ISSN 2366-5041

Schriftenreihe für erweiterte Replikationen, Crowdsourcing und empirische Theorieüberprüfung

Nr. 3 (2019)

Martin Förster

Depression, Geschlecht und Gender

Kontakt / Impressum

Martin Förster
Europa-Universität Flensburg
Interdisziplinäres Institut für Umwelt-, Sozial- und Humanwissenschaften
Auf dem Campus 1
24943 Flensburg

Email: seastar@foerster-m.de

Depression, Geschlecht und Gender

Martin Förster [a,*]

[a] *Europa-Universität Flensburg, Interdisziplinäres Institut für Umwelt-, Sozial- und Humanwissenschaften, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg*

Zusammenfassung

Das Problem der 'männlichen Depression' besteht darin, dass Männer von einer falsch-negativen Diagnose von Depression stärker betroffen sind als Frauen. Einige Befunde deuten darauf hin, dass sich das für Männer erhöhte Risiko einer Fehldiagnose mit einer spezifisch 'männlichen' Ausprägung von Depressionserkrankungen erklären lässt. Zudem wird vermutet, dass es geschlechts- und gender-spezifische Risikofaktoren für Depression gibt. Beide Fragen - nach der geschlechtsspezifischen Symptomatik und den geschlechts- bzw. gender-spezifischen Prädiktoren - werden mit Surveydaten empirisch untersucht. Die Vermutung typisch 'männlicher' Depressionssymptome kann bestätigt werden. Von den untersuchten Risikofaktoren hat lediglich das Vorliegen einer chronischen Erkrankung einen geschlechtsspezifischen Effekt auf das Risiko, an einer Depression zu erkranken.

Ein großer Anteil der Suizide geht auf psychische Erkrankungen - insbesondere Depression - zurück (Möller-Leimkühler, 2008; Rutz, 2010; Rutz et al., 1997; Wålinder/Rutz, 2001). Gleichzeitig erhöht sich das Risiko eines Suizidversuchs, wenn eine Depression nicht diagnostiziert und infolgedessen nicht behandelt wird (s. z.B. Rihmer et al., 1990; Rihmer, 1996). In dieser Hinsicht ist die Fehldiagnose von Depression im Sinne einer falsch-negativen Diagnose ein Problem. Es gibt einige Indizien dafür, dass Männer von einer falsch-negativen Diagnose von Depression stärker betroffen sind als Frauen (Möller-Leimkühler, 2008; Rutz, 2010; Rutz et al., 1997). Eine Erklärung dafür ist, dass es eine für Männer spezifische Ausprägung der Depression gibt, welche durch konventionelle Diagnoseinstrumente unzureichend erfasst wird (Rutz et al., 1997). Mit anderen Worten: die übliche Diagnostik hinsichtlich Depression zielt unbeabsichtigt auf eine 'weibliche Depression', weshalb die 'männliche Depression' unter-diagnostiziert ist. Untermauert wird dieser Befund mit dem

*Email: seastar@foerster-m.de

'Geschlechterparadox' von Depression und Suizid, demzufolge der Anteil diagnostizierter Depressionen bei Männern lediglich halb so groß ist wie bei den Frauen - die Suizidrate unter Männern jedoch mehr als doppelt so groß ist wie unter den Frauen (Möller-Leimkühler, 2008).

Eine typisch männliche Depression wird weiterhin unter dem Aspekt der Risikofaktoren diskutiert. Generell wird Depression durch dauerhaften Stress begünstigt (Kessler, 1997). Welche äußeren Umstände ein Individuum stressen, ist allerdings zum Teil durch die Sozialisation geprägt (vgl. Binnie-dawson, 1982). Insofern Gender das 'ansozialisierte' Geschlechterrollenbild ist und mit den jeweiligen Rollenbildern unterschiedliche Normen und Erwartungen verknüpft sind (vgl. Becker-Schmidt/Knapp, 1995), kann Gender als ein Moderator für bestimmte äußere Umstände wirken, die je nach Geschlechterrollenbild einen unterschiedlich starken Stressor darstellen. Zudem wird die neurochemische Reaktion auf Stress (bzw. die organische Manifestation von Stress) wiederum durch das biologische Geschlecht moderiert (Bangasser/Valentino, 2014). Ob und in welchem Ausmaß äußere Umstände Risikofaktoren für eine Depression sind, kann also doppelt - durch Gender und Geschlecht - beeinflusst sein. Vor diesem Hintergrund wird vermutet, dass es für Männer typische Risikofaktoren für eine Depression gibt (Möller-Leimkühler, 2005, 2008).

Im vorliegenden Beitrag werden zwei Aspekte geschlechtsspezifischer Depression untersucht:

- Die Charakterisierung männlicher und weiblicher Depression bezüglich ihrer unterschiedlich ausgeprägten Symptome. Unterscheiden sich die Symptome männlicher und weiblicher Depression voneinander - und wenn ja, welche Symptome sind jeweils typisch?
- Geschlechtsspezifische Prädiktoren für Depression. Welche Sachverhalte begünstigen bei Männern und Frauen jeweils Depression - gibt es Unterschiede und wenn ja, welche?

1 Daten

Die hier verwendeten Daten - GRD (Schmidl, 2014) - wurden 2014 per Online-Befragung (CAWI) in Österreich erhoben. Das Sampling basiert auf einer Quotenauswahl von Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung ihren Wohnsitz in Österreich hatten. Die Stichprobe umfasst n=1229 Personen.

Es wird empfohlen die Daten zu gewichten (Schmidl, 2014); allerdings sind in GRD keine Fallgewichte mitgeliefert. Es wurden daher normalisierte Gewichte für ein Redressment konstruiert, welche die Stichprobe hinsichtlich der Verteilungen von Geschlecht, Alter, und Bundesland an die Population anpassen (Gewichtungseffizienz WE=0.9286). Ebenso wird dem Vorschlag gefolgt, das Sample auf Personen im Alter von 18 bis 69 Jahren zu beschränken (Schmidl, 2014).

Depression ist durch 9 Items des 'Patient Health Questionnaire' (PHQ-9) (Löwe et al., 2002) operationalisiert. Dieses Inventar fragt die Häufigkeit sub-

Tabelle 1: Verteilungsstatistiken Depression und Geschlecht

Depression	f	%
nein	889	77.24
ja	262	22.72
N	1151	
relativer Informationsgehalt h=0.7769		

Geschlecht	f	%
männlich	600	49.48
weiblich	612	50.52
N	1212	
relativer Informationsgehalt h=0.9998		

jektiver Symptome der Depression auf jeweils einer 4-stufigen Antwortskala ab. Die sich auf alle 9 Items beziehende Frageformulierung lautet: „Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“. Hierbei ist die Codierung der Antwortskala: 0=“Überhaupt nicht“, 1=“An einzelnen Tagen“, 2=“An mehr als der Hälfte der Tage“, 3=“Beinahe jeden Tag“. Eine Depression sei diagnostiziert, falls der Summen-Score über die 9 Items mindestens 10 beträgt.

Als potentielle Prädiktoren für Depression werden berücksichtigt: Äquivalenzhaushaltseinkommen, soziale Unterstützung, chronische Erkrankung, Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger, Pensionär, Arbeitslosigkeit, berufliche Gratifikationskrise. Soziale Unterstützung wurde mit den 'Berliner Social Support Skalen' (BSSS) (Schulz/Schwarzer, 2003) gemessen. Darauf basierend sind im originalen Datenset bereits Scores für die Bereiche 'erhaltene soziale Unterstützung', 'wahrgenommene soziale Unterstützung', 'Bedürfnis nach sozialer Unterstützung', und 'Suche nach sozialer Unterstützung' vorhanden. Das Ausmaß einer beruflichen Gratifikationskrise wird anhand der Indikatoren des 'Effort-Reward-Imbalance Questionnaire' (ERI-S) ebenfalls als Score ermittelt (Schmidl, 2014).

2 Statistische Analyse

Für fast ein Viertel (n=262, 22.72%) derjenigen Personen, welche alle 9 Items des PHQ-9 gültig beantworteten, kann eine Depression nachgewiesen werden (Tabelle 1). Männer und Frauen sind im Sample nahezu gleich verteilt (Tabelle 1). Der Anteil der Befragten, für welche das PHQ-9-Inventar ein Depression diagnostiziert, beträgt bei Männern 20.98% und bei Frauen 24.45%.

Tabelle 2: Verteilungsstatistiken PHQ-9-Items[a]

	A		B		C		D		E		F		G		H		I	
Antwort[b]	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0	391	33.03	559	46.74	411	34.13	229	18.96	554	46.22	669	55.82	589	49.06	897	75.34	974	81.98
1	590	49.85	460	38.41	471	39.13	636	52.81	405	33.81	370	30.89	453	37.75	207	17.42	164	13.78
2	133	11.24	127	10.64	193	16.08	224	18.55	158	13.18	105	8.78	107	8.91	61	5.15	31	2.62
3	69	5.85	51	4.25	129	10.69	117	9.67	81	6.79	54	4.54	51	4.26	25	2.09	19	1.59
N	1184		1197		1203		1205		1198		1198		1201		1190		1188	
Median	1		1		1		1		1		0		1		0		0	
MQD	0.5		0.5		1		0.5		0.5		0.5		0.5		0		0	
Schiefe SZ	-1		-1		0		1		-1		1		-1		0		0	

[a] Die PHQ-9-Items werden mit folgender Frage eingeführt: „Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“ (Schmidl, 2014). Die Formulierung der Items ist (Löwe et al., 2002):

A Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

B Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

C Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf

D Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

E Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen

F Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben

G Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen

H Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?

I Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten

[b] Die Antwortskala der PHQ-9-Items ist:

0 Überhaupt nicht

1 An einzelnen Tagen

2 An mehr als der Hälfte der Tage

3 Beinahe jeden Tag

Tabelle 3: Verteilungsstatistiken metrische Prädiktoren

Variable	M	SD	MAD_Z	V	SF
Äquivalenzhaushaltseinkommen	1288.7707	1644.9084	575.1866	100.4254	31.9336
Score erhaltene soziale Unterstützung	43.0115	10.8642	9.0598	31.9429	-0.3204
Score wahrgenommene soz. Unterst.	27.8927	4.8036	3.6462	24.1477	-1.4121
Score Bedürfnis nach soz. Unterst.	10.5113	2.5756	2.1119	39.5566	-0.1316
Score Suche nach soz. Unterst.	13.5797	3.3935	2.7317	39.5525	-0.0973
Score berufliche Gratifikationkrise	38.6380	7.5258	5.9045	36.4621	0.2481

M harmonisches Mittel für Äquivalenzhaushaltseinkommen, arithmetisches Mittel für alle anderen Variablen

SD Standardabweichung

MAD_Z mittlere absolute Abweichung vom Median

V Variationskoeffizient

SF Schiefe

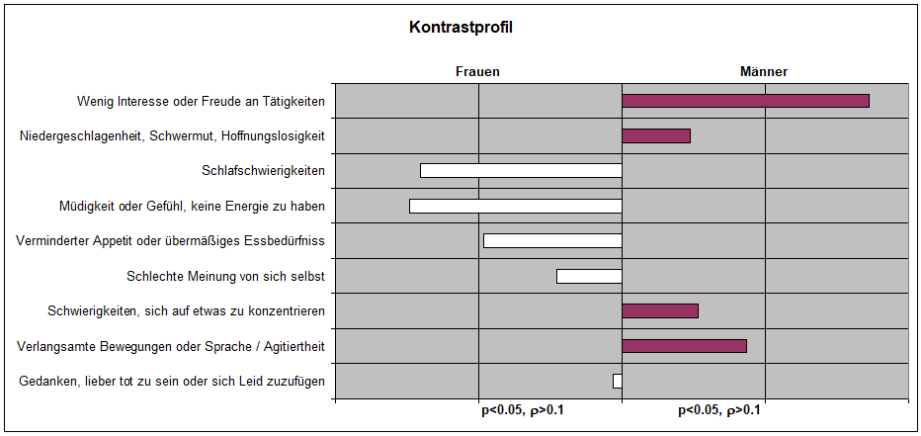
Tabelle 4: Verteilungsstatistiken Dummy-Prädiktoren

	Chronisch krank		Pflege Angehöriger		Pensionär		Arbeitslos	
	f	%	f	%	f	%	f	%
nein	838	69.17	1117	92.13	984	81.19	1163	95.94
ja	374	30.84	95	7.87	228	18.81	49	4.06
N	1212		1212		1212		1212	
rel. Inf. h	0.8911		0.3976		0.6973		0.2449	

Tabelle 2 enthält die deskriptiven Statistiken für die PHQ-9-Items. Für die Prädiktoren von Depression finden sich die deskriptiven Statistiken in Tabelle 3 und Tabelle 4. Weil die Variablen 'Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger' und 'Arbeitslos' jeweils eine sehr geringe Streuung aufweisen (h<0.5), ist zu erwarten, dass eventuelle Effekte dieser Variablen auf Depression statistisch nicht sichtbar werden. Dies betrifft insbesondere arbeitslose Personen, die lediglich mit vier Prozent in den Daten vertreten sind.

Bezüglich der ersten Frage der Untersuchung - ob charakteristische Symptome männlicher und weiblicher Depression identifiziert werden können - zeigt Abbildung 1 das geschlechtsspezifische Kontrastprofil der PHQ-9-Items für Personen, bei denen entsprechend der Operationalisierung eine Depression diagnostiziert ist. Ein Symptom sei charakteristisch für ein Geschlecht, wenn es gemäß der PHQ-9-Antwortskala deutlich häufiger (Rangdominanztest $p < 0.05$, $\rho > 0.1$) Personen des jeweiligen Geschlechts beeinträchtigt als Personen des anderen Geschlechts. Tatsächlich zeigt das Kontrastprofil, dass für depressive

Abbildung 1: Kontrastprofil PHQ-9-Items bei Personen mit Depression



Rangdominanztest

Frauen Müdigkeit, gefühlte Energielosigkeit, und Schlafschwierigkeiten typisch sind, während sich depressive Männer durch einen Mangel an Interesse und geringe Freude charakterisieren lassen.

Bei den von der Literatur vorgeschlagenen Prädiktoren für Depression bzw. entsprechenden Proxies gibt es lediglich bei 'chronisch krank' einen Unterschied zwischen Männern und Frauen: eine chronische Erkrankung hat lediglich bei Männern einen (positiven) Effekt auf eine Depression (Tabelle 5).

3 Diskussion

Drei (von neun) Symptomen, welche Depression operational definieren, sind geschlechtsspezifisch unterschiedlich ausgeprägt. Für Männer, die an einer Depression erkrankt sind, ist ein geringes Interesse oder wenig Freude an ihren Tätigkeiten typisch. Die 'weibliche Depression' ist hingegen durch die Symptome Schlafschwierigkeiten, Müdigkeit, und dem Gefühl der Energielosigkeit charakterisiert. In der Literatur (Möller-Leimkühler, 2008; Rutz, 2010; Rutz et al., 1997; Wålinder/Rutz, 2001; Winkler et al., 2005) finden sich weitere vermeintliche Unterschiede zwischen männlicher und weiblicher Depression. Dabei ist jedoch anzumerken, dass einige dieser Symptome (z.B. Substanzabhängigkeit) keine Indikatoren für Depression sind. Die geschlechtstypischen Ausprägungen derartiger sekundärer Symptome können keine geschlechtsspezifische Depression begründen.

Hinsichtlich der untersuchten Prädiktoren hat lediglich eine chronische Erkrankung einen deutlich geschlechtsspezifischen Effekt auf Depression. Während chronisch erkrankte Männer ein erhöhtes Depressionsrisiko aufweisen, lässt sich dieser Effekt für Frauen nicht nachweisen.

Tabelle 5: Effekte Prädiktoren auf Depression

	Modell 1				Modell 2			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
Äquivalenzhaushaltseinkommen	0.0195		-0.0550		-0.0245		-0.0597	
erhaltene soziale Unterstützung	-0.0271		0.0543		0.0653		0.0735	
wahrgenommene soz. Unterst.	-0.1837	*	-0.1435	*	-0.2688	*	-0.1884	*
Bedürfnis nach soz. Unterst.	0.1491	*	0.1065	*	0.1968	*	0.1070	*
Suche nach soz. Unterst.	-0.0026		-0.0871		-0.0624		-0.0936	
Chronisch krank	0.1510	*	0.0855		0.2047	*	0.0876	
Pflege Angehöriger	0.0186		0.0037		-0.0279		0.0159	
Pensionär					-0.1383	*	-0.1168	*
Arbeitslos					0.0912		0.0420	
berufliche Gratifikationskrise	0.2817	*	0.3036	**				
n	332		293		515		522	
pseudo R^2	0.2477		0.2595		0.2528		0.1658	

binär-logistische Regression: Effekt $|\rho|$ *>0.1 **>0.3

Literatur

Bangasser, D. A./Valentino, R. J. (2014): Sex differences in stress-related psychiatric disorders: Neurobiological perspectives, in: Frontiers in Neuroendocrinology, 35(3), S. 303–319, doi:10.1016/j.yfrne.2014.03.008.

Becker-Schmidt, R./Knapp, G.-A. (Hrsg.) (1995): Das Geschlechterverhaltnis als Gegenstand der Sozialwissenschaften (German Edition), Campus, ISBN 3593352885.

Binnie-dawson, J. L. (1982): A Bio-Social Approach to Environmental Psychology and Problems of Stress, in: International Journal of Psychology, 17(1-4), S. 397–435, doi:10.1080/00207598208247454.

Kessler, R. C. (1997): THE EFFECTS OF STRESSFUL LIFE EVENTS ON DEPRESSION, in: Annual Review of Psychology, 48(1), S. 191–214, doi:10.1146/annurev.psych.48.1.191.

Löwe, B./Spitzer, R. L./Zipfel, S./Herzog, W. (2002): Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D).

Möller-Leimkühler, A. (2005): Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung, in: Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 6(3), S. 29–35.

Möller-Leimkühler, A. (2008): Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern?, in: Der Gynäkologe, 41(5), S. 381–388, doi:10.1007/s00129-008-2161-5.

Rihmer, Z. (1996): Strategies of suicide prevention: Focus on health care, in: Journal of Affective Disorders, 39(2), S. 83–91, doi:10.1016/0165-0327(96)00007-9.

Rihmer, Z./Barsi, J./Veg, K./Katona, C. L. (1990): Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression, in: Journal of Affective Disorders, 20(2), S. 87–91, doi:10.1016/0165-0327(90)90121-n.

Rutz, W. (2010): Depression und Suizidalität bei Männern in Europa: Ein Problem männlichen psychischen Leidens und männlicher Suizidalität, in: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 11(3), S. 46–52.

Rutz, W./Wålinder, J./Knorring, L. V./Rihmer, Z./Pihlgren, H. (1997): Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study, in: International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 1(1), S. 39–46, doi:10.3109/13651509709069204.

Schmidl, B. (2014): Geschlechtsspezifische Risikofaktoren für Depressionen (GRD).

Schulz, U./Schwarzer, R. (2003): Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS), in: Diagnostica, 49(2), S. 73–82, doi:10.1026//0012-1924.49.2.73.

Winkler, D./Pjrek, E./Kasper, S. (2005): Anger Attacks in Depression – Evidence for a Male Depressive Syndrome, in: Psychotherapy and Psychosomatics, 74(5), S. 303–307, doi:10.1159/000086321.

Wålinder, J./Rutz, W. (2001): Male depression and suicide, in: International Clinical Psychopharmacology, 16, S. S21–S24.