61: 219–24.
34. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. Occup Environ Med 1999; 56: 302–7.
35. Waldron I, Hughes ME, Brooks TL. Marriage protection and marriage selection – prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. Soc Sci Med 1996; 43: 113–23.
36. Hallberg H, Mattsson B. Premature deaths among men in a Swedish municipality – civil status and primary health care utilization prior to death. Scand J Soc Med 1999; 18: 213–9.
37. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. J Epidemiol Community Health 2000; 54: 254–61.
38. Matthews KA, Gump BB. Chronic work stress and marital dissolution increase risk of posttrial mortality in men from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Arch Intern Med 2002; 11: 309–15.
39. Faltermaier T, Kühnlein I, Burda-Viering M. Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim, 1998.
40. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: A review of socio-cultural and clinical literature with particular reference to depression. J Affect Disord 2002; 71: 1–9.
41. Mirowsky J, Ross CE. Sex differences in distress: real or artifact? Am Sociol Rev 1995; 60: 449–68.
42. Grunov D. Gesundheitsselbsthilfe im Alltag: Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfeeinführung und -potentiale. Enke, Stuttgart, 1983.
43. Nestmann N, Schmerl C. Das Geschlechterparadox in der Social-Support-Forschung. In: Schmerl C, Nestmann F (Hrsg). Ist Geben seliger als Nehmen? Frauen und Social Support. Campus, Frankfurt/M., New York, 1990: 7–35.
44. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol 1991; 4: 569–82.
45. Grossi G. Coping and emotional distress in a sample of Swedish unemployed. Scand J Psychol 1999; 40: 157–65.
46. Nakano K. Coping strategies and psychological symptoms in a Japanese sample. J Clin Psychol 1991; 47: 346–50.
47. Grossman M, Wood W. Sex differences in intensity of emotional experience: a social role interpretation. J Pers Soc Psychol 1993; 65: 1010–22.
48. Traue HC. Emotion und Gesundheit. Die psychologische Regulation durch Hemmungen. Spektrum, Heidelberg, Berlin, 1998.
49. Hollstein W. Männlichkeit und Gesundheit. In: Brähler E, Felder H (Hrsg). Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Westdeutscher Verlag, Opladen, Wiesbaden, 1999; 72–81.
50. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003; 253: 1–8.
51. Fahrenberg J, Selg H, Hampel R. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, FPI. Hogrefe, Göttingen, 1978.
52. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. Int Clin Psychopharmacol 2001; 16 (suppl 2): 21–24.
53. Winkler D, Pjrek E, Heiden A, Wiesegger G, Klein N, Konstantinidis A, Kasper S. Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004; 254: 209–14.
54. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. Psychother Psychosom 2005; 74: (DOI: 10.1159/000086321)
55. McIntyre S, Hunt H, Sweeting H. Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? Social Science and Medicine 1996; 42: 617–24.
56. Gilligan C. Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. Piper, München, 1984.
57. Kühner C. Affektive Störungen. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg). Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Hogrefe, Göttingen, 2001; 165–99.
58. Riecher-Rössler A. Psychotherapie von Frauen – Chancen und Grenzen der Geschlechtersensibilität. Psychodynamische Psychotherapie 2003; 2: 91–101.
59. Brooks GR. A new psychotherapy for traditional men. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1998.
60. Cochran SV, Rabinowitz FE. Men and depression. Clinical and empirical perspectives. Academic Press, San Diego, London, Boston, New York, Sydney, Tokyo, Toronto, 2000.

PD Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler

Diplom-Sozialwissenschaftlerin. Zunächst wissenschaftliche Mitarbeiterin der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie der Psychiatrischen Universitäts- und Landesklinik Düsseldorf und Dozentin im Studiengang Public Health an der Universität Düsseldorf. Seit 1998 an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München mit den Forschungsschwerpunkten Geschlechtsrolle und psychische Erkrankungen, Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker und Patientenzufriedenheit tätig.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)