



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Einstellungen gegenüber psychisch Kranken –  
Ein Vergleich zwischen den Geschlechtern“

verfasst von

Edita Pekmezovic

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 190 445 299

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Lehramtsstudium Biologie und Umweltkunde / Psychologie und Philosophie

Betreut von:

Univ.-Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast

***meinen Eltern***

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Zusammenfassung .....</b>                                                                    | <b>1</b>  |
| <b>Abstract .....</b>                                                                           | <b>3</b>  |
| <b>Abbildungsverzeichnis .....</b>                                                              | <b>4</b>  |
| <b>Tabellenverzeichnis .....</b>                                                                | <b>6</b>  |
| <b>1. Einleitung .....</b>                                                                      | <b>8</b>  |
| <b>1.1. Psychische Störungen .....</b>                                                          | <b>8</b>  |
| 1.1.1. Der Versuch einer Definition .....                                                       | 8         |
| 1.1.2. Prävalenz psychischer Störungen .....                                                    | 10        |
| 1.1.3. Depression .....                                                                         | 14        |
| 1.1.3.1. Symptomatik .....                                                                      | 15        |
| 1.1.3.2. Entstehungsgründe .....                                                                | 16        |
| 1.1.3.3. Verlauf und Prognose .....                                                             | 17        |
| 1.1.3.4. Prävalenz .....                                                                        | 19        |
| 1.1.3.5. Geschlechtstypische Aspekte der Depression .....                                       | 19        |
| 1.1.4. Schizophrenie .....                                                                      | 28        |
| 1.1.4.1. Symptomatik .....                                                                      | 28        |
| 1.1.4.2. Entstehungsgründe .....                                                                | 30        |
| 1.1.4.3. Verlauf und Prognose .....                                                             | 32        |
| 1.1.4.4. Prävalenz .....                                                                        | 35        |
| 1.1.4.5. Geschlechtstypische Aspekte der Schizophrenie .....                                    | 36        |
| 1.1.5. Psychische Erkrankungen aus evolutionsbiologischer Sicht .....                           | 40        |
| <b>1.2. Einstellungen gegenüber psychisch Kranken .....</b>                                     | <b>43</b> |
| 1.2.1. Stigmatisierung – Begriffsklärung .....                                                  | 43        |
| 1.2.2. Allgemeine Einstellungen in der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken .....            | 43        |
| 1.2.3. Geschlechtstypische Unterschieden in den Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ..... | 44        |
| <b>2. Hypothesen .....</b>                                                                      | <b>49</b> |

|                                                                       |               |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>3. Methodik .....</b>                                              | <b>50</b>     |
| <b>3.1. Zielsetzung .....</b>                                         | <b>50</b>     |
| <b>3.2. Studiendesign .....</b>                                       | <b>50</b>     |
| <b>3.3. Die Stichprobe .....</b>                                      | <b>50</b>     |
| 3.3.1. Geschlecht .....                                               | 50            |
| 3.3.2. Alter .....                                                    | 50            |
| <b>3.4. Der Fragebogen .....</b>                                      | <b>52</b>     |
| <b>3.5. Statistische Auswertung .....</b>                             | <b>54</b>     |
| <br><b>4. Ergebnisse .....</b>                                        | <br><b>55</b> |
| <b>4.1. Psychologie-Unterricht in der Schule .....</b>                | <b>55</b>     |
| <b>4.2. Psychisch kranke Person im eigenen Umfeld .....</b>           | <b>57</b>     |
| <b>4.3. Entstehungsgründe psychischer Störungen .....</b>             | <b>59</b>     |
| 4.3.1. Entstehungsgründe der Depression .....                         | 59            |
| 4.3.2. Entstehungsgründe der Schizophrenie .....                      | 62            |
| <b>4.4. Zuordnung psychischer Störungen zu einem Geschlecht .....</b> | <b>63</b>     |
| 4.4.1. Zuordnung der Depression .....                                 | 63            |
| 4.4.2. Zuordnung der Schizophrenie .....                              | 64            |
| <b>4.5. Einstellungen gegenüber psychisch Kranken .....</b>           | <b>66</b>     |
| 4.5.1. Einstellungen gegenüber depressiven Frauen .....               | 66            |
| 4.5.1.1. Begriffs – bzw. Eigenschaftszuschreibungen .....             | 66            |
| 4.5.1.2. Empfindungen gegenüber der Betroffenen .....                 | 70            |
| 4.5.2. Einstellungen gegenüber schizophrenen Frauen .....             | 73            |
| 4.5.2.1. Begriffs – bzw. Eigenschaftszuschreibungen .....             | 73            |
| 4.5.2.2. Empfindungen gegenüber der Betroffenen .....                 | 77            |
| 4.5.3. Einstellungen gegenüber depressiven Männern .....              | 80            |
| 4.5.3.1. Begriffs – bzw. Eigenschaftszuschreibungen .....             | 80            |
| 4.5.3.2. Empfindungen gegenüber dem Betroffenen .....                 | 83            |
| 4.5.4. Einstellungen gegenüber schizophrenen Männern .....            | 86            |
| 4.5.4.1. Begriffs – bzw. Eigenschaftszuschreibungen .....             | 86            |
| 4.5.4.2. Empfindungen gegenüber dem Betroffenen .....                 | 90            |

|             |                                                         |            |
|-------------|---------------------------------------------------------|------------|
| <b>4.6.</b> | <b>Distanzverhalten .....</b>                           | <b>93</b>  |
| 4.6.1.      | Distanzverhalten gegenüber depressiven Menschen .....   | 94         |
| 4.6.2.      | Distanzverhalten gegenüber schizophrenen Menschen ..... | 98         |
| <b>4.7.</b> | <b>Prävention .....</b>                                 | <b>102</b> |
| 4.7.1.      | Prävention der Depression .....                         | 102        |
| 4.7.1.1.    | Präventionsmaßnahmen – Depression .....                 | 103        |
| 4.7.2.      | Prävention der Schizophrenie .....                      | 104        |
| 4.7.2.1.    | Präventionsmaßnahmen – Schizophrenie .....              | 105        |
| <b>5.</b>   | <b>Diskussion .....</b>                                 | <b>106</b> |
| <b>6.</b>   | <b>Literaturverzeichnis .....</b>                       | <b>114</b> |
| <b>7.</b>   | <b>Anhang</b>                                           |            |
| 7.1.        | Fragebogen .....                                        | 118        |
| 7.2.        | Lebenslauf .....                                        | 128        |

## **Zusammenfassung**

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurde erfasst ob und in wie fern sich Männer und Frauen in ihren Einstellungen sowie in ihrem Verhalten gegenüber psychisch kranken Menschen unterscheiden. Dabei wurden die Einstellungen und das Verhalten gegenüber depressiven sowie gegenüber schizophrenen Männern und Frauen ermittelt. Desweiteren wurde ermittelt welchem Geschlecht die Depression sowie welchem Geschlecht die Schizophrenie seitens der Proband/innen zugeordnet wird. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde ebenfalls ermittelt, ob sich Männer und Frauen in der Konzeptualisierung der Depression sowie in der Konzeptualisierung der Schizophrenie unterscheiden. Ein weiterer Aspekt war es zu erfassen, ob sich Männer und Frauen in der Bewertung der Geeignetheit unterschiedlicher Präventionsmaßnahmen zur Prävention der Depression sowie zur Prävention der Schizophrenie unterschieden. Die Daten wurden anhand eines selbst erstellten 10 – seitigen Fragebogens an einem Zufallssample in den Monaten Februar bis März 2013 in Wien ermittelt. Dabei wurden insgesamt 160 ausgefüllte Fragebögen gesammelt. Von den 160 Fragebögen waren 80 Stück von männlichen Probanden (Alter 18 – 34 Jahre) sowie 80 Stück von weiblichen Probanden (Alter 17 – 37 Jahre) ausgefüllt worden.

Die Untersuchung konnte zeigen, dass es in Bezug auf die Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt. So konnten bei der Zuordnung von vorgegebenen Begriffen (z.B. „Unberechenbar“, „Selbst Schuld“ etc.) in Bezug auf depressive sowie schizophrene Menschen, keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede ermittelt werden. Lediglich beim Begriff „Gefährlich für anderen“, tendierten eher die männlichen Probanden dazu, diesem Begriff in Bezug auf depressive Männern und Frauen in höherem Maß zuzustimmen. Bei den Empfindungen Mitleid, Ablehnung sowie Wut und Aggression konnten keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede ermittelt werden. Beim Aspekt der Angst, konnte die Tendenz festgestellt werden, dass weibliche Probanden eher dem Begriff „Angst“ vor allem in Bezug auf depressive und schizophrene Frauen zustimmten.

Desweiteren wurde die Depression generell eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet, während die Schizophrenie eher dem männlichen Geschlecht zugeordnet wurde.

Im Rahmen dieser Studie konnte gezeigt werden, dass sich Männer und Frauen in Bezug auf die Konzeptualisierung der Depression unterscheiden. So gaben deutlich mehr Frauen an, dass ein Mangel an elterlicher Zuwendung, ein „Broken Home“ sowie ein negatives Lebensereignis Entstehungsgründe für eine Depression sein können.

In Bezug auf die Schizophrenie tendierten ebenfalls eher die weiblichen Probanden dazu ein negatives Lebensereignis als Entstehungsgrund zu sehen.

In Bezug auf die Geeignetheit unterschiedlicher angegebener Präventionsmaßnahmen (z.B. „Stabiler Freundeskreis“, „Ausreichend Schlaf“ etc.) konnten, bis auf eine Ausnahme, keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede ermittelt werden. Lediglich bei der angegebenen Präventionsmaßnahme „Viel Arbeit“, tendierten die männlichen Probanden eher dazu, diese Präventionsmaßnahme als geeignet zur Prävention von Depressionen anzusehen.

## Abstract

The aim of this thesis was to investigate if men and women differ in their causal beliefs and attitudes towards people suffering from depression and towards people suffering from schizophrenia. It was also investigated if men and women react differently to people with mental illnesses. Furthermore, it was determined which sex is associated with depression and which sex is associated with schizophrenia. Another aspect was to detect if men and women differ in their attitudes towards prevention of depression and prevention of schizophrenia. The data was collected in February to March 2013 in Vienna through a self-build 10 - page questionnaire. A total of 160 completed questionnaires were collected. Of the 160 questionnaires, 80 pieces were filled out by males (age 18 – 34) and 80 pieces were filled out by females (age 17 – 37).

The investigation showed that there were barely differences between men and women according their attitudes towards people suffering from mental illnesses. There were no differences between men and women according the most terms ((e.g.) „unpredictable“, „hard to communicate“). There was one significant difference between men and women according to the term „dangerous to others“. In general men tend to believe in a higher extend that men and women suffering from depression are dangerous.

According to the feelings „pity“, „rejection“ and „anger“ no gender differences were determined. There was a difference according the feeling fear towards people with mental illnesses. Women tend to show more fear regarding to women suffering from depression or suffering from schizophrenia, while there was no significant gender – typical difference found in feeling fear regarding men suffering from depression or suffering from schizophrenia.

In general the depression is associated with the female sex while schizophrenia is associated with the male sex.

According to the conceptualization of mental illnesses women were more inclined than men to endorse the terms „lack of parental affection“, „broken home“ and „negative live event“ as causes of depression. Regarding to schizophrenia women tend in a higher extend to believe that a negative live event can be a cause of schizophrenia.

According to the attitudes towards prevention of depression one gender – typical difference was found. Men tend to believe in a higher extend that working much can help preventing depression. There were no gender – typical differences found in attitudes towards prevention of schizophrenia.

## **Abbildungsverzeichnis**

- Abb. 1 Change in the rank order of disease burden for 15 leading causes worldwide, 1990–2020 (as measured by DALYs)*
- Abb. 2 Invaliditätspensionen nach Krankheitsursachen (inkl. vorzeitige Alterspensionen wegen gem. Arbeitsfähigkeit) Dezember 2009*
- Abb. 3 Entwicklung der Krankenstandstage pro 1000 Beschäftigte 1990-1999 (1990 = 100%)*
- Abb. 4 Verlaufsformen der depressiven Erkrankung*
- Abb. 5 Leading causes of disease burden (DALYs) for males and females aged 15 years and older, worldwide, 2002*
- Abb. 6 Suizidmethoden 2008 – Aufgeschlüsselt nach Geschlecht*
- Abb. 7 Lebenserwartung in der WHO Europa Region, 1980-2004*
- Abb. 8 Standardisierte Sterblichkeit durch Suizide und Selbstverletzungen (Alter 0-64) pro 100,000, getrennt nach Männer und Frauen*
- Abb. 9 The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up*
- Abb. 10 Wahnthematik nach Geschlecht*
- Abb. 11 Stichprobe nach Geschlecht (in Prozent)*
- Abb. 12 Stichprobe nach Alter männlicher Probanden (in Prozent)*
- Abb. 13 Stichprobe nach Alter weiblicher Probanden (in Prozent)*
- Abb. 14 Frage 1a – Psychologie-Unterricht in der Schule (in Prozent)*
- Abb. 15 Frage 1b – Psychische Erkrankungen als Thema im Unterricht*
- Abb. 16 Frage 1c – Psychische Erkrankungen – Ausführlichkeit der Thematisierung*
- Abb. 17 Frage 2a – Angabe darüber, ob man jemanden im Bekanntenkreis kennt, der an einer psychischen Erkrankung leidet*
- Abb. 18 Frage 2b – Angabe darüber, wer im Bekanntenkreis von einer psychischen Erkrankung betroffen ist*
- Abb. 19 Frage 2c – Angabe darüber, mit welcher psychischen Erkrankung man konfrontiert ist bzw. konfrontiert wurde*
- Abb. 20 Frage 3 – Entstehungsgründe der Depression – Mangel an elterlicher Zuwendung*
- Abb. 21 Frage 3 – Entstehungsgründe der Depression – negatives Lebensereignis*
- Abb. 22 Frage 3 – Entstehungsgründe der Depression – „Broken Home“*
- Abb. 23 Frage 4 – Entstehungsgründe der Schizophrenie – „Broken Home“*
- Abb. 24 Frage 5 – Welches Geschlecht leidet häufiger an Depressionen (% der Gesamtzahl)*

Abb. 25 Frage 5 – Welches Geschlecht leidet häufiger an Depressionen (Angabe nach Geschlecht der Proband/innen)

Abb. 26 Frage 6 – Welches Geschlecht leidet häufiger an Schizophrenie (% der Gesamtzahl)

Abb. 27 Frage 6 – Welches Geschlecht leidet häufiger an Schizophrenie (Angabe nach Geschlecht der Proband/innen)

Abb. 28 Frage 7 – depressive Frauen – Gefährlich für andere

Abb. 29 Frage 7 – depressive Frauen – Unberechenbar

Abb. 30 Frage 7 – depressive Frauen – Schwer zu kommunizieren

Abb. 31 Frage 7 – depressive Frauen – Selbst schuld an ihrer Situation

Abb. 32 Frage 7 – depressive Frauen – Geringe Genesungschancen

Abb. 33 Frage 8 – depressive Frauen – Mitleid

Abb. 34 Frage 8 – depressive Frauen – Ablehnung

Abb. 35 Frage 8 – depressive Frauen – Wut/Aggression

Abb. 36 Frage 8 – depressive Frauen – Angst

Abb. 37 Frage 9 – schizophrene Frauen – Gefährlich für andere

Abb. 38 Frage 9 – schizophrene Frauen – Unberechenbar

Abb. 39 Frage 9 – schizophrene Frauen – Schwer zu kommunizieren

Abb. 40 Frage 9 – schizophrene Frauen – Selbst schuld an ihrer Situation

Abb. 41 Frage 9 – schizophrene Frauen – Geringe Genesungschancen

Abb. 42 Frage 10 – schizophrene Frauen – Mitleid

Abb. 43 Frage 10 – schizophrene Frauen – Ablehnung

Abb. 44 Frage 10 – schizophrene Frauen – Wut/Aggression

Abb. 45 Frage 10 – schizophrene Frauen – Angst

Abb. 46 Frage 11 – depressive Männer – Gefährlich für andere

Abb. 47 Frage 11 – depressive Männer – Unberechenbar

Abb. 48 Frage 11 – depressive Männer – Schwer zu kommunizieren

Abb. 49 Frage 11 – depressive Männer – Selbst schuld an seiner Situation

Abb. 50 Frage 11 – depressive Männer – Geringe Genesungschancen

Abb. 51 Frage 12 – depressive Männer – Mitleid

Abb. 52 Frage 12 – depressive Männer – Ablehnung

Abb. 53 Frage 12 – depressive Männer – Wut/Aggression

Abb. 54 Frage 12 – depressive Männer – Angst

Abb. 55 Frage 13 – schizophrene Männer – Gefährlich für andere

Abb. 56 Frage 13 – schizophrene Männer – Unberechenbar

Abb. 57 Frage 13 – schizophrene Männer – Schwer zu kommunizieren

Abb. 58 Frage 13 – schizophrene Männer – Selbst schuld an seiner Situation

Abb. 59 Frage 13 – schizophrene Männer – Geringe Genesungschancen

Abb. 60 Frage 14 – schizophrene Männer – Mitleid

Abb. 61 Frage 14 – schizophrene Männer – Ablehnung

Abb. 62 Frage 14 – schizophrene Männer – Wut/Aggression

Abb. 63 Frage 14 – schizophrene Männer – Angst

Abb. 64 Frage 15 – Depression – Distanz – Nachbar/in

Abb. 65 Frage 15 – Depression – Distanz – Arbeitskolleg/in

Abb. 66 Frage 15 – Depression – Distanz – Kinderbetreuer/in

Abb. 67 Frage 15 – Depression – Distanz – Mitbewohner/in

Abb. 68 Frage 15 – Depression – Distanz – Familienangehörige/r

Abb. 69 Frage 15 – Depression – Distanz – Partner/in

Abb. 70 Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Nachbar/in

Abb. 71 Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Arbeitskolleg/in

Abb. 72 Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Kinderbetreuer/in

Abb. 73 Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Mitbewohner/in

Abb. 74 Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Familienangehörige/r

Abb. 75 Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Partner/in

Abb. 76 Frage 17 – Depressionen vorbeugen

Abb. 77 Frage 17 – Depressionen vorbeugen (Angabe nach Geschlecht der Proband/innen)

Abb. 78 Frage 17 – Depressionen vorbeugen – viel Arbeit

Abb. 79 Frage 18 – Schizophrenie vorbeugen

Abb. 80 Frage 18 – Schizophrenie vorbeugen (Angabe nach Geschlecht der Probanden)

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Häufigkeiten unterschiedlicher psychischer Erkrankungen in der EU

Tabelle 2: Symptome der depressiven Erkrankung

Tabelle 3: Körperliche und vegetative Symptome der depressiven Erkrankung

Tabelle 4: Gründe für die höhere Anfälligkeit im weiblichen Geschlecht an einer Depression zu erkranken

Tabelle 5: Charakteristika des „Male Depressive Syndrome“

Tabelle 6: Schizophrenie – Verlaufsstudien

Tabelle 7: Studien mit mindestens 10 – jähriger Observationszeit

*Tabelle 8: Ein – Jahres – Inzidenz der Schizophrenie (Raten pro 100.000 Einwohner; gekürzt nach Goldner et al., 2002)*

*Tabelle 9: Ein-Jahres-Prävalenz und Lebenszeit-Prävalenz der Schizophrenie (in Prozent, gekürzt nach Goldner et al., 2002)*

*Tabelle 10: Einstellungen gegenüber psychisch Kranken nach Art der Erkrankung*

*Tabelle 11 Irrtumswahrscheinlichkeit und Bedeutung*

# **(1) Einleitung**

## **1.1. Psychische Störungen**

### **1.1.1. Der Versuch einer Definition**

Traurigkeit, Angst und Aggression gehörten seit je her zur Bandbreite menschlicher Zustände. Erst wenn die Traurigkeit, die Angst und die Aggression ein gewisses Maß an Intensität überschreiten werden sie für den betroffenen Menschen oder auch für sein Umfeld zum Problem. An dieser Stelle stellt sich die Frage wo die Grenze zwischen einem normalen Zustand menschlichen Empfindens und einem krankhaften Zustand zu ziehen ist? Die Antwort auf diese Frage gestaltet sich äußerst problematisch. Wenn man beispielsweise einen Blick auf unseren Planeten und die Menschen die in bewohnen wirft, so erkennt man, dass es im Laufe der Jahrtausende zur Herausbildung unterschiedlicher Kulturen und dementsprechend zur Herausbildung unterschiedlicher Gesellschaften mit unterschiedlichen Normen und Werten gekommen ist. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass es keine globale Übereinstimmung in Bezug auf die Klassifizierung von psychisch gesundem und psychisch krankem Verhalten gibt. An dieser Stelle begegnen wir einem äußerst wichtigen Begriff, nämlich dem der Klassifizierung. Seit je her versucht der Mensch seine Umwelt und die Menschen die ihn umgeben zu klassifizieren bzw. in bestimmte Kategorien einzuordnen. Dies hilft dem Menschen sich besser in der Welt zurecht zu finden. Doch was versteht man nun genau unter dem Begriff der Klassifizierung? Unter Klassifikation versteht man zweierlei:

*„a) primär die Einteilung einer Mannigfaltigkeit (Menge von Merkmalen, Population von Fällen) in ein nach Klassen gegliedertes System (Systematik),*

*b) sekundär die Zuordnung einzelner Merkmale bzw. Fälle zu Klassen eines solchen Systems (Diagnostik).“*

*„Der Begriff „Klassen“ umschreibt eine Gesamtheit von Elementen mit gemeinsamen Charakteristika.“ (Reinecker, 2003)*

In der heutigen Zeit gibt es zwei gebräuchliche Klassifikationssysteme für psychische Störungen.

Einerseits bedient man sich des weit verbreiteten ICD – 10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Version 10) sowie andererseits dem in der psychologischen Forschung besonders gebräuchlichem DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV) (uni-protokolle.de). An dieser Stelle soll die Definition psychischer Störungen lt. DSM – IV zitiert werden:

*„Psychische Störungen sind ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster, das bei einer Person auftritt und das mit momentanen Leiden (z.B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkungen in einem oder mehreren wichtigen sozialen oder Leistungsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergehen, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden. Das Syndrom oder Muster darf nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein Ereignis sein, wie z.B. eine normale Trauerreaktion bei Verlust eines geliebten Menschen. Unabhängig vom ursprünglichen Auslöser muss bei der betroffenen Person eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung zu beobachten sein. Weder normabweichendes Verhalten (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen, solange die Abweichung oder der Konflikt kein Symptom einer oben beschriebenen Funktionsstörung bei der betroffenen Person darstellt.“* (Wittchen & Hoyer, 2006 modifiziert nach American Psychiatric Association, 1998)

Wie zu erkennen ist, beinhaltet diese Definition eine Vielzahl von einzelnen Komponenten die zusammenwirken. Die Problematik wie Wittchen und Hoyer (2006) es ausdrückten liegt nun darin, dass zwar die Grenzen zwischen gestört und nicht gestört bzw. krank und gesund in Form von allgemeinen deskriptiven Aspekten (Leiden, Funktionsstörung) erwähnt werden, aber dass eben diese angesprochenen Aspekte ineinander fließend übergehen und dementsprechend nicht klar voneinander abgegrenzt werden können. Um die Definition oder das Verständnis für psychische Störungen zu vereinfachen, könnte man psychische Störungen als abweichendes Verhalten definieren. Nach Comer (1995) kann man vier Komponenten der Abnormität festhalten. So würde man lt. Comer (1995) als abweichende bzw. gestörte Erlebens- und Verhaltensmuster jene bezeichnen, die entweder in einem bestimmten Kontext, wie zum Beispiel Alter oder soziokulturelle Normen als deviant gelten sowie die Person belasten bzw. unter einen Leidensdruck setzen. Neben den Kriterien „Devianz“ und „Belastung“ spielen auch die Kriterien „Beeinträchtigung“ und „Gefährdung“ bei der Definition psychischer Störungen eine zentrale Rolle.

So sind psychische Störungen vor allem auch dadurch gekennzeichnet, dass sie die betroffene Person im Verrichten des Alltags beeinträchtigen. Wenn die Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen durch psychische Störungen so stark werden, kann dies dazu führen, dass die betroffene Person dazu tendiert sich selbst oder auch andere, auf Grund des angestauten Leidensdruckes, zu gefährden. Die vier genannten Kriterien („Devianz“, „Belastung“, „Beeinträchtigung“ und „Gefährdung“) können individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und stehen in den meisten Fällen miteinander in Wechselwirkung. Egal welche der beiden Definitionen (neben einer Vielzahl anderer Definitionen) man bevorzugt, man sollte immer im Hinterkopf behalten, dass psychische Störungen bzw. wenn man sie als abweichendes Verhalten deklariert, von den Normen und Werten einer Gesellschaft abhängig sind. Desweiteren sollte man sich immer in Erinnerung rufen, dass die Definitionen psychischer Störungen lediglich sinnvolle und nützliche Konstrukte für Forscher und Praktiker darstellen. Diese Konstrukte entsprechen dem aktuellen Wissensstand und sind nur eine vorübergehende Lösung für einen begrenzten Zeitraum (Matthias von Rad, 2011).

### **1.1.2. Prävalenz psychischer Störungen**

Nachdem auf die Definition psychischer Störungen eingegangen wurde, soll jetzt auf die Prävalenz psychischer Störungen Bezug genommen werden. Laut WHO (Fact sheet N°220 September 2010) leiden mehr als 450 Millionen Menschen an psychischen Störungen. In diesem Zusammenhang verkündete im Jahre 2005 die WHO „No health without mental health“ mit dem Ziel auf die steigende Zahl psychischer Störungen aufmerksam zu machen (Österreichischer Schizophreniebericht 2008). Desweiteren prognostiziert eine von der Weltbank, der Harvard School of Public Health sowie der Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1992 in Auftrag gegebene Studie mit dem Titel „The global burden of disease, 1990 – 2020“, dass im Jahre 2020 unter allen Krankheiten, die Depression zu einem erheblichen Anteil für Alltagsbehinderungen verantwortlich sein wird. Dabei wurden laut österreichischem Schizophreniebericht (2008) als Maß für die Betroffenheit die „disability-adjusted life-years“ (DALYs) verwendet. Unter den sogenannten „disability-adjusted life years“ versteht man die Gesamtzahl jener Jahre, die durch krankheitsbedingte Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen oder durch vorzeitigen Tod verloren werden (Österreichischer Schizophreniebericht 2008). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen deutlich, dass es zu Verschiebungen der Krankheits – bzw. Todesursachen seit den 1990er Jahren gekommen ist.

Es wird deutlich, dass Infektionskrankheiten wie zum Beispiel Durchfallerkrankungen oder Infektionen der unteren Atemwege an Bedeutung abnehmen, während gleichzeitig nicht – infektiöse Krankheiten wie Herz, - Krebs, - oder auch psychische Störungen an Bedeutung zunehmen (siehe Abb. 1).

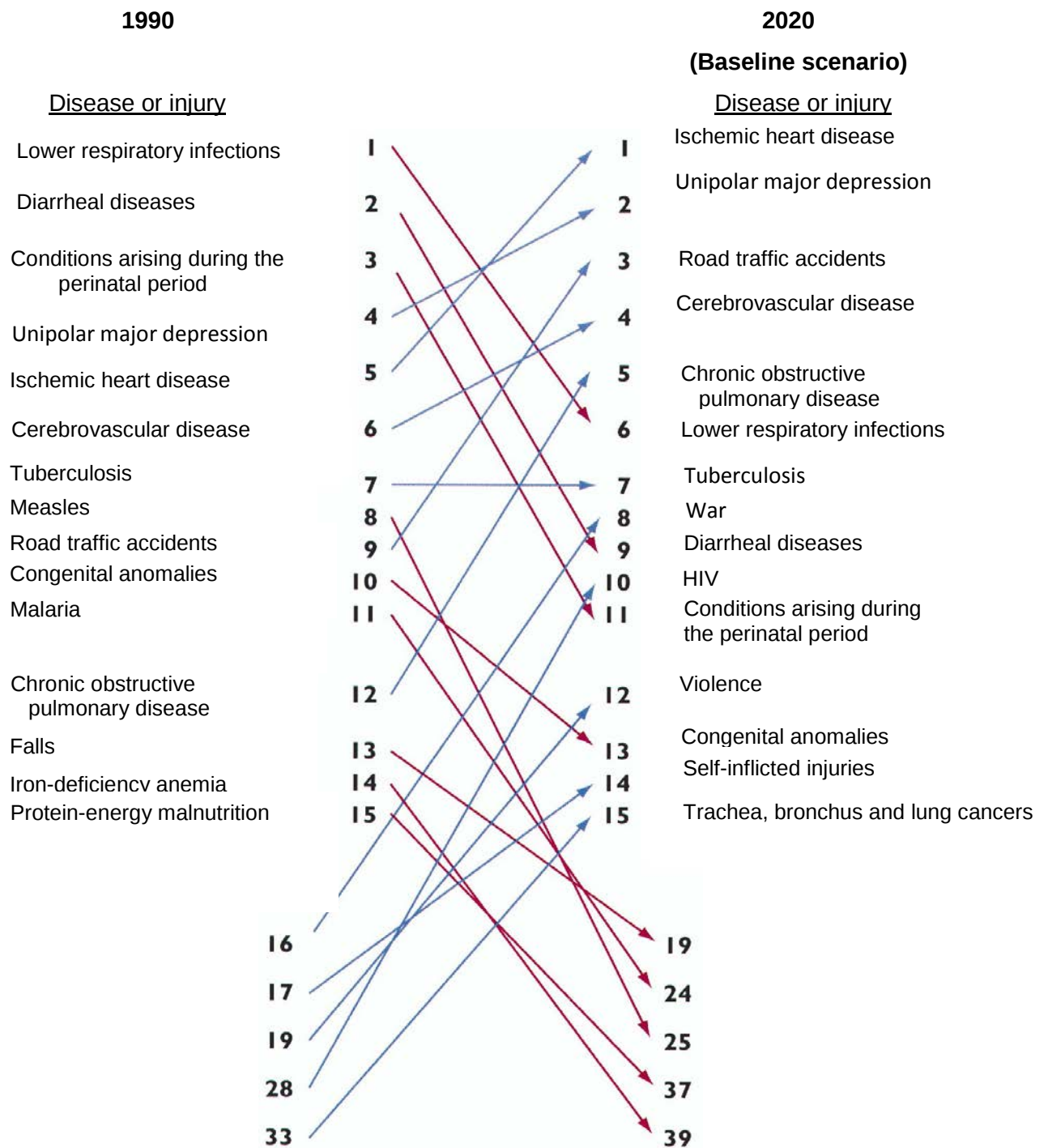


Abbildung 1: Change in the rank order of disease burden for 15 leading causes worldwide, 1990–2020 (as measured by DALYs) (Murray & Lopez, 1996)

Eine andere Studie mit dem Titel „The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010“, die am 5. September 2011 vom European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) und dem European Brain Council (EBC) vorgestellt wurde, belegt ebenfalls, dass die Bewältigung psychischer Störungen zu einer großen gesundheitspolitischen Aufgabenstellung im 21. Jahrhundert geworden ist. Die Studie durchzog sich über eine Dauer von mehr als drei Jahren und die Studienergebnisse beziehen sich auf alle 27 EU Staaten sowie die Schweiz, Island und Norwegen mit einer Gesamt – Einwohnerzahl von 514 Millionen Menschen (Wittchen et. al., 2010). Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie (unter anderem) sind, dass jährlich 38,2 % alle Einwohner der Europäischen Union (164,8 Millionen Menschen) an einer psychischen Störung leiden. Desweiteren zeigen sich in der EU folgende Werte für die Häufigkeit der unterschiedlichen psychischen Erkrankungen:

| <b>Störung</b>                                | <b>Häufigkeit (Angabe in %)</b> |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| Angststörung                                  | 14,0 %                          |
| Schlafstörung                                 | 7,0 %                           |
| Unipolare Depression                          | 6,9 %                           |
| Psychosomatische Erkrankungen                 | 6,3 %                           |
| Alkohol – und Drogenabhängigkeit              | 4 %                             |
| Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen | 5% alle Kinder und Jugendlichen |
| Demenz                                        | 1 % – 30% (altersabhängig)      |

*Tabelle 1: Häufigkeiten unterschiedlicher psychischer Erkrankungen in der EU (Wittchen et al., 2010)*

Die steigenden Zahlen psychischer Erkrankungen erreichten in den letzten Jahren auch Österreich. Laut Wittchen und Jacobi (2005) sind psychische Störungen diejenigen Erkrankungen die am stärksten mit Behinderung einhergehen. Diese These spiegelt sich im statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung aus dem Jahre 2010 wieder. Laut dem statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung sind psychiatrische Erkrankungen mit 20,2% für, unter anderem, vorzeitige Alterspensionen verantwortlich (siehe Abb.2).

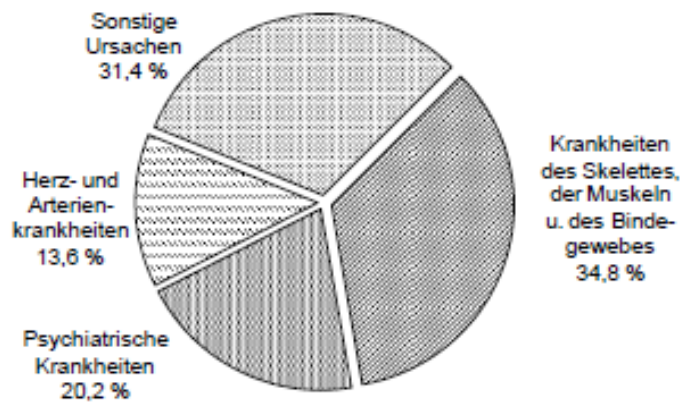


Abbildung 2: Invaliditätspensionen nach Krankheitsursachen (inkl. vorzeitige Alterspensionen wegen gem. Arbeitsfähigkeit) Dezember 2009 (Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2010)

Wenn man einen Blick auf Abbildung 3 wirft, so erkennt man, dass es in Österreich in den Jahren 1990 bis 1999 zu einem Anstieg der Krankenstandstage auf Grund von psychischen Erkrankungen gekommen ist.

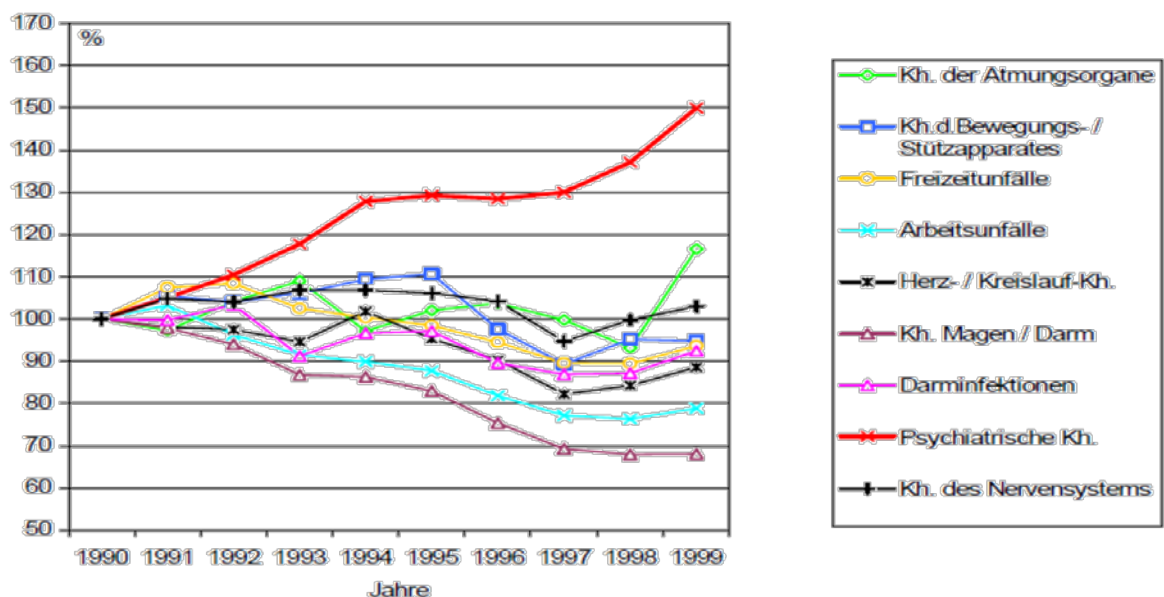


Abbildung 3: Entwicklung der Krankenstandstage pro 1000 Beschäftigte 1990-1999 (1990 = 100%) (Österreichischer Psychiatriebericht 2001 nach Wörister, 2000)

Nachdem aufgezeigt wurde, dass psychische Störungen weltweit und auch für unsere Gesellschaft an Bedeutung zunehmen, wird im Folgenden auf zwei psychische Störungen Bezug genommen, welche eine zentrale Rolle in dieser Diplomarbeit spielen werden. Bei den beiden psychischen Störungen handelt es sich einerseits um die Depression sowie andererseits um die Schizophrenie.

### 1.1.3. Depression

Depressionen zählen zu den psychischen Erkrankungen und sind dadurch gekennzeichnet, dass über längere Zeiträume ganz bestimmte Symptommuster mit ausgeprägten Veränderungen der Stimmung in Erscheinung treten (Härter et al., 2007). Laut ICD – 10 wird die Depression den sogenannten affektiven Störungen zugeordnet:

#### Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (ICD – 10)

Kapitel V gliedert sich unter anderem in folgende Gruppen:

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- **F30-F39 Affektive Störungen**
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- (...)

Die Gruppe der affektiven Störungen wird wiederum in folgende Untergruppen zusammengefasst:

- F30.- Manische Episode
- F31.- Bipolare affektive Störung
- **F32.- Depressive Episode**
- **F33.- Rezidivierende depressive Störung**
- F34.- Anhaltende affektive Störungen
- (...)

(icd-code.de)

Die Depression äußert sich dabei entweder in einer depressiven Episode oder in einer rezidivierenden depressiven Störung.

Eine depressive Episode ist unter anderem durch die Symptome Niedergeschlagenheit, Interessensverlust sowie Antriebsstörungen gekennzeichnet (siehe Symptomatik). Von einer rezidivierenden Störung spricht man, wenn mindestens zwei depressive Episoden vorliegen (die aktuelle Episode eingerechnet), zwischen denen in einem Zeitraum von mindestens zwei Monaten keine Anzeichen bzw. Kriterien einer depressive Episode erfüllt waren (Risch et al., 2012).

### 1.1.3.1. Symptomatik

Die depressive Erkrankung äußert sich in einer Vielzahl von Symptomen, die miteinander wechselwirken oder sich sogar in ihrer Intensität verstärken. Folgende Symptome sind für die depressive Erkrankung klassisch:

| Hauptsymptome                                                      | Weitere Symptome                                            |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Depressive Verstimmtheit, Niedergeschlagenheit, gedrückte Stimmung | Konzentration – und Aufmerksamkeitsstörungen                |
| Interessensverlust und Freudlosigkeit                              | Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühl der Wertlosigkeit     |
| Antriebsstörungen, gesteigerte Ermüdbarkeit und Erschöpfung        | Pessimismus, negative Zukunftsperspektive und Schuldgefühle |
| Körperliche und vegetative Symptome (siehe Tab. 3)                 | Suizidgedanken, Selbstverletzung, Unruhe                    |

*Tabelle 2: Symptome der depressiven Erkrankung (possnigg.at)*

|                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Schlafstörungen → Einschlafstörungen, Tagesmüdigkeit                                     |
| Appetitstörungen → verminderter Appetit, Gewichtsverlust                                 |
| Herz & Kreislaufbeschwerden → Herzrasen, Rhythmusstörungen, Schwindel                    |
| Atmung → Enge und Druckgefühl                                                            |
| Gastrointestinale Beschwerden →<br>Übelkeit, Brechreiz, Verdauungsstörungen, Verstopfung |
| Schmerzen → Kopf – und Nackenschmerzen                                                   |
| Haut – und Schleimhäute → Juckreiz, Haarausfall, Mundtrockenheit                         |
| Vegetativum → Hitzewallungen, Zittern, Schweißausbrüche, Temperatursensibilität          |
| Sexualität → Libidostörungen, Menstruationsstörungen (Amenorrhoe)                        |

*Tabelle 3: Körperliche und vegetative Symptome der depressiven Erkrankung (nach Wielant Machleidt et al., 2004)*

### 1.1.3.2. Entstehungsgründe

Die Depression kann unterschiedliche Ursachen haben. Im Folgenden werden einige wichtige Ursachen bzw. Entstehungsgründe der depressiven Erkrankung zusammengefasst:

- **Stress und belastende Lebensereignisse** (Traumata, Missbrauch, Verlusterlebnisse, Kündigung, „live events“) (Faller & Lang, 2011)

- **Genetik**

Die sogenannte „Gen – Umwelt – Interaktionshypothese“ versucht zu erklären, warum manche Personen unter bestimmten Umweltfaktoren eine Depression entwickeln, während andere Personen unter den gleichen Umweltfaktoren keine depressive Symptomatik aufweisen. Laut dieser Hypothese, besteht ein Zusammenwirken zwischen den Umweltfaktoren und einer bestimmten genetischen Prädisposition, das dazu führt, dass Personen mit eben dieser genetischen Prädisposition anfälliger für Depressionen sind als andere (Faller & Lang, 2011).

➤ **Kognitive Prozesse**

- Kognitive Triade (negative Ansichten über die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft) (Richter & Richter, 1995)
- Logische Denkfehler („errors in logic“)
  - o Überbewertung negativer Ereignisse
  - o Willkürliches Schlussfolgern
  - o Übergeneralisierung (einmalige negative Erfahrungen werden als „typisch“ deklariert)
  - o Absolutistisches Denken („Schwarz – Weiß – Denken“)
  - o Personalisierung (Tendenz negative Ereignisse als Resultat der eigenen Unfähigkeit zu sehen)  
(Richter & Richter, 1995)
- Gedankliche Weiterbeschäftigung (Grübeln)

➤ **Biologische Faktoren**

- Umstellungen im Hormonsystem (Wochenbett und Klimakterium, verändertes Serotonin – Noradrenalinsystem (nicht eindeutig ob Auslöser oder Begleiterscheinung))
- Körperliche Erkrankungen (Gehirntumore)
- Jahreszeit  
(Wolfersdorf, 2011)

➤ **Sozioökonomische Faktoren**

- Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht (Nickel, 2009)
- Arbeitslosigkeit (Härter et al., 2007)

### **1.1.3.3. Verlauf und Prognose**

Eine depressive Störung tritt in sogenannten Episoden bzw. depressiven Schüben auf. Das Auftreten der ersten depressiven Episode kann in jedem Alter erfolgen. Laut Härter et al. (2007) (zitiert nach Jacobi et al., 2004) litten 50% der Patient/innen bereits vor dem 31. Lebensjahr an Depressionen. Desweiteren liegt die Prävalenzrate bei unter 18 - Jährigen bei etwa 15 – 20%. Dementsprechend zeigen sich erhöhte Erkrankungsraten vor allem in der Pubertät. Die Dauer einer behandelten depressiven Episode (mittels Psychotherapie oder Psychopharmaka) beträgt in der Regel ca. 3 Monate, während eine unbehandelte depressive Episode etwa 6 Monate oder auch länger dauern kann (Härter et al., 2007).

Je nach Schweregrad (leicht, mittelschwer, schwer) kann eine depressive Erkrankung unterschiedliche Verläufe annehmen. Dementsprechend unterscheiden sich auch die Prognosen bezüglich einer Gesundung. In Abbildung 5 sind sechs mögliche Verläufe einer depressiven Erkrankung zusammengefasst:

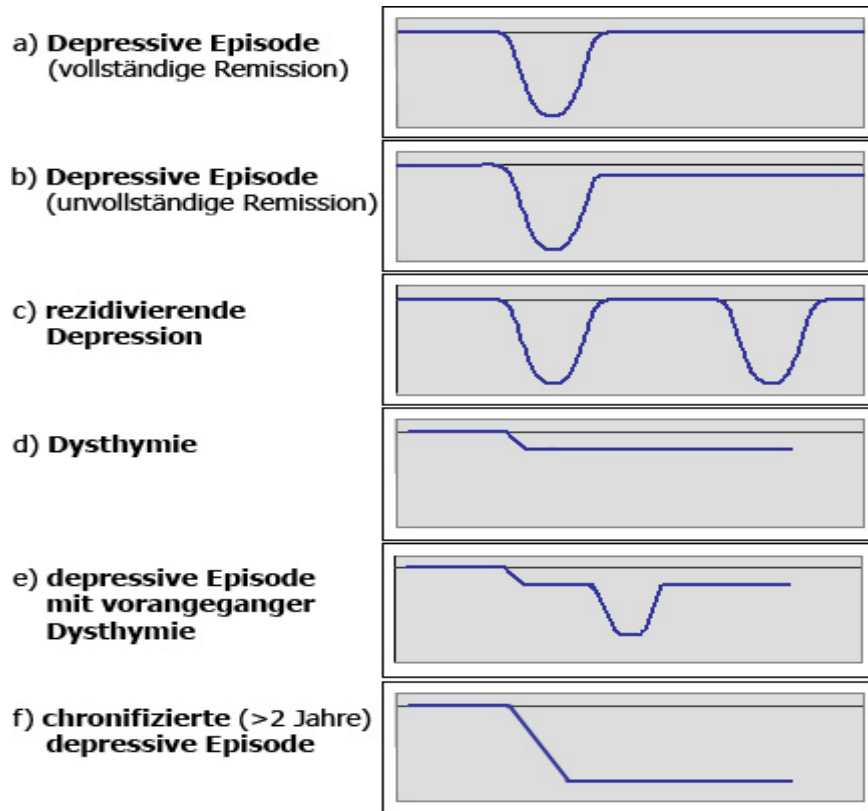


Abbildung 4: Verlaufsformen der depressiven Erkrankung (Härter et al., 2007)

Laut Härter et al. (2007) zeigt sich eine vollständige Remission (siehe Abb. 4 a.)) bei etwa einem Drittel der Betroffenen. Bei einem weiteren Drittel der Patient/innen kommt es nur zu einer teilweisen Besserung der Symptomatik. Man spricht dann von einer unvollständigen Remission (siehe b.)). Durch das partielle Zurückbleiben von Restsymptomen, bleibt das Risiko in eine erneute depressive Phase zu fallen, erhalten. So wird laut Härter et al. (2007) bei ca. 50% der Patient/innen im Laufe ihres Lebens eine weitere depressive Episode diagnostiziert. Wenn depressive Episoden in gewissen Abständen immer wieder auftreten, so spricht man von einer rezidivierenden Depression (siehe c.)). Die sogenannte Dysthymie (siehe d.)) umfasst eine leichte depressive Symptomatik, welche die Betroffenen über einen längeren Zeitraum (mindestens zwei Jahre) quält. Abbildung 5 zeigt unter Punkt „e.“ eine depressive Episode welcher eine Dysthymie vorangegangen ist. Letztendlich nimmt laut Härter et al. (2007) bei etwa 15% der Betroffenen die depressive Episode einen chronifizierten Verlauf an, welcher durch geringe Remissionsraten gekennzeichnet ist.

#### 1.1.3.4. Prävalenz

Laut Härter et al. (2007) weisen weltweit ca. 20% der Menschen (unabhängig von sozialer, religiöser, kultureller oder nationaler Zugehörigkeit) wenigstens einmal in ihrem Leben eine klinisch relevante depressive Störung auf. Die Punktprävalenz unipolarer depressiver Episoden liegt weltweit bei etwa 5%, während Schätzungen für die Jahresprävalenz bei ca. 15% liegen (Härter et al., 2007 nach WHO Gesundheitsreport 2001). Abbildung 5 zeigt, dass im Jahre 2002 bei den Frauen (15 Jahre und älter) die Depression als Erkrankung am häufigsten (mit 8,4 % – Angabe in DALYs) weltweit vertreten ist. Bei Männern findet man die Depression als Erkrankungsgrund auf Rang 4. Diese Abbildung zeugt davon, dass die depressive Erkrankung zu einem ernstzunehmenden Problem geworden ist.

| <b>Males</b>                            | <b>%DALYs</b> | <b>Females</b>                          | <b>%DALYs</b> |
|-----------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|---------------|
| 1 HIV/AIDS                              | 7.4           | 1 Unipolar depressive disorders         | 8.4           |
| 2 Ischaemic heart disease               | 6.8           | 2 HIV/AIDS                              | 7.2           |
| 3 Cerebrovascular disease               | 5.0           | 3 Ischaemic heart disease               | 5.3           |
| 4 Unipolar depressive disorders         | 4.8           | 4 Cerebrovascular disease               | 5.2           |
| 5 Road traffic injuries                 | 4.3           | 5 Cataracts                             | 3.1           |
| 6 Tuberculosis                          | 4.2           | 6 Hearing loss, adult onset             | 2.8           |
| 7 Alcohol use disorders                 | 3.4           | 7 Chronic obstructive pulmonary disease | 2.7           |
| 8 Violence                              | 3.3           | 8 Tuberculosis                          | 2.6           |
| 9 Chronic obstructive pulmonary disease | 3.1           | 9 Osteoarthritis                        | 2.0           |
| 10 Hearing loss, adult onset            | 2.7           | 10 Diabetes mellitus                    | 1.9           |

*Abbildung 5: Leading causes of disease burden (DALYs) for males and females aged 15 years and older, worldwide, 2002 (Lieb (o.J.) nach WHO 2003)*

Die steigende Zahl depressiver Erkrankungen spiegelt sich auch in der hausärztlichen Praxis wieder. Laut Härter et al. (2007) wird zu den häufigsten Beratungsanlässen die depressive Erkrankung gezählt.

#### 1.1.3.5. Geschlechtstypische Aspekte der Depression

Betrachtet man die depressive Erkrankung im Zusammenhang mit den beiden Geschlechtern, so stellt man fest, dass es Unterschiede bezüglich Prävalenz, Erkrankungsrisiko, Erkrankungsalter, Rückfallneigung, Suizide und Suizidversuche sowie Bewältigungsstrategien gibt. Laut Nickel (2009) haben Frauen ein fast doppelt so großes Risiko an einer unipolaren Depression zu erkranken als Männer. Dementsprechend ist die Prävalenz der Depression im weiblichen Geschlecht höher.

Die Rückfallneigung bezüglich depressiver Episoden ist im weiblichen Geschlecht ebenfalls größer als im männlichen Geschlecht. Eine weitere Auffälligkeit besteht darin, dass das Erkrankungsrisiko bei jungen Frauen in ihrer Lebensspanne früher anzutreffen ist als bei den Männern. Desweiteren ist das Erkrankungsrisiko bei jungen Frauen durch einen steileren Anstieg als bei jungen Männern gekennzeichnet (Nickel, 2009). Laut Elkhaouda (2010) gibt es keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Krankheitshäufigkeit bei Kindern (zitiert nach Fleming, Offord & Boyle, 1989; Fleming & Offord, 1990). Ab dem 12. Lebensjahr beginnen dann die Depressionsraten im weiblichen Geschlecht diejenigen der Buben zu übersteigen (Elkhaouda, 2010 nach Angold, Costello & Worthmann, 1998) bis zu jenem Punkt, an dem die Erkrankungsrate im weiblichen Geschlecht etwa doppelt so hoch ist als die Erkrankungsrate im männlichen Geschlecht. Laut Mosebach (2005) (zitiert nach Giernalczyk, 2003) begehen Frauen mehr Suizidversuche, während im männlichen Geschlecht die Rate der vollzogenen Suizide höher ist. In diesem Zusammenhang sei darauf aufmerksam gemacht, dass die Erkenntnis dass Frauen mehr Suizidversuche begehen, während Männer höhere Suizidraten aufweisen, nicht weltweit vertreten werden kann. In den Ländern Indien, Polen und Finnland liegt die Rate nichttödlicher Suizidversuche bei den Männern höher als bei den Frauen. Desweiteren sei angemerkt, dass in den Ländern Indien, China und Papua Neuguinea bei den Frauen die Wahrscheinlichkeit tatsächlich einen Suizid zu begehen höher liegt als im männlichen Geschlecht (Butcher et al., 2009 zitiert nach Canetto, 1997; Jamison, 1999). Die Erklärung dafür, warum im Allgemeinen (westliche Welt, USA) im weiblichen Geschlecht mehr Suizidversuche während im männlichen Geschlecht mehr tödliche Suizide vermerkt werden, liegt daran, dass unterschiedliche Methoden zur Durchführung des Selbstmordes angewandt werden. So zeigt sich, dass Frauen teilweise zu den sogenannten weicheren Methoden greifen und dementsprechend noch im letzten Augenblick gerettet werden können ([suizidprophylaxe.de](http://suizidprophylaxe.de)).

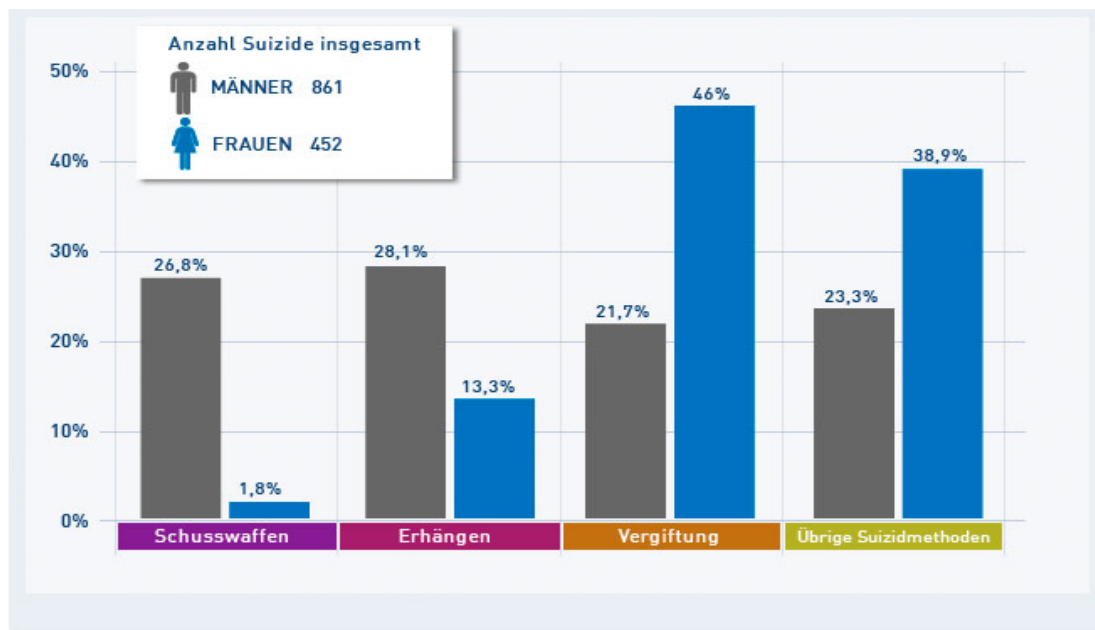


Abbildung 6: Suizidmethoden 2008 – Aufgeschlüsselt nach Geschlecht

(swissinfo.ch nach Bundesamt für Statistik)

An dieser Stelle stellt sich die Frage, warum das weibliche Geschlecht in einem höheren Maße von Depressionen betroffen ist als das männliche Geschlecht. Zur Klärung dieser Frage gibt es unterschiedliche Ansätze. Im Folgenden werden einige mögliche Gründe für die höhere Anfälligkeit im weiblichen Geschlecht an einer Depression zu erkranken zusammengefasst:

| Risikofaktor                                                  | ♀                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Stress und belastende Lebensereignisse in der Kindheit</b> | Höheres Risiko Opfer von sexuellen Missbrauch zu werden;<br>mehr Risikofaktoren ausgesetzt                                                                                                                                  |
| <b>Genetik</b>                                                | kein signifikanter Unterschied                                                                                                                                                                                              |
| <b>Kognitive Prozesse</b>                                     | <u>Copingstrategien</u><br>→ weniger handlungsorientiert<br>→ weniger positive Selbstinstruktion<br><u>„Rumination“</u><br>→ gedankliche Weiterbeschäftigung (Grübeln)<br>→ Selbstbeschuldigung<br>→ geringere Schuldabwehr |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Biologische Faktoren</b>      | → Körperliche Veränderungen in der Pubertät<br>(verbunden mit Unzufriedenheit)<br>→ Hormonelle Umstellungen<br>(Menarche, Wochenbett, Klimakterium)<br>→ Östrogene und Progesteron<br>(Beeinflussung kortikaler Erregbarkeit) |
| <b>Sozioökonomische Faktoren</b> | Finanzielle Abhängigkeit<br>Mangel an sozialem Rückhalt                                                                                                                                                                       |

*Tabelle 4: Gründe für die höhere Anfälligkeit im weiblichen Geschlecht an einer Depression zu erkranken (Elkhaouda, 2010; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Hausmann, Rutz & Meise, 2008)*

Eine weitere Auffälligkeit, in welcher sich die beiden Geschlechter unterscheiden ist, dass Frauen eher dazu tendieren Frauen über ihre körperlichen oder psychischen Beschwerden zu berichten und dementsprechend auch Hilfe zu suchen bzw. in Anspruch zu nehmen (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Männer hingegen beanspruchen medizinische Leistungen bzw. Versorgungen nur halb so oft (Hausmann, Rutz & Meise, 2008). Dies könnte eine weitere Begründung dafür sein, warum Frauen zwar mehr Suizidversuche begehen, aber die Anzahl tödlicher Suizidversuche dennoch im männlichen Geschlecht liegen. Es scheint als würde das männliche Geschlecht in gewissermaßen auf eine andere Art als das weibliche Geschlecht leiden - bis zu jenem Zeitpunkt wo das persönliche Leiden unerträglich wird und der Betroffene zu einer harten Suizidmethode greift, welche ein Überleben mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließt. Doch gibt es womöglich noch andere Begründungen warum die Todesraten auf Grund von Depressionen im männlichen Geschlecht höher sind als bei den Frauen? Laut Hausmann, Rutz & Meise (2008) könnte womöglich das soziomedizinische Konzept der „male depression“ eine Antwort auf diese Frage liefern. So erklären sich die höheren Todesraten auf Grund von Depressionen im männlichen Geschlecht durch folgende drei Punkte (Hausmann et al., 2008):

➤ Mangelnde Hilfesuche (Hausmann et al., 2008)

Die Tatsache, dass Männer weniger medizinische Beratung oder Versorgung in Anspruch nehmen liegt darin, dass diese Inanspruchnahme von Verletzbarkeit zeugen würde und dementsprechend in einem Widerspruch zum männlichen Geschlechterstereotyp stehen würde. Hilfe in Anspruch zu nehmen würde womöglich für viele Männer ein Verlusterlebnis (Statusverlust, Autonomieverlust, Verlust der Unabhängigkeit) und dementsprechend Statusbeschädigung bedeuten. Eine andere Begründung wäre, dass das männliche Geschlecht seinen Befindlichkeitszustand generell besser einschätzt, als dieser es tatsächlich ist (Hausmann et al., 2008).

➤ Dysfunktionale Stressverarbeitung (Hausmann et al., 2008)

Die Reaktionen von Männern und Frauen auf bestimmte Stressoren sind unterschiedlich. Laut Hausmann et al. (2008) reagieren Männer mit erhöhter Verletzbarkeit wenn sie eine hierarchische Degradierung erfahren, während Frauen empfindlich darauf reagieren, wenn es zum Verlust der familiären Verbundenheit kommt oder wenn sie Deprivation erfahren. Auch wenn Männer auf bestimmte Stressoren womöglich positiver und handlungsorientierter als Frauen reagieren, so kommt es im Falle des Verlustes eines bestimmten Ranges, der sozialen Identität oder einer bestimmten Zugehörigkeit vor allem im männlichen Geschlecht zu Gefühlen der Hoffnungslosigkeit. Diese Hoffnungslosigkeit zeigte sich beispielweise nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion. Das Zusammenbrechen der Sowjetunion beinhaltete folgende negative Auswirkungen für die Bevölkerung:

- Negativer Stress (Gefühle von Hilfs – und Hoffnungslosigkeit)
- Verlust der sozialen Kohäsion
- Einbrüche im Bereich der allgemeinen Wertvorstellungen

(Hinterhuber, Rutz und & Meise, 2007)

All diese Faktoren führten dazu, dass es zur Senkung der Lebenserwartung um rund 5 Jahre in den betroffenen Regionen kam (siehe Abb. 7).

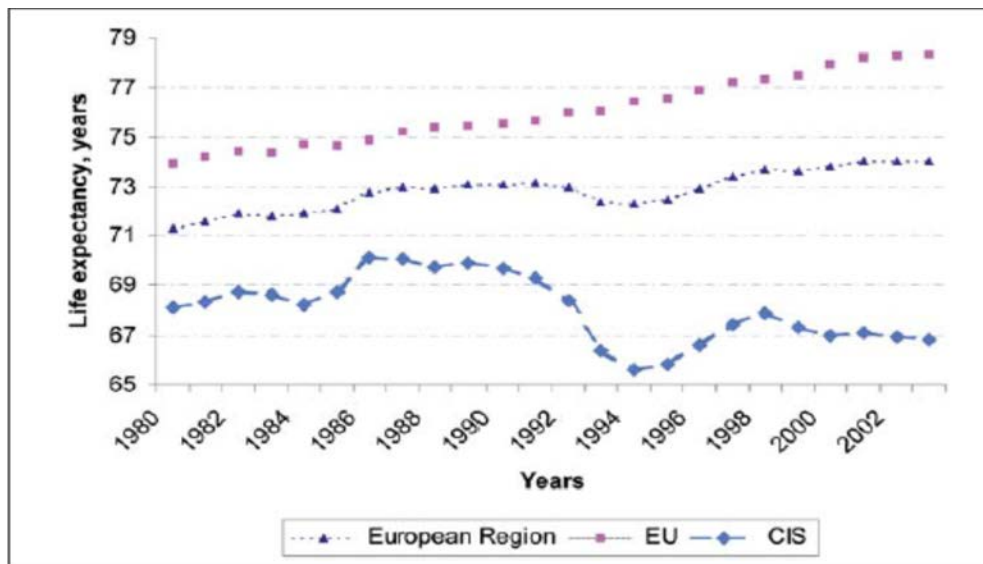


Abbildung 7: Lebenserwartung in der WHO Europa Region, 1980-2001

(Hinterhuber et al., 2007 nach WHO Europe HFA, Database, 2005)

Zur gleichen Zeit kam es zu einem Anstieg von Unfällen, Suizidraten, Gewalt und kriminellen Handlungen (Hinterhuber et al., 2007). Von all diesen negativen Auswirkungen war vor allem das männliche Geschlecht betroffen:

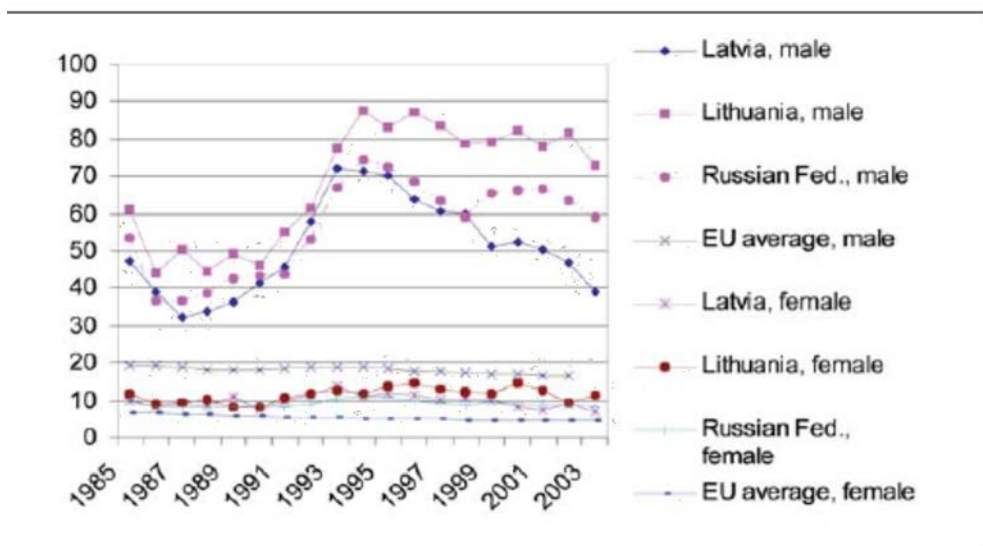


Abbildung 8: Standardisierte Sterblichkeit durch Suizide und Selbstverletzungen (Alter 0-64) pro 100,000, getrennt nach Männer und Frauen

(Hinterhuber et al., 2007 nach WHO Europe HFA, Database, 2005)

Laut Hinterhuber et al. (2007) waren insbesondere psychischer Erkrankungen (depressive Syndrome und Angststörungen) für diese verfrühte Mortalität verantwortlich. Durch das vermehrte Auftreten von depressiven Syndromen und Angststörungen nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion kam es ebenfalls zu einem vermehrten Substanzmissbrauch. In diesem Zusammenhang ist laut Hinterhuber et al. (2007) die Prävalenz des Alkoholismus um das Vierfache gestiegen. Desweiteren kam es zum Anstieg von hochriskanten Verhaltensweisen (Hinterhuber et al., 2007).

➤ „gender bias“ in der Diagnostik der Depression (Hausmann et al., 2008)

Dem männlichen Stereotyp werden folgende Eigenschaften zugeordnet:

- Macht
- Dominanzstreben
- Aggressivität
- Unabhängigkeit
- Leistungsorientierung
- Rationalität
- Kontrolle und Unverletzbarkeit

(Hausmann et al., 2008)

Diese Stereotypen führen dazu, dass vom männlichen Geschlecht erwartet wird, Herausforderungen oder auch Gefahren zu meistern und die mit diesen Herausforderungen verbundenen Ängste zu unterdrücken oder ihnen keinen Raum zu geben. Zur gleichen Zeit werden depressionsähnliche Symptome (z.B. Gedrücktheit, Klagsamkeit, verminderter Antrieb, Schwäche und Hilfsbedürftigkeit) eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet. Da die depressionsähnlichen Symptome eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden, gelten sie dementsprechend als unmännlich. Die Emotionen Aggressivität, Ärger und Feindseligkeit gelten hingegen als sozial akzeptierte bzw. tolerierte männliche Gefühlsregungen (Hausmann et al., 2008). Wie bereits angemerkt, nehmen Männer im Vergleich zu Frauen weniger Hilfe in schwierigen Lebensphasen in Anspruch. Dementsprechend vertreten sie eine eher ablehnende Haltung gegenüber der Einnahme von Psychopharmaka. Um dennoch eine kritische Lebensphase bewältigen zu können, stürzen sich Männer bevorzugt in die Arbeit oder konsumieren, als eine Art Eigenmedikation, vermehrt Alkohol (Hausmann et al. 2008).

Diese beiden Bewältigungsstrategien gelten vor allem in unserer westlichen Welt als gesellschaftlich anerkannte und dem männlichen Geschlecht entsprechende Alternativen im Umgang mit belastenden Lebensphasen. Das Problem liegt nun darin, dass die beiden erwähnten Bewältigungsstrategien nur zeitbegrenzt eine antidepressive Wirkung haben und bei längerer Anwendung zu größeren Problemen (Alkoholismus, Burnout) führen. Wenn sich also nach einer gewissen Zeit keine Verbesserung der Befindlichkeit einstellt, sondern im Gegenteil es zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommt, so wird laut Hausmann et al. (2008) der Suizid als letzter Akt der Autonomie und Selbstbestimmung angewandt. Im Rahmen eines Suizid – Verhütungsprogrammes auf der schwedischen Insel Gotland, welches in den 80er Jahren durchgeführt wurde, konnte eindeutig bewiesen werden, *„dass die Qualifizierung niedergelassener Ärzte hinsichtlich Diagnose und Therapie depressiver Erkrankungen, zu einer Abnahme von Indikatoren führt, die mit diesen Störungen assoziiert sind. Überraschend war jedoch, dass es im Gefolge dieser Aktivitäten zwar zu einer 90%igen Reduktion von Suiziden bei Frauen kam, jedoch die Suizidrate der Männer nahezu unverändert blieb.“* (Hausmann et al., 2008). Desweiteren wurde gezeigt, dass eine Reduktion der Selbstmordraten im männlichen Geschlecht nur dann erreicht werden konnte, wenn die Ärzte spezifische Praktiken bzw. Methoden zur Erkennung und Behandlung von Depressionen speziell im männlichen Geschlecht anwandten. Diese Erkenntnis zeugt davon, dass die depressive Störung mit einer geschlechtstypischen Zweigestaltigkeit einhergeht (Meshkat et al., 2007). Laut Meshkat et al. (2007) finden sich folgende Charakteristika der Depression im männlichen Geschlecht:

|                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Irritiertheit, Missstimmungen                                                                                                                                    |
| Aggressivität und damit verbundene geringe Impulskontrolle                                                                                                       |
| Zornattacken in Verbindung mit vegetativen Symptomen<br>(Herzklopfen, Hitzewallungen, Schwindel, vermehrtes Schwitzen, Kurzatmigkeit, Unruhe – und Angstgefühle) |
| Tendenz, die Schuld bei anderen zu suchen                                                                                                                        |
| Verminderte Stresstoleranz                                                                                                                                       |
| Erhöhte Risikobereitschaft<br>(bis hin zu Verhaltensweisen die am Rande der sozialen oder rechtlichen Standards stehen)                                          |
| Substanzmissbrauch (Alkohol)                                                                                                                                     |
| Hohe Suizidgefährdung                                                                                                                                            |

Tabelle 5: Charakteristika des „Male Depressive Syndrome“ (Meshkat et al., 2007)

All diese Gründe führen dazu, dass die Diagnose Depression im männlichen Geschlecht nur halb so oft gestellt wird und es dementsprechend zu einer Unterbehandlung depressiver Erkrankungen im männlichen Geschlecht kommt. Diese Unterdiagnostizierung im männlichen Geschlecht ist der Grund dafür, warum zwar die Prävalenz der Depression im weiblichen Geschlecht höher ist, aber die Suizide (70% der Suizide sind die Folge von depressiven Erkrankungen) bei den Männern um das 3 – 10 - fache erhöht sind (Hausmann, Rutz und & Meise, 2008).

### **1.1.4. Schizophrenie**

#### **1.1.4.1. Symptomatik**

Die Symptome einer schizophrenen Erkrankung sind äußerst vielfältig. Doch einige Symptome sind für die Schizophrenie klassisch:

- Störungen der Wahrnehmung
- Störungen der Denkfähigkeit
- Wahnbildungen
- Störung der Affektivität und des Antriebs

(Österreichischer Schizophreniebericht 2008)

Dennoch sei an dieser Stelle angemerkt, dass keines dieser klassischen Einzelsymptome für eine sichere Diagnosestellung ausreicht. Die Symptome einer Schizophrenie sind wie bereits angemerkt vielfältig und stehen dementsprechend miteinander in Wechselwirkung. Eine Einordnung bzw. Zusammenfassung der auftretenden Symptome in Gruppen ermöglicht es, eine Unterteilung der schizophrenen Erkrankungen zu konstruieren und Prognosen geben zu können. Im klinischen Gebrauch werden oft folgende vier Symptomgruppen voneinander unterschieden:

- Positivsymptome
- Negativsymptome
- kognitiven Symptome und
- affektiven Symptome

(Österreichischer Schizophreniebericht 2008 nach Fuller et al. 2003)

#### **1.) Positivsymptome**

Die sogenannten Positivsymptome werden im Sprachgebrauch auch als Plussymptome bezeichnet. Die Bezeichnung „Plussymptom“ begründet sich daher, dass bei der betroffenen Person zu ihrem bisherigen gewohnten Erleben und Denken noch etwas dazukommt.

(Österreichischer Schizophreniebericht 2008)

#### **➤ Störungen des Denkens**

- Zerfahrenheit (die einzelnen Gedanken werden alogisch und sprunghaft; es fällt schwer den Gedankengängen der betroffenen Person zu folgen)
- Gedankensperrung (plötzliches Abreißen oder Unterbrechen eines Gedankens; der betroffenen Person fällt es schwer einen Gedankengang zu Ende zu führen)
- Neologismen (Schöpfung neuer Wörter sowie seltsame Sprache)

➤ Sinnestäuschungen und Wahnideen:

- Halluzinationen (akustische Halluzinationen (– „Gedanken – Lautwerden“ , kommentierende Stimmen), optische Halluzinationen, Geruchshalluzinationen, Leibhalluzinationen)
- Wahnideen (Größenwahn, Beziehungswahn, Verfolgungswahn)

(P.Schuster & M. Springer- Kremser, 1998)

2.) Negativsymptome

Wie bei den Positivsymptomen, welche auch als Plussymptome bezeichnet werden, kann man Negativsymptome als Minussymptome deklarieren. Der Ausdruck Minussymptome erklärt sich daher, dass ein Mangel an Motivation, Antrieb, Interesse und Energie vorliegt und dementsprechend etwas vom gewohnten Erleben fehlt (Österreichischer Schizophreniebericht 2008).

- Spracharmut
- Ich – Versunkenheit und sozialer Rückzug
- Katatonie (Starrezustand, in welchen die betroffenen Person fällt und sich häufig stundenlang in einer oft eigentümlichen Körperhaltung nicht bewegt und auch auf nichts reagiert )

(P.Schuster & M.Springer- Kremser, 1998)

3.) Kognitive Symptome

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Lernschwierigkeiten

(Österreichischer Schizophreniebericht 2008 nach Goldberg et al., 2003).

4.) Störungen der Affektivität

(1) Affektverflachung

- Abgestumpfter Affekt
- Anhedonie (Verlust bzw. Verminderung des Vermögens Freunde zu empfinden)
- Abgeflachte emotionale Reaktionen auf Geschehnisse, welche eben diese Reaktion normalerweise initiieren würden

(Österreichischer Schizophreniebericht 2008)

Die Störungen des Affekts, soweit sie sich in Affektabflachung oder Anhedonie äußern, können auch zu den Negativ – bzw. Minussymptome gerechnet werden. Äußern sich die Symptome jedoch in einer Inadäquatheit des Affekts, also einer Unstimmigkeit zwischen dem Denkinhalt und dem Affekt, so würde man diese Affektinkongruenz zu einem Positivsymptom zählen (Österreichischer Schizophreniebericht 2008).

#### **1.1.4.2. Entstehungsgründe**

Die Erklärungsansätze, warum bestimmte Personen an einer Schizophrenie erkranken, während andere davon verschont bleiben, sind vielfältig. Dennoch kann man einige Risikofaktoren, die den Ausbruch einer Schizophrenie begünstigen festmachen:

##### **(1) Vererbung**

- familiäre Häufung der Neigung eine Schizophrenie zu entwickeln (Österreichischer Schizophreniebericht 2008 nach Riley et al., 2003)
- die Neigung eine Schizophrenie zu entwickeln ist wahrscheinlich durch das Zusammenwirken einer Vielzahl von Genen bedingt (Butcher et al., 2009)

##### **(2) Schwangerschafts – und Geburtskomplikationen**

- Virusinfektionen
  - in den Monaten Jänner bis März werden auf der Nordhalbkugel mehr Menschen die später an einer Schizophrenie erkranken geboren, als es laut statistischen Annahmen zu erwarten wäre. Dafür könnte womöglich ein jahreszeitlicher Aspekt der mit einem Virus einhergeht verantwortlich sein (Butcher et al., 2009).
  - Virusinfektionen im zweiten Drittel (4. – 7. Monat) der Schwangerschaft (Butcher et al., 2009)
- Mangelernährung
- Rhesusinkompatibilität
- Perinatale Geburtskomplikationen (Sauerstoffmangel) (Butcher et al., 2009)

### **(3) Drogenkonsum**

- Amphetamine, Kokain, LSD, Cannabis und neue Designerdrogen (Österreichischer Schizophreniebericht 2008)
- „Dopaminhypothese“ – Dopaminantagonisten (z.B. Amphetamine) können psychotische Symptome hervorrufen (Neu, (o.J.))

### **(4) Veränderungen der Hirnstruktur**

- Abnahme des gesamten Hirnvolumens um ca. 3% im Vergleich zu Personen die an keiner Schizophrenie leiden (Butcher et al., 2009 nach Lawrie & Abukmeil, 1998)
- Vergrößerte Ventrikel (Butcher et al., 2009 nach Cahn et al., 2002)

### **(5) Psychosoziale bzw. soziokulturelle Faktoren**

- „Double – bind“ Theorie (nach Bateson 1972) besagt, dass ganz bestimmte Kommunikationsschemata in der Familie dazu führen können, dass eine Person in Folge dieser Kommunikationsschemata schizophrene Erscheinungsformen aufweist. Das gestörte Kommunikationsschemata ist dadurch gekennzeichnet, dass der betroffenen Person („das Opfer“), durch eine andere oft nahestehende Person (zu der eine intensive Bindung besteht z.B. Elternteil) Aussagen kommuniziert werden, die einander emotional widersprechende Botschaften enthalten. Die betroffene Person steht diesen gestörten Kommunikationsschemata hilflos gegenüber.

Bsp.

Aussage I (verbal): „Komm her, lass dich umarmen“!

Aussage II (nonverbal): „Wenn du mich umarmst, werde ich enttäuscht von dir sein oder dich bestrafen.“

(Carr, 2012)

- „Labeling – Hypothese“ (engl. „Labeling Approach“)

„Der „Labeling Approach“ sagt aus, dass abweichendes Verhalten erst durch bestimmte Reaktionen von Instanzen sozialer Kontrolle, nämlich durch Etikettierungen von Personen oder Handlungen als abweichend, konstituiert wird.“ (lexikon.stangl.eu nach Kuhlen, 1978)

Wenn man nun die „Labeling – Hypothese“ auf die Erkrankung Schizophrenie bezieht, so würde dies bedeuten, dass Menschen, die ein von einer bestimmten Norm abweichendes Verhalten aufweisen, von der Gesellschaft als schizophren deklariert werden. Diese Etikettierung kann womöglich dazu führen, dass es erst recht zu einer Verstärkung der abweichenden oder schizophrenen Verhaltensweisen seitens der betroffenen Person kommt.

- „high – expressed – emotion“ (übermäßig feindselige oder kritische Haltung bzw. Kommentare seitens der Familie)
- „low – expressed – emotion“ (Überbehütung)
- Traumata („life events“)
- Stress (Partnerbeziehung, Familie, Arbeit)  
(Rothenhäusler und Täschner, 2012)
- Immigration (Immigranten der ersten Generation → 2,7 fach erhöhtes Risiko; Immigranten der zweiten Generation → 4,5 fach erhöhtes Risiko) (Butcher et al., 2009)

#### **1.1.4.3. Verlauf und Prognose**

Die schizophrene Erkrankung tritt in Episoden bzw. in sogenannten Schüben auf. Dabei sind die jeweiligen Episoden oft durch folgende drei Phasen gekennzeichnet:

##### **(1) Prodromalphase**

- Unspezifische Symptome
- Abflachung der Affekte
- Leistungsabnahme
- Sozialer Rückzug

##### **(2) Floride Phase**

- akute Symptome (unterschiedliche Kombination)

##### **(3) Residualphase**

- Vollständige oder unvollständige Rückbildung akuter Symptome

([verhaltenswissenschaft.de](http://verhaltenswissenschaft.de))

Ob es bei einer betroffenen Person bei einer einmaligen Episode bleibt oder ob mehrere Episoden folgen bzw. ob bleibende oder keine bleibenden Beeinträchtigungen infolge der Episoden vorliegen, ist von Patient/in zu Patient/in unterschiedlich. In Abbildung 9 sind vier mögliche Verlaufsformen einer schizophrenen Erkrankung dargestellt.

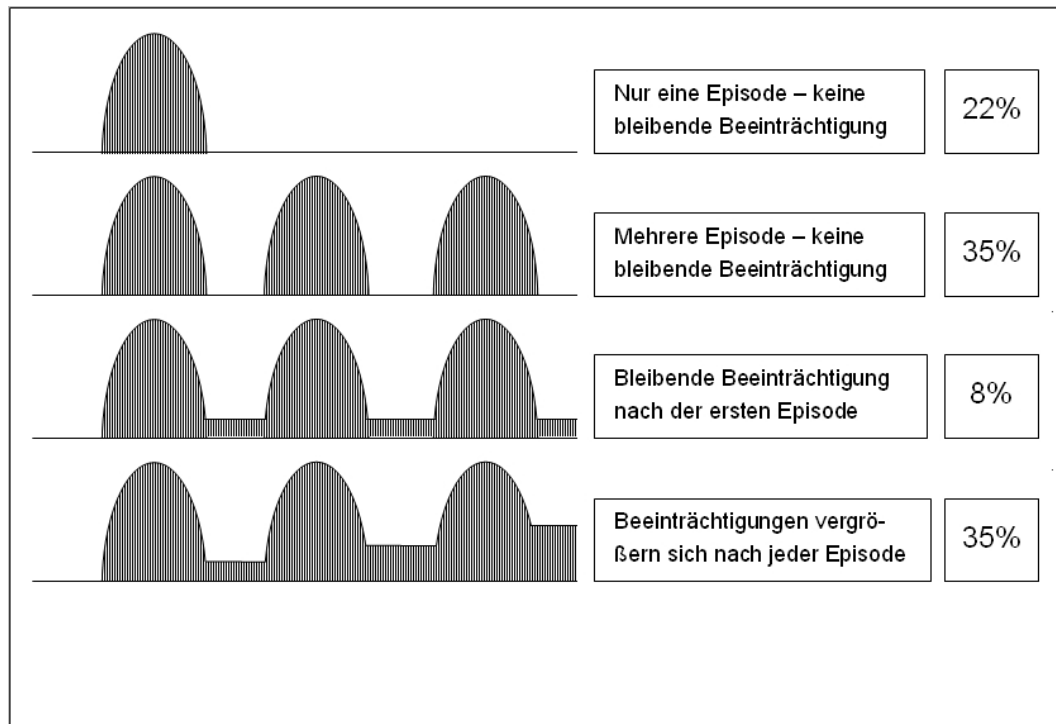


Abbildung 9: *The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up* (experimentalpsychologie.de nach Shepherd et al., 1989)

Den Verlauf schizophrener Erkrankungen zu beschreiben, gestaltete sich in der Vergangenheit teilweise problematisch. Laut österreichischem Schizophreniebericht (2008) finden sich seit dem zweiten Weltkrieg etwa 60 Studien zur Schizophrenie, deren Ziel es unter anderem war den Verlauf dieser Erkrankung zu erfassen. Die Ergebnisse dieser Verlaufsstudien waren teilweise recht widersprüchlich. Die Gründe dafür liegen einerseits darin, dass das Erkrankungsbild der Schizophrenie eine Heterogenität aufweist und dass sich die Diagnosekriterien voneinander unterschieden (Österreichischer Schizophreniebericht 2008). Nach einer Analyse von 40 Verlaufsuntersuchungen, konnte festgestellt werden dass *bei jenen, die eine Laufzeit unter 10 Jahren aufwiesen, im Median 17% „geheilte PatientInnen“, bei den Erhebungen, die einen Zeitraum über 10 Jahre berücksichtigen, 25,5% geheilte PatientInnen“,* sich fanden (Österreichischer Schizophreniebericht 2008 nach Hunterhuber et al., 1995).

Daraus kann geschlossen werden, dass die Verlaufsgestalt schizophrener Erkrankungen bei längerer Erkrankungsdauer eine positive Entwicklung annimmt (Österreichischer Schizophreniebericht 2008):

| A. Mit einer Laufzeit unter 10 Jahren (2848 PatientInnen) |         |                   |
|-----------------------------------------------------------|---------|-------------------|
| geheilt                                                   | 17,08 % | (min. 6/max. 39)  |
| besser                                                    | 31,4 %  | (min. 10/max. 61) |
| gleich                                                    | 52,45 % | (min. 4/max. 84)  |
| B. Mit einer Laufzeit über 10 Jahren (4850 PatientInnen)  |         |                   |
| geheilt                                                   | 25,53 % | (min. 0/max. 70)  |
| besser                                                    | 31,38 % | (min. 3/max. 59)  |
| gleich                                                    | 43,06 % | (min. 4/max. 84)  |

*Tabelle 6: Schizophrenie – Verlaufsstudien (Österreichischer Schizophreniebericht 2008)*

In Tabelle 7 sind ein paar wichtige Studien aus dem deutschsprachigen Raum (Österreich, Deutschland, Schweiz) bezüglich des Verlaufs schizophrene Störungen zusammengefasst:

| Verfasser                | Dauer der Observation | Diagnosekriterien       | Zahl der Patienten | geheilt (%) | gebessert (%) | unverändert (%) |
|--------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------|-------------|---------------|-----------------|
| Bleuler (1972)           | 23                    | Bleurersche Kriterien   | 208                | 30          | 41            | 29              |
| Hinterhuber (1973)       | 30 - 40               | Bleurersche Kriterien   | 157                | 29          | 40            | 31              |
| Ciampi und Müller (1979) | 37                    | Bleurersche Kriterien   | 289                | 26,6        | 46            | 27,4            |
| Huber et al. (1979)      | 22                    | Schneidersche Kriterien | 502                | 22          | 43            | 35              |
| Marnaros et al. (1991)   | 10                    | DSM – III               | 148                | 7           | 51            | 42              |

*Tabelle 7: Studien mit mindestens 10 – jähriger Observationszeit (Österreichischer Schizophreniebericht 2008)*

#### 1.1.4.4. Prävalenz

Weltweit wurden in den letzten Jahrzehnten viele Studien, welche die Inzidenz und die Prävalenz der Schizophrenie erfassen sollten, durchgeführt. In einigen Fällen waren die Ergebnisse dieser Studien recht unterschiedlich und teils sogar widersprüchlich, was sich darauf zurückführen lässt, dass zur Erfassung der gewünschten Daten unterschiedliche Methoden oder auch Kriterien angewandt wurden. Seit der Einführung der international angewandten Diagnosesysteme „ICD“ und „DSM“ wurde diese Problematik zu einem erheblichen Teil gelöst. Der große Vorteil lag vor allem darin, dass eine internationale Vergleichbarkeit der Studienergebnisse gewährleistet wurde (Österreichischer Schizophreniebericht 2008). In Tabelle 7 sind einige Inzidenz – Studien bezüglich der Ein – Jahres – Inzidenz der Schizophrenie zusammengefasst:

| <b>Autoren</b>                                   | <b>Region / Land</b> | <b>Diagnosesystem</b> | <b>1 - Jahresinzidenz</b> |
|--------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Jablensky et al.                                 | Weltweit             | ICD                   | 6,9                       |
| Bamrah et al.                                    | Großbritannien       | ICD                   | 11,3                      |
| Vazquez-Barquero et al.                          | Spanien              | ICD                   | 13,5                      |
| Brewin et al.                                    | Großbritannien       | ICD                   | 4,8                       |
| Iacono & Beiser                                  | Kanada               | ICD                   | 7,7                       |
|                                                  |                      | DSM                   | 3,6                       |
| King et al.                                      | Großbritannien       | ICD                   | 22,6                      |
|                                                  |                      | DSM                   | 22,0                      |
| McNaught et al.                                  | Großbritannien       | DSM                   | 21,0                      |
| Bestmögliche Schätzung (95% Konfidenz-Intervall) |                      |                       | 11,1 (7,5-16,3)           |

*Tabelle 8: Ein – Jahres – Inzidenz der Schizophrenie (Raten pro 100.000 Einwohner; gekürzt nach Goldner et al., 2002) (Österreichischer Schizophreniebericht 2008)*

Die Ein – Jahres – Prävalenz und Lebenszeit – Prävalenz der Schizophrenie soll anhand Tabelle 9 veranschaulicht werden:

| Autoren                                          | Region / Land   | Stichprobenumfang | Schizophrenie       |                      |
|--------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------------|----------------------|
|                                                  |                 |                   | 1-Jahres-Prävalenz  | Lebenszeit-Prävalenz |
| Bijl et al.                                      | Niederlande     | 7146              | 0,2                 | 0,4                  |
| Kendler et al.                                   | USA             | 5877              |                     | 0,15                 |
| Chen et al.                                      | Hongkong        | 7229              |                     | 0,12                 |
| Wittchen et al.                                  | Westdeutschland | 483               |                     | 0,6                  |
| Oakley-Brown et al.                              | Neuseeland      | 1498              | 0,2                 | 0,3                  |
| Bland et al.                                     | Kanada          | 3258              | 0,3                 | 0,6                  |
| Canino et al.                                    | Puerto Rico     | 1513              |                     | 1,6                  |
| Bestmögliche Schätzung (95% Konfidenz-Intervall) |                 |                   | 0,34<br>(0,22-0,50) | 0,55<br>(0,37-0,80)  |

*Tabelle 9: Ein-Jahres-Prävalenz und Lebenszeit-Prävalenz der Schizophrenie (in Prozent, gekürzt nach Goldner et al., 2002) (Österreichischer Schizophreniebericht 2008)*

#### **1.1.4.5. Geschlechtstypische Aspekte der Schizophrenie**

Laut Österreichischen Schizophreniebericht (2008) (nach Häfner et al., 1993) ist das Lebenszeitrisko für die schizophrene Erkrankung für beide Geschlechter gleich. Ein Unterschied besteht jedoch darin, dass die Erkrankung bei Frauen in der Regel 4 – 5 Jahre später eintritt und dass das weibliche Geschlecht einen eher günstigeren Verlauf aufweist (Österreichischer Schizophreniebericht 2008). So hat die sogenannte Mannheimer ABC – Studie (age, begin, course) gezeigt, dass bei Männern vor allem zwischen dem 15 – 24 Lebensjahr ein steiler Erkrankungsanstieg mit anschließender Reduktion des Erkrankungsrisikos zu vermerken ist. Im weiblichen Geschlecht hingegen findet man einen abgeflachten Gipfel zwischen dem 20 – 29 Lebensjahr sowie einen weiteren niedrigeren Gipfel in der Mitte bis zum Ende der 40er Jahre (Maurer & Häfner, 2002). Etwa 15% der Frauen erkranken an einer Schizophrenie in der Mitte oder gegen Ende ihrer 40er-Jahre.

Diese Erscheinung wird als sogenannten „Spätschizophrenie“ bezeichnet und lässt sich womöglich auf die protektive Wirkung des Sexualhormons Östrogen bei prämenopausalen Frauen zurückführen (Österreichischer Schizophreniebericht 2008). Desweiteren konnte immer wieder beobachtet werden, dass im weiblichen Geschlecht vor allem die Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, das Wochenbett und die Menopause einen Einfluss auf das Auftreten schizophrener Psychosen hatten. Dabei haben Zustände mit hohen oder erhöhten Östrogenspiegeln (z.B. während der Schwangerschaft) eine positive Wirkung auf den Verlauf schizophrener Psychosen (Kuhl (Hrsg.) et al., 2002). Zur gleichen Zeit gehen in vielen Fällen mit schizophrenen Episoden erniedrigte Östrogenwerte einher. So beginnen beispielsweise schizophrene Episoden häufig in jener Phase des Menstruationszyklus, in welcher die Östrogenwerte absinken (Maurer & Häfner, 2002). Laut Kuhl et al. (2002) wird dementsprechend bei Frauen die an einer Schizophrenie erkrankt sind, häufig eine gonadale Dysfunktion bzw. ein sogenanntes Östrogenmangelsyndrom („Hypoöstrogenismus“) diagnostiziert. Dieses Östrogenmangelsyndrom geht im weiblichen Geschlecht mit unregelmäßigen Menstruationszyklen einher. Auch wenn Frauen im Allgemeinen einen günstigeren Verlauf der schizophrenen Erkrankung als Männer aufweisen, so sind die Symptomatik sowie der Verlauf, speziell bei Frauen die an einer Spätschizophrenie erkranken laut Österreichischem Schizophreniebericht (2008) (nach Riecher – Rössler, 1994; Riecher – Rössler et al., 1997), deutlich unvorteilhafter als bei spät erkrankten Männern. Neben dem höheren Erkrankungsalter im weiblichen Geschlecht, besteht eine weitere Unterscheidung zwischen Männern und Frauen darin, dass Frauen eine bessere Response auf Neuroleptika aufweisen sowie bezüglich der Einnahme von Medikamenten kooperativer sind als Männer (Maurer & Häfner, 2002 sowie Österreichischer Schizophreniebericht 2008). Bezüglich der Symptomatik haben laut Österreichischem Schizophreniebericht (2008) frühere Arbeiten gezeigt, dass im männlichen Geschlecht öfter eine Minussymptomatik vorliegt, während im weiblichen Geschlecht ein Vorherrschen affektiver Symptome (häufig depressiver Prägung) anzutreffen ist. Eine Erklärung dafür, warum im männlichen Geschlecht häufig Negativsymptome vorliegen, könnte womöglich darin zu finden sein, dass Männern im Vergleich zu Frauen höhere Dosen Antipsychotika verabreicht werden (Österreichischer Schizophreniebericht 2008). Dennoch sei angemerkt, dass es auch heute noch nicht geklärt ist ob und wie genau sich Frauen und Männer in ihrer Symptomatik unterscheiden, da andere diagnostische Systeme mit womöglich strengeren Diagnosekriterien ein anderes Ergebnis hervorbringen könnten.

Auf Grund dessen, dass Frauen in der Regel später erkranken als Männer, stehen sie womöglich zum Zeitpunkt der Ersterkrankung fester im Leben. Dementsprechend sind Frauen die an einer Schizophrenie erkrankt sind eher verheiratet, berufstätig oder besser ausgebildet und haben häufiger Kinder als ihre männlichen Leidensgenossen (Österreichischer Schizophreniebericht 2008 nach Andia et al., 1995). In diesem Zusammenhang brauchen sie weniger Hospitalisierungen, weisen kürzere Krankenhausaufenthalte auf und kommen weniger mit dem Gesetz in Konflikt. Bezüglich des Krankheitsverhaltens neigt das männliche Geschlecht mehr zu Selbstvernachlässigung sowie Substanzmissbrauch (Österreichischer Schizophreniebericht 2008).

Eine in Österreich durchgeführte Studie, welche unter dem Titel „Geschlecht, Alter und schizophrene Wahnthematik“ im Journal für Neurobiologie, Neurochirurgie und Psychiatrie im Jahre 2008 erschienen ist, beschäftigte sich ebenfalls mit den geschlechtstypischen Unterschieden der Schizophrenie. Dabei wurde unter anderem auch auf die schizophrene Wahnthematik eingegangen. Im Rahmen dieser Studie hat man zwischen den Jahren 1996 – 2004 Patient/innen an der Wiener Universitätsklinik sowie in der Justizanstalt Göllersdorf rekrutiert. Das Alter der rekrutierten Patient/innen lag zwischen 18 und 63 Jahren. Desweiteren war bei allen Proband/innen vor der Rekrutierung eine Schizophrenie diagnostiziert worden. Eine weitere Gemeinsamkeit der Proband/innen bestand darin, dass bei allen Proband/innen in den vergangenen 12 Monaten Wahnsymptome die zumindest 4 Wochen hindurch andauerten, auftraten. Mit Hilfe eines eigens konstruierten Fragebogens welchen die Patient/innen ausfüllten, konnte ein Aufschluss darüber gewonnen werden, welche Wahnthemen die Patient/innen vor allem belasteten bzw. ob geschlechtstypische Unterschiede bezüglich der Wahnthematik bestanden. In Abbildung 10 sind die Ergebnisse dieser Studie veranschaulicht:

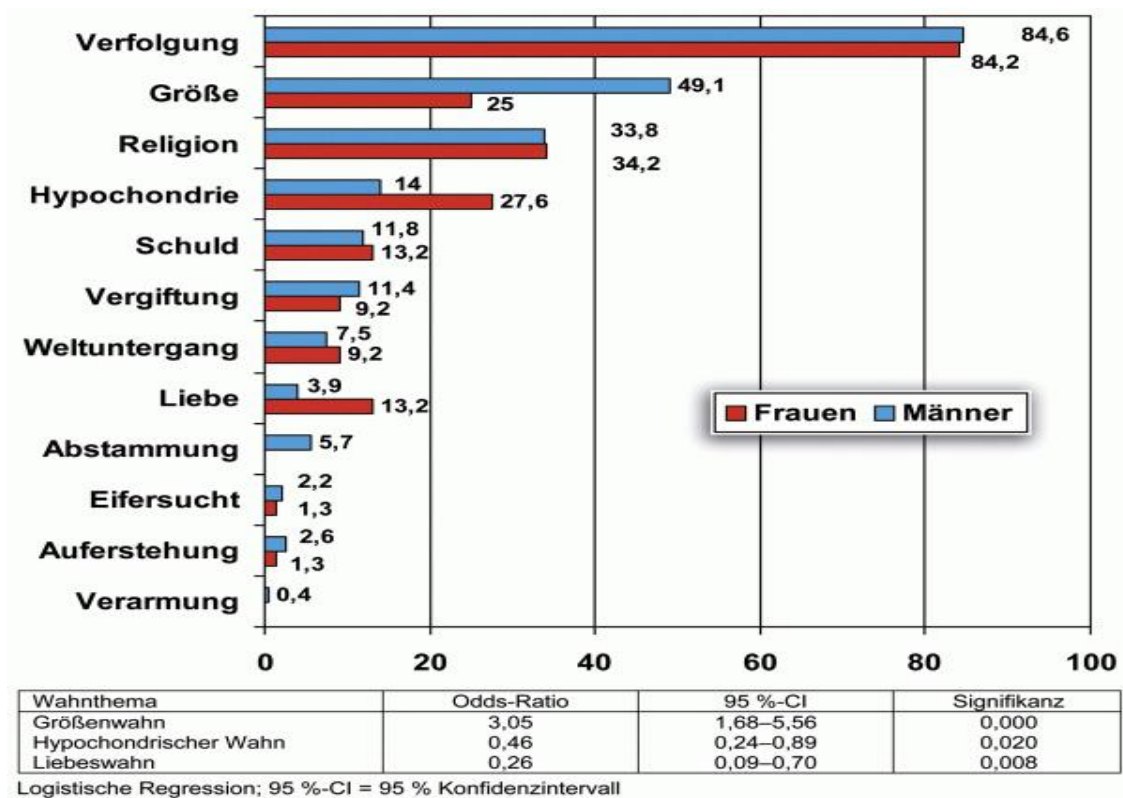


Abbildung 10: Wahnthematik nach Geschlecht (Stompe, 2008 im Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie)

Wie in Abbildung 10 ersichtlich ist, bestehen bei 3 von 12 Wahnthemen geschlechtstypische Unterschiede. Man erkennt, dass mehr Männer (49,1% zu 25%) wahnhafte Größenideen aufweisen. Im Gegensatz dazu litt das weibliche Geschlecht häufiger unter einem hypochondrischen Wahn (27,6% zu 14,0%) sowie an Liebeswahn (13,2% zu 3,9%). So berichteten laut Stompe (2008) Frauen öfter darüber, dass sie die Überzeugung haben, von einer berühmten oder in ihrem Leben nicht nahestehenden Person geliebt zu werden. Eine Erklärung dafür, dass Frauen häufiger an Liebeswahn leiden, könnte man laut Stompe (2008) womöglich darin finden, dass sich das weibliche Geschlecht stärker über Partnerbeziehungen definiert und einen dementsprechenden Mangel über wahnhafte Wunschphantasien versucht auszugleichen. Zur gleichen Zeit könnte der Größenwahn bei Männern ebenfalls eine Art Kompensation darstellen, welche den Mann vor einer berechtigten oder unberechtigten Annahme schützt Macht – bzw. Lebensziele nicht verwirklichen zu können (Stompe, 2008).

### **1.1.5. Psychische Erkrankungen aus evolutionsbiologischer Sicht**

In den letzten 20 Jahren ist das Gebiet der Biologie zum Erkenntnis gelangt, dass bei der Beschreibung bestimmter Merkmale, Verhaltensweisen aber auch Erkrankungen, man immer zwei Erklärungsansätze in Betracht ziehen sollte und dass dementsprechend beide Erklärungsansätze zur Klärung von Fragestellungen notwendig sind. Diese Erklärungsansätze wären einerseits die ultimativen Erklärungsansätze sowie andererseits die proximalen Erklärungsansätze (Nesse, 2002). Im Rahmen der proximalen Erklärungsmodelle werden vor allem physiologische Faktoren (z.B. Hormone) für bestimmte Verhaltensweisen, Merkmale aber auch für das Auftreten von Krankheiten verantwortlich gemacht. Im Gegensatz dazu bedienen sich ultimative Erklärungsmodelle der evolutionsbiologischen Perspektive. Dementsprechend kann und sollte man auch psychische Störungen von beiden Blickwinkeln aus betrachten, um ein erweitertes Verständnis für diese Thematik aufbringen zu können. Im Folgenden soll auf das Auftreten psychischer Störungen aus evolutionsbiologischer Sicht eingegangen werden. Wenn man das Auftreten der depressiven Störung aus evolutionsbiologischer Sicht verstehen will, so muss man laut Wolpert (2008) erst einmal den Begriff der Emotionen betrachten. Emotionen haben die Funktion die Überlebenschance eines Individuums zu erhöhen (Wolpert, 2008). Die Emotion Angst löst häufig Fluchtverhalten aus. In potentiell gefährlichen Situationen kann dementsprechend die Emotion Angst lebensrettend sein. Eine weitere Emotion wäre Freude. Freude führt laut Wolpert (2008) dazu, dass Individuen jene Handlungen wiederholen die Vergnügen bereiten. In diesem Zusammenhang könnte man als Beispiel den Geschlechtsverkehr nennen, welcher die Fortpflanzung von Individuen gewährleistet. Wenn man die Emotion Traurigkeit betrachtet, so ist dies jene Emotion die, unter der Voraussetzung dass ein gewisses Maß an Intensität überschritten wird, eng mit der depressiven Erkrankung in Verbindung gebracht wird. Die Emotion Traurigkeit wird laut Wolpert (2008) durch ein Verlusterlebnis ausgelöst. Dieses Verlusterlebnis kann sich auf eine nahestehende Person (z.B. Partner/in, Kind) oder aber auch auf den Verlust von Geld, der Arbeit oder anderem beziehen. Die evolutionsbiologische Funktion von Traurigkeit könnte laut Wolpert (2008) nun darin liegen, die Person dazu zu motivieren den Verlust auszugleichen, indem der Versuch gestartet wird das Verlorene wiederzuerlangen. An dieser Stelle könnte man als Beispiel ein Kind nennen das seine Mutter aus den Augen verloren hat und durch die empfundene Traurigkeit nun dazu motiviert wird nach seiner Mutter zu suchen (Wolpert, 2008). Laut Wolpert (2008) stellt die Emotion Traurigkeit dementsprechend eine wichtige adaptive Funktion dar.

Bei der Betrachtung schwerer depressiver Störungen die mit tiefer Traurigkeit und häufig auch mit körperlichen Symptomen einhergehen, stellt sich dennoch die Frage warum das Auftreten schwerer depressiver Störungen im Laufe der Zeit nicht ausgesiebt wurde (nach Wolpert, 2008). Diese Frage wiegt umso mehr, wenn man bedenkt, dass schwere depressive Erkrankungen nicht selten mit einem Selbstmordversuch oder gar Selbstmord enden können. Dennoch bestehen einige Hypothesen die aufzeigen sollen, dass die depressive Störung für ein Individuum von Vorteil sein kann (Wolpert, 2008). Die sogenannte *social competition hypothesis* besagt, dass depressive Verhaltensweisen vor allem für Individuen von niedriger Stellung von Vorteil sein können. Depressive Verhaltensweisen (z.B. Passivität, Zurückgezogenheit) würden ein solches Individuum in Konkurrenzsituationen vor den Aggressionen eines Rivalen schützen (Wolpert, 2008). Laut Wolpert (2008) ist diese Hypothese in der heutigen Zeit für viele Menschen schwer nachvollziehbar.

Eine andere Hypothese geht davon aus, dass die Funktion der Depression oder gedrückter Stimmung darin besteht, der betroffenen Person ihre unerreichbaren Ziele aufzuzeigen und in Folge dessen die Person dazu zu motivieren ihre Lebensziele zu ändern. Dementsprechend kann einer Lebensumgestaltung oder einer dringend benötigten Konversation eine Depression vorausgegangen sein (Wolpert, 2008). Laut Wolpert (2008) würde diese Hypothese zwar die Funktion von gedrückter Stimmung oder vielleicht einer milderen Form der Depression erklären, aber nicht die Funktion einer schweren Depression.

Würde man versuchen das Phänomen der Wochenbettdepression evolutionsbiologisch zu erklären, so könnte laut Wolpert (2008) eine Begründung darin zu finden sein, dass depressive Verhaltensweisen seitens der Frau den Partner dazu auffordern oder motivieren sollen sich um das Neugeborene zu kümmern. Dennoch sei angemerkt, dass auch diese Hypothese laut Wolpert (2008) zwar das Auftreten von Traurigkeit in milder oder mittlerer Intensität erklärt, aber keine evolutionsbiologische Erklärung für das Auftreten einer Depression, welche die Leistungsfähigkeit einer Person stark einschränkt, beinhaltet.

Wenn man versuchen würde das Auftreten von wahnhaften Störungen aus evolutionsbiologischer Sicht zu erklären, so sollte man im Auge behalten, dass sich laut Brüne und Ribbert (2002) Wahnhalte oft auf das soziale Miteinander beziehen. Im Rahmen der sozialen Domäne kann es zu Konkurrenzsituationen kommen bei welchen die eigene Fitness bewiesen werden muss. Laut Brüne und Ribbert (2002) lassen sich ausgehend von diesem Gedanken geschlechtstypische Unterschiede in Bezug auf die Inhalte des Verfolgungswahns erläutern.

*„Männer fühlen sich häufiger von anderen Männern oder Gruppen anderer Männer verfolgt, weil die größte Bedrohung von Männern in der Umwelt der evolutionären Anpasstheit von Allianzen fremder Männer ausging; während sich Frauen häufiger von ihnen bekannten, aber nicht mit ihnen verwandten anderen Frauen verfolgt fühlen, weil für Frauen die Ausgrenzung aus der Gemeinschaft die größte Bedrohung in der Umwelt der evolutionären Anpasstheit darstellte.“* (Brüne & Ribbert, 2002). Desweiteren kann laut Brüne und Ribbert (2002) das häufigere Auftreten des Eifersuchtswahns im männlichen Geschlecht womöglich dadurch erklärt werden, dass seit je her das männliche Geschlecht unter dem Aspekt der unsicheren Vaterschaft zu leiden hat.

## **1.2. Einstellungen gegenüber psychisch Kranken**

### **1.2.1. Stigmatisierung – Begriffsklärung**

Der Begriff Stigma (griechisch „Brandmal“) beinhaltet eine meist als negativ empfundene Andersheit einer Person gegenüber anderen Personen. In anderen Worten ausgedrückt ist ein Stigma *„etwas, wodurch etwas oder jemand sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderen unterscheidet.“* (duden.de)

Diese, als häufig unangenehm empfundene Andersheit einer Person führt dazu, dass der stigmatisierten Person negative Emotionen (wie z.B. Angst oder Verachtung) aber auch Emotionen wie Mitleid entgegengebracht werden.

### **1.2.2. Allgemeine Einstellungen in der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken**

Im Rahmen einer in Großbritannien durchgeführten Studie mit dem Titel „Stigmatisation of people with mental illnesses“ (Crisp et al., 2000) welche im British Journal of Psychiatry erschienen ist, wurden die Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen ermittelt. Dabei wurden die Einstellungen gegenüber Menschen die an folgenden Krankheiten leiden beschrieben:

- o Depression
- o Panikattacken
- o Schizophrenie
- o Demenz
- o Essstörungen
- o Alkoholabhängigkeit
- o Drogenabhängigkeit

Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass es durchaus negative Einstellungen (z.B. „Gefährlich“, „Unberechenbar“, „Wird nie wieder gesund“, „Selbst Schuld“) gegenüber psychisch kranken Menschen gibt. Im Folgenden werden einige Ergebnisse dieser Studie anhand Tabelle 10 dargestellt:

| <b>Aussage</b>                                       | <b>Depression</b> | <b>Schizophrenie</b> | <b>Alkoholabhängigkeit</b> |
|------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|
| Gefährlich für andere                                | 22,9%             | 71,3%                | 65,2%                      |
| Unberechenbar                                        | 56,4%             | 77,3%                | 70,8%                      |
| Es ist schwer mit der betroffenen Person zu sprechen | 62,1%             | 58,4%                | 58,8%                      |
| Selbst schuld                                        | 12,8%             | 7,6%                 | 59,6%                      |
| Erholt sich nie wieder                               | 23,2%             | 50,8%                | 24,3%                      |

*Tabelle 10: Einstellungen gegenüber psychisch Kranken nach Art der Erkrankung (Crisp et al., 2000 im British Journal of Psychiatry)*

Laut Crisp et al. (2000) konnte im Rahmen der Studie gezeigt werden, dass negative Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen bestehen. Beispielweise gaben laut Crisp et al. (2000) mehr als zwei Drittel der befragten Personen an, dass schizophrene Menschen gefährlich sind, auch wenn laut Crisp et al. (2000) nur ein kleiner Anteil der schizophrenen Personen tatsächlich als gefährlich einzustufen ist. Im Rahmen dieser Studie konnte ebenfalls gezeigt werden, dass sich die allgemeinen Einstellungen gegenüber psychischen kranken Menschen zwischen jüngeren und älteren Proband/innen nicht wesentlich unterscheiden. Dementsprechend sollten laut Crisp et al. (2000) Anti – Stigma Kampagnen vor allem auch in Schulen durchgeführt werden.

### **1.2.3. Geschlechtstypische Unterschieden in den Einstellungen gegenüber psychisch Kranken**

Ein im Jahr 2011 veröffentlichter Artikel mit dem Titel „Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorders in western countries: A systematic review of population studies“ (Holzinger et al., 2012) beschäftigte sich mit dem Thema ob und in wie fern sich die Geschlechter in ihren Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen unterscheiden. Desweiteren sollte ebenfalls beleuchtet werden ob weiblichen Patienten andere Reaktionen bzw. Einstellungen von der Allgemeinbevölkerung entgegengebracht werden als männlichen Patienten (Holzinger et al., 2012). Ausgangspunkt dieses Artikels waren unter anderem folgende Theorien und Hypothesen, denen die Autoren auf den Grund gehen wollten:

➤ **Modified contact theory** (Holzinger et al., 2011)

Die *modified contact theory* besagt, dass Frauen womöglich besser über psychische Erkrankungen informiert sind als Männer und dementsprechend sich eher für professionelle Hilfe im Umgang mit psychischen Erkrankungen aussprechen. Der Grund dafür könnte darin liegen, dass Frauen häufiger an Störungen der Befindlichkeit oder an Ängstlichkeit leiden (Holzinger et al., 2011 nach Alonso et al., 2004a) und in Folge dessen häufiger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Holzinger et al., 2011 nach Alonso et al., 2004b).

Durch den häufigeren Kontakt mit Psychologen ist das weibliche Geschlecht im Vergleich zum männlichen Geschlecht womöglich besser über psychische Erkrankungen informiert.

➤ **Contact theory** (Holzinger et al., 2011 nach Pettigrew, 1998)

Laut der *contact theory* könnte davon ausgegangen werden, dass Frauen eine größere Toleranz gegenüber psychisch Kranken aufweisen, da sie selbst öfter als das männliche Geschlecht an psychischen Störungen leiden. Eine weitere Theorie geht davon aus, dass vor allem der Depression gegenüber, das weibliche Geschlecht toleranter gegenübersteht, da die depressive Erkrankung eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wird. Zur gleichen Zeit wird davon ausgegangen dass das männliche Geschlecht eine höhere Toleranz gegenüber der Konsumation von Alkohol aufweist, da der Alkoholkonsum mit männlichen Verhaltensweisen in Verbindung gebracht wird (Holzinger et al., 2011 nach Schnittker, 2003)

➤ **Labeling theory** (Holzinger et al., 2011 nach Scheff, 1966)

Ausgehend von der *labelling theory* wird angenommen, dass Frauen die an einer psychischen Störung leiden, noch eher als Männer eine sogenannte negative Etikettierung von der Gesellschaft aufgedruckt bekommen und desweiteren auf Grund ihres niederen sozialen Status in der Gesellschaft weniger toleriert werden. Die Gründe dafür, dass Frauen die an einer psychischen Störung leiden ein höheres Risiko haben stigmatisiert zu werden, liegen womöglich darin, dass das weibliche Geschlecht als weniger stark, kraftvoll oder leistungsfähig angesehen wird.

➤ **Functional gender-role theory** (Holzinger et al., 2011 nach Tudor et al., 1977)

Im Gegensatz zur *labelling theory* geht die *functional gender-role theory* davon aus, dass eher dem weiblichen Geschlecht in Bezug auf psychische Erkrankungen mehr Toleranz entgegengebracht wird. Die Begründung liegt darin, dass Frauen weniger oft soziale Rollen wie zum Beispiel die Rolle einer fest im Berufsleben stehenden Person, ausfüllen. Dementsprechend ist das männliche Geschlecht, das häufiger die Rolle eines Berufsmenschen ausfüllen muss, gefährdeter stigmatisiert zu werden, wenn es die Rolle auf Grund von psychischer Erkrankung nicht mehr adäquat ausfüllen kann. Desweiteren besteht laut Holzinger et al. (2011) (nach Harris, 1977) die Annahme, dass die depressive Erkrankung im weiblichen Geschlecht eher toleriert wird als im männlichen Geschlecht, da einige Charakteristika der Depression, wie zum Beispiel Passivität eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden. Zur gleichen Zeit wird davon ausgegangen, dass Erkrankungen wie zum Beispiel Alkoholismus eher im männlichen Geschlecht toleriert werden, während alkoholranke Frauen auf weniger Toleranz stoßen (Holzinger et al., 2011).

Um zu klären in wie fern diese Theorien und Hypothesen haltbar sind, bemühten sich die Autoren dieses Artikels darum, unterschiedliche Studien, Berichte und Veröffentlichungen rund um diese Thematiken, die bis dato 31. März 2011 erschienen waren zu sammeln und miteinander zu vergleichen. Im Folgenden werden einige wichtige Erkenntnisse, zu denen die Autoren dieses Artikels gekommen sind, zusammengefasst.

Laut Holzinger et al. (2011) kann der Theorie, dass Frauen mehr Akzeptanz gegenüber psychisch kranken Personen aufweisen, im Rahmen dieses Artikels, nicht eindeutig zugestimmt werden. Ein Unterschied zwischen den Geschlechtern findet sich jedoch darin, dass vier Studien, welche zu dieser Fragestellung relevante Daten enthielten, angeben konnten, dass das weibliche Geschlecht weniger Gefühle von Ärger gegenüber psychisch Kranken aufweise. Desweiteren belegten diese vier relevanten Studien, dass das weibliche Geschlecht im Vergleich zum männlichen Geschlecht mehr positive Reaktionen gegenüber psychisch kranken Menschen aufzeige. Zur gleichen Zeit war die Tendenz Angst gegenüber psychisch kranken Personen zu empfinden bei den Frauen höher (Holzinger et al., 2011). Laut Holzinger et al. (2011) zeigten die meisten Studien, dass die allgemeine Annahme, dass psychisch kranke Menschen gefährlich sind, von beiden Geschlechtern in ähnlichem bzw. gleichem Ausmaß vertreten wird. Andere Studien zeigten, dass Frauen im Vergleich zu den Männern eher weniger dazu tendieren psychisch kranke Menschen als selbst verantwortlich für ihre Krankheit zu sehen.

Laut Holzinger et al. (2011) bestätigten fünf von sieben Studien diese Tendenz, während die anderen beiden Studien keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in dieser Hinsicht feststellten. In Bezug auf den Wunsch nach Distanz zu psychisch kranken Personen ergaben laut Holzinger et al. (2011) die meisten Studien keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Wobei eine Studie belegte, dass bei Frauen der Wunsch nach Distanz zu einer an Depressionen erkrankten Person geringer war, als zu einer Person die an Schizophrenie erkrankt ist (Holzinger et al., 2011). Desweiteren konnte aufgezeigt werden, dass das weibliche Geschlecht eher dazu bereit ist, sich um Menschen mit psychischen Erkrankungen zu kümmern (Holzinger et al., 2011).

Laut Holzinger et al. (2011) gab es bisher nur wenige Studien zum Thema, ob das Geschlecht des Patienten, die Reaktionen bzw. die Einstellungen ihm bzw. ihr gegenüber beeinflusst. Dem Artikel zufolge ergaben drei von vier Studien, dass das Geschlecht des Patienten, bei der Frage nach der Selbstverschuldung der Krankheit, keine Rolle spielte (Holzinger et al., 2011 nach Schnittker et al., 2000; Wirth & Bodenhausen, 2009; Mukolo & Heflinger, 2011). Eine Studie zeigte hingegen, dass weibliche Patienten eine höhere Gefährdung hatten für ihre Erkrankung verantwortlich gemacht zu werden (Holzinger et al., 2011 nach Angermeyer et al., 1992). Bezüglich des Wunsches nach Distanz zu einer psychisch erkrankten Person, zeigten drei von fünf Studien, dass weibliche Patienten im Vergleich zu männlichen Patienten weniger Ablehnung erfuhren (Holzinger et al., 2011 nach Schnittker, 2003; Braunholtz et al., 2007; Martin et al., 2007; Mukolo & Heflinger, 2011). Die vierte Studie zu dieser Thematik ergab, dass nur Patientinnen die an einer Schizophrenie erkrankt waren weniger Ablehnung als ihre männlichen Leidensgenossen erfuhren, während bei der Depression das Geschlecht des Patienten keine Rolle im Bezug auf den Wunsch nach Distanz spielte (Holzinger et al., 2011 nach Jorm & Griffiths, 2008). Laut der fünften Studie gab es keine Signifikanz zwischen dem Geschlecht des Patienten und dem Wunsch nach Distanz zu ihm bzw. ihr (Holzinger et al., 2011 nach Angermeyer et al., 1992). Bezüglich der Einstellungen zur Gefährlichkeit von psychisch kranken Personen, ergab eine Studie, dass weibliche Patienten als weniger gefährlich eingestuft wurden (Holzinger et al., 2011 nach Pescosolido et al., 1999; Schnittker, 2003). Laut Holzinger et al. (2011) zeigten zwei weitere Studien ebenfalls dieses Ergebnis, jedoch nur im Zusammenhang mit der Schizophrenie, während bei der Depression es keine Signifikanz zwischen dem Geschlecht des Patienten und dem Stereotyp „gefährlich“ gab.

Ausgehend von der *labelling theory* wurde angenommen, dass psychisch kranke Frauen im Vergleich zu psychisch kranken Männern mehr Ablehnung erfahren. Diese Theorie konnte laut Holzinger et al. (2011) nur wenig Zustimmung finden, da sogar in den meisten Fällen eher das Gegenteil der Fall war. Laut Holzinger et al. (2011) rufen weibliche Patienten weniger Ablehnung hervor, darunter vor allem diejenigen Frauen die an einer Schizophrenie litten. Eine Begründung dafür könnte laut Holzinger et al. (2011) womöglich darin liegen, dass schizophrene Frauen als weniger gefährlich eingestuft werden als schizophrene Männer. Dementsprechend ruft der männliche schizophrene Patient eher Gefühle von Angst hervor und in Folge dessen einen stärkeren Wunsch nach Distanz zu ihm.

In Bezug auf die Konzeptualisierung psychischer Erkrankungen tendiert eher das weibliche Geschlecht zu psycho-sozialen Konzeptualisierungen. So zeigten fünf von neun Studien, dass Frauen eher dazu geneigt waren psychosoziale Faktoren als Ursachen für die Entstehung psychischer Erkrankungen zu nennen (Hozlinger et al., 2011). Die anderen vier Studien zu dieser Thematik zeigten laut Holzinger et al. (2011) keine Geschlechtsunterschiede. Dementsprechend ist es auch das weibliche Geschlecht, das häufiger eine nicht – medikamentöse Behandlung psychischer Erkrankungen (z.B. einen Psychologen aufsuchen) in Anspruch nimmt. In diesem Zusammenhang ist es auch eher das weibliche Geschlecht, das sich für alternative Therapien (Akupunktur, natürliche Heilmittel) zur Behandlung psychischer Erkrankungen ausspricht (Holzinger et al., 2011). Auch wenn Frauen im Vergleich zu Männern psycho-soziale Konzeptualisierungen mehr bevorzugen, so finden sich in der Mehrheit der Studien keine geschlechtstypischen Unterschiede bezüglich der Einstellung, dass biologische oder genetische Faktoren Auslöser psychischer Erkrankungen sein können (Holzinger et al., 2011).

## **(2) Hypothesen**

### **1. Hypothese**

Es bestehen geschlechtstypische Unterschiede in Bezug auf die Konzeptualisierung psychischer Erkrankungen.

### **2. Hypothese**

Die depressive Erkrankung wird eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.

### **3. Hypothese**

Die Schizophrenie wird eher dem männlichen Geschlecht zugeordnet.

### **4. Hypothese**

Es bestehen geschlechtstypische Unterschiede in Bezug auf die Einstellungen und das Verhalten gegenüber psychisch kranken Menschen.

## **(3) Methodik**

### **3.1. Zielsetzung**

Ziel dieser Untersuchung war es zu erfassen ob und in wie fern sich Männer und Frauen in ihren Einstellungen sowie in ihrem Verhalten gegenüber psychisch kranken Menschen unterscheiden. Desweiteren sollte überprüft werden ob weibliche Betroffene andere Reaktionen bzw. Einstellungen als männliche Betroffenen hervorrufen. Ein weiteres Ziel war es zu erfassen, ob sich Männer und Frauen in der Konzeptualisierung der Depression sowie in der Konzeptualisierung der Schizophrenie unterscheiden.

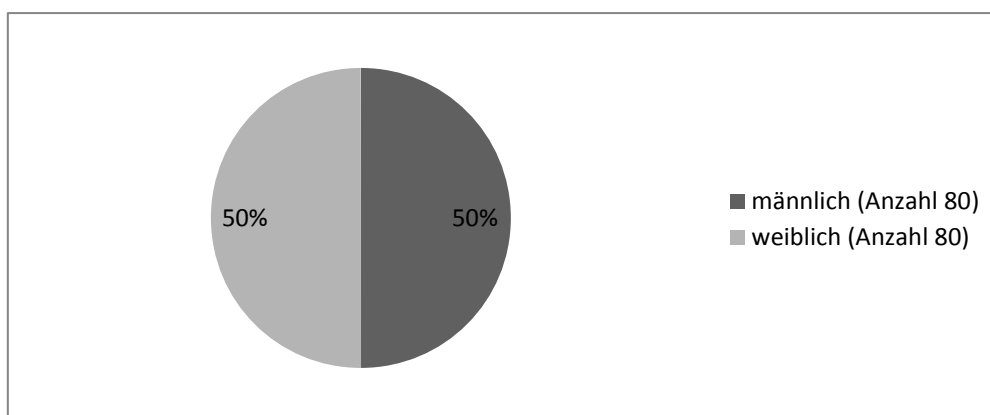
### **3.2. Studiendesign**

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittstudie. Die Daten wurden anhand eines selbst erstellten Fragebogens gesammelt. Die Fragebögen wurden in den Monaten Februar bis Mai 2013 an weibliche und männliche Probanden ausgeteilt. Dabei wurde den Probanden das Thema der Studie nicht genannt.

### **3.3. Die Stichprobe**

Die Stichprobe bestand aus 160 Proband/innen. Die Mehrzahl der Proband/innen waren Student/innen unterschiedlichster Studienrichtungen. Unter den Proband/innen waren ebenfalls einige dabei, die ihr Studium vor kurzem beendet hatten sowie einige die nicht studieren bzw. auch nicht studiert haben.

#### **3.3.1. Geschlecht**



*Abbildung 11: Stichprobe nach Geschlecht (in Prozent)*

Von den insgesamt 180 Probanden waren 80 männlich sowie 80 weiblich.

### 3.3.2. Alter

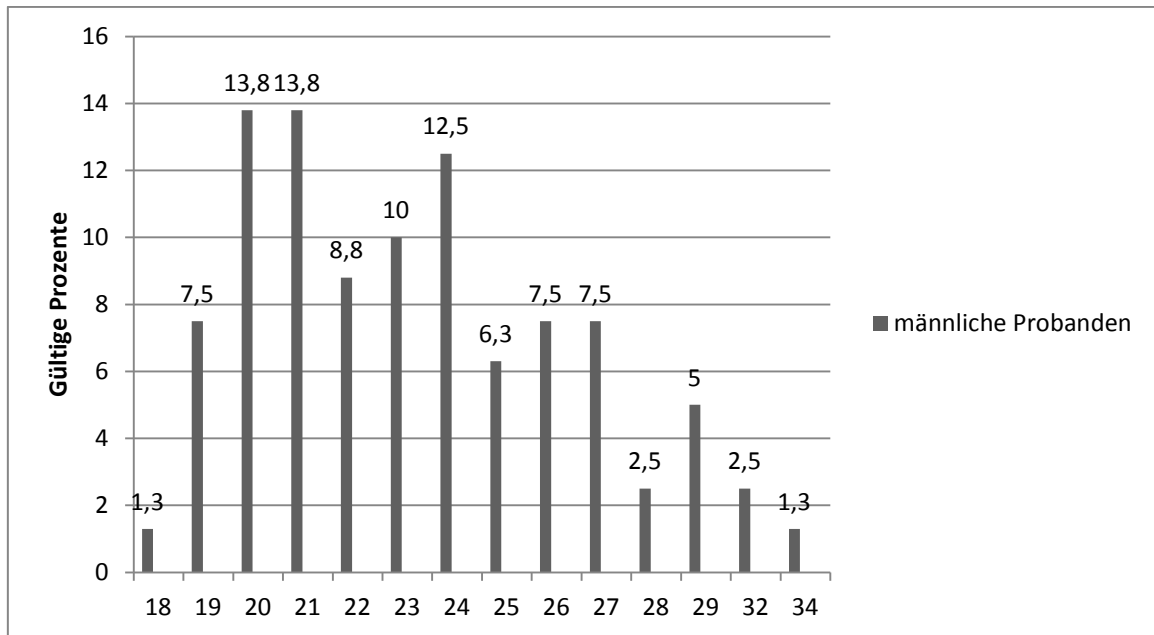


Abbildung 12: Stichprobe nach Alter männlicher Probanden (in Prozent)

Der Altersmittelwert liegt bei den männlichen Probanden bei 23,4 Jahren (Standardabweichung 3,4). Der jüngste Proband ist 18 Jahre alt, der älteste ist 34 Jahre alt.

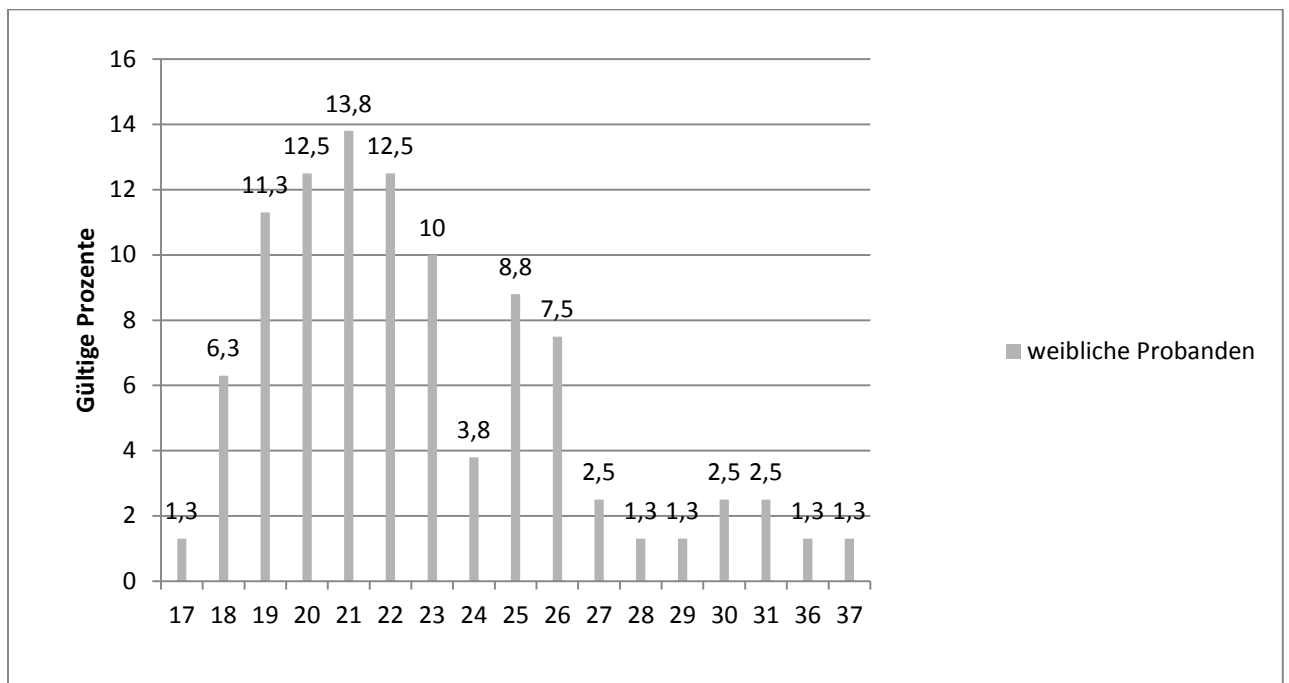


Abbildung 13: Stichprobe nach Alter weiblicher Probanden (in Prozent)

Der Altersmittelwert liegt bei den weiblichen Probanden bei 22,775 Jahren (Standardabweichung 3,92). Die jüngste Probandin ist 17 Jahre alt, die älteste ist 37 Jahre alt.

### **3.4. Der Fragebogen**

Der Fragebogen kann im Allgemeinen in drei Teile aufgliedert werden:

#### **(1) Allgemeine Fragen zur Person**

Der erste Teil des Fragebogens beinhaltet zwei Fragen die das Geschlecht sowie das Alter des Probanden bzw. der Probandin ermitteln sollten.

#### **(2) Ein Rückblick auf die Schulzeit**

Der zweite Teil des Fragebogens bestand aus einer Frage (1a) sowie zwei dazugehörigen Unterfragen (1b und 1c). Die beiden Unterfragen waren nur dann zu beantworten, falls auf die erste Frage mit „Ja“ geantwortet wurde. Ziel dieses Teils war es zu klären, ob die Proband/innen im Rahmen ihrer Schulzeit Psychologie-Unterricht hatten und ob im Rahmen des Psychologie-Unterrichtes über das Thema psychische Erkrankungen gesprochen wurde sowie in welcher Ausführlichkeit das Thema psychische Erkrankungen im Unterricht durchgenommen wurde.

#### **(3) Allgemeine Fragen rund um das Thema psychische Erkrankungen**

Im dritten Teil finden sich die Fragen 2 – 18. Frage 2 sollte klären, ob die Proband/innen jemanden in ihrem Bekanntenkreis kennen, der an einer psychischen Erkrankung leidet. Falls bei dieser Frage mit „Ja“ geantwortet wurde, sollten die Proband/innen noch zwei weitere Unterfragen beantworten. Die beiden Unterfragen sollten ermitteln wer (z.B. Familienangehörige/r, Freund/in, Ich selbst etc.) von der psychischen Erkrankung betroffen ist sowie um welche Erkrankung es sich dabei handelt. Bei den beiden Unterfragen war die Antwortmöglichkeit „keine Angabe“ ebenfalls vorhanden. Die Fragen 3 und 4 bezogen sich auf die Entstehungsgründe der Depression (Frage 3) sowie der Schizophrenie (Frage 4). Ziel dieser beiden Fragen war es zu ermitteln, ob geschlechtstypische Unterschiede im Bezug auf die Konzeptualisierung psychischer Erkrankungen bestehen. Als Antwortmöglichkeiten waren sowohl psychosoziale als auch biologische Faktoren angegeben. Die im Fragebogen angegebenen Begriffe (z.B. Vererbung, Gehirnerkrankung etc.) sind aus dem British Journal of Psychiatry im Rahmen der Studie „Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia“ (Angermeyer und Matschinger, 2005) übernommen worden. Die nächsten beiden Fragen (Frage 5 sowie Frage 6) sollten klären, welchem Geschlecht die Proband/innen das Auftreten einer Depression sowie das Auftreten einer Schizophrenie zuordnen.

Die Fragen 7 –10 waren für die Ermittlung der Einstellungen gegenüber psychisch kranken Frauen angedacht. Dabei sollten die Einstellungen gegenüber depressiven Frauen sowie schizophrenen Frauen ermittelt werden. Anhand einer 5 – Punkt Likert Skala (1=stimme völlig zu,...,5=stimme gar nicht zu) sollten die Proband/innen bewerten, in wie fern sie folgenden Begriffen im Bezug auf depressive sowie auf schizophrene Frauen zustimmen: „Gefährlich für andere“, „Unberechenbar“, „Es ist schwer mit der betroffenen Person zu kommunizieren“, „Selbst schuld an ihrer Situation“ sowie „Geringe Genesungschancen“. Die im Fragebogen angegebenen Begriffe sind aus dem British Journal of Psychiatry im Rahmen der Studie „Stigmatisation of people with mental illnesses“ (Crisp et al., 2000) übernommen worden.

Im Folgenden finden sich die Fragen 11 – 14, welche ident mit den Fragen 7 – 10 sind, jedoch statt die Einstellungen gegenüber weiblichen Betroffenen, die Einstellungen gegenüber männlichen Betroffenen erfassen sollen. Das Distanzverhalten gegenüber psychisch kranken Menschen sollten die Fragen 15 und 16 klären. Frage 15 bezog sich auf den Wunsch nach Distanz zu depressiven Menschen. Frage 16 bezog sich auf den Wunsch nach Distanz zu schizophrenen Menschen. Ausgehend von diesen beiden Fragen können eventuelle Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Probanden im Bezug auf das Distanzverhalten ermittelt werden. Als Personengruppen zu denen der Wunsch nach Distanz ermittelt werden sollte fanden sich unter anderem: „Nachbar/in“, „Arbeitskolleg/in“, Partner/in“. Die angegebene Personengruppen im Fragebogen wurden zum Teil aus dem British Journal of Psychiatry im Rahmen der Studie „Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia“ (Angermeyer und Matschinger, 2005) übernommen. Die beiden letzten Fragen (Frage 17 sowie Frage 18) sollten klären, ob die Proband/innen die Meinung vertreten, dass dem Ausbruch einer Depression (Frage 17) sowie dem Ausbruch einer Schizophrenie (Frage 18) vorgebeugt werden kann. Falls bei diesen Fragen mit „Ja“ geantwortet wurde, sollten die Proband/innen 10 mögliche Präventionsmaßnahmen (z.B. Stabiler Freundeskreis, Ausreichend Schlaf, etc.) im Bezug auf ihre Geeignetheit zur Prävention, bewerten. Dabei wurden die angegebenen Präventionsmaßnahmen aus dem Journal of Affective Disorders (2008) im Rahmen der Studie „Public attitudes towards prevention of depression“ (Schomerus et al., 2007) übernommen. Die Bewertung der Präventionsmaßnahmen erfolgt mittels einer Skala 5 – Punkt Likert Skala mit den Antwortmöglichkeiten (1) „stimme sehr zu“ (2) „stimme eher zu“ (3) „weder noch“ (4) „stimme eher weniger zu“ (5) „stimme gar nicht zu“. Ausgehend von diesen beiden Fragen bzw. ihren jeweiligen Unterfragen sollten mögliche geschlechtstypische Unterschiede im Bezug auf das Präventionsverhalten ermittelt werden.

### 3.5. Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 21. Durch die Auswertung der Daten konnten Angaben über den Mittelwert, die Standardabweichung, Minima, Maxima sowie Häufigkeiten gemacht werden. Anhand der erhaltenen Werte wurde die Stichprobe beschrieben. Ausgehend von Kreuztabellen und mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests wurden die geschlechtstypischen Unterschiede bezüglich der Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen ermittelt. Dabei wurde der Signifikanzwert mit  $p = 0,05$  festgelegt.

| <b>Irrtumswahrscheinlichkeit</b> | <b>Bedeutung</b>   |
|----------------------------------|--------------------|
| $p > 0,05$                       | Nicht signifikant  |
| $p \leq 0,05$                    | Signifikant        |
| $p \leq 0,01$                    | Sehr signifikant   |
| $p \leq 0,001$                   | Höchst signifikant |

*Tabelle 11* ( Bühl, 2010)

Die so erhaltenen Ergebnisse wurden anschließend an Hand von Diagrammen graphisch dargestellt.

## (4) Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Studie mittels Graphiken veranschaulicht. Dabei sei angemerkt, dass die vorliegenden Ergebnisse unter dem Blickwinkel, dass es sich um eine relative kleine Probandengruppe handelt, betrachtet werden sollen. Desweiteren sei darauf aufmerksam gemacht, dass die Proband/innen unterschiedlichen Studienrichtungen angehören sowie einige Proband/innen vertreten sind, die ihr Studium bereits beenden haben. Ein kleiner Prozentsatz der Proband/innen hat gar nicht studiert bzw. befindet sich auch in keinem Studium. Dementsprechend handelt es sich um keine einheitliche Probandengruppe.

### 4.1. Psychologie-Unterricht in der Schule

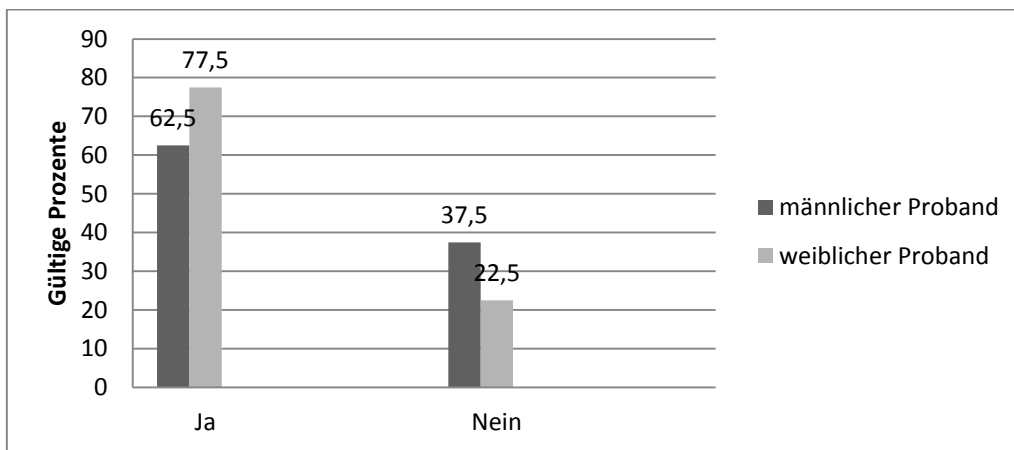


Abbildung 14: Frage 1a – Psychologie-Unterricht in der Schule (in Prozent)

Wie in Abbildung 14 zu erkennen ist, gaben mehr weibliche Probanden (77,5%) im Vergleich zu männlichen Probanden (62,5%) an, in ihrer Schulzeit Psychologie-Unterricht gehabt zu haben.

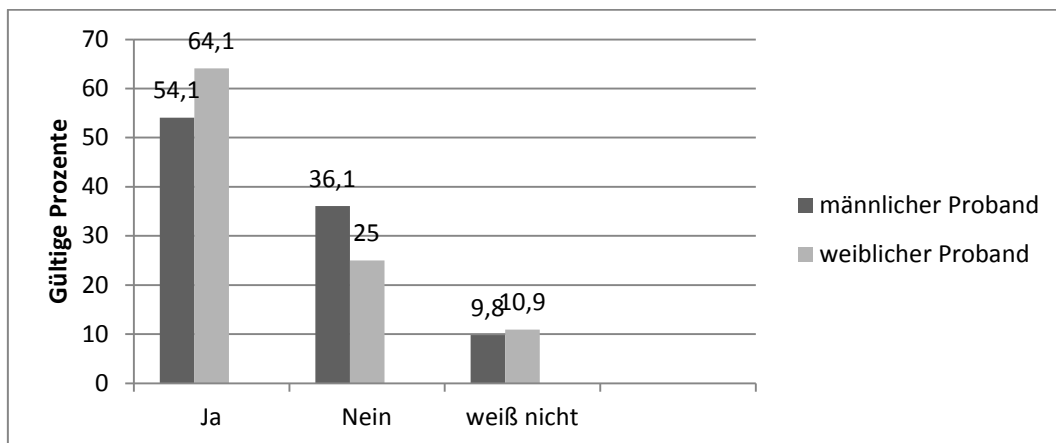


Abbildung 15: Frage 1b – Psychische Erkrankungen als Thema im Unterricht

Abbildung 15 zeigt, dass 64,1% der weiblichen und 54,1% der männlichen Probanden im Rahmen des Psychologie-Unterrichtes das Thema psychische Erkrankungen durchgenommen haben.

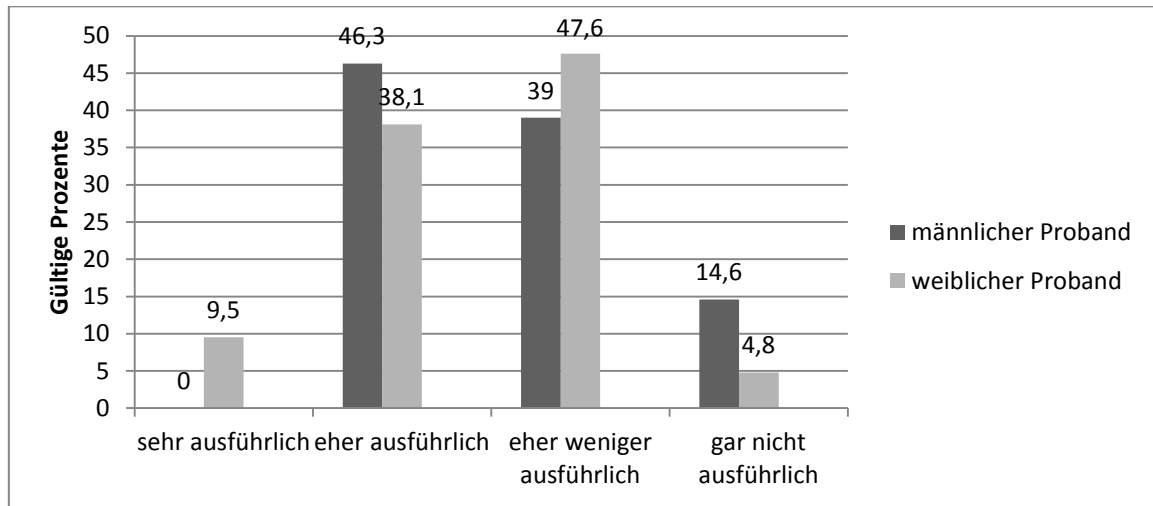


Abbildung 16: Frage 1c – Psychische Erkrankungen – Ausführlichkeit der Thematisierung

Wie in Abbildung 16 zu erkennen ist, kreuzte keiner der männlichen Probanden an, dass das Thema psychische Erkrankungen im Unterricht sehr ausführlich behandelt worden ist. Immerhin 9,5 % der weiblichen Probanden kreuzten diese Antwortmöglichkeit schon an. 46,3% der männlichen und 38,1% der weiblichen Probanden gaben die Antwort „eher ausführlich“ an. Die Antwortmöglichkeit „eher weniger ausführlich“ wurde von 39% der männlichen Probanden und von 47,6% der weiblichen Probanden angekreuzt. Zur gleichen Zeit kreuzten 14,6% der männlichen Probanden an, dass das Thema psychische Erkrankungen im Unterricht gar nicht ausführlich durchgenommen wurde. Bei den weiblichen Probanden gaben 4,8% diese Antwort an.

## 4.2. Psychisch kranke Person im eigenen Umfeld

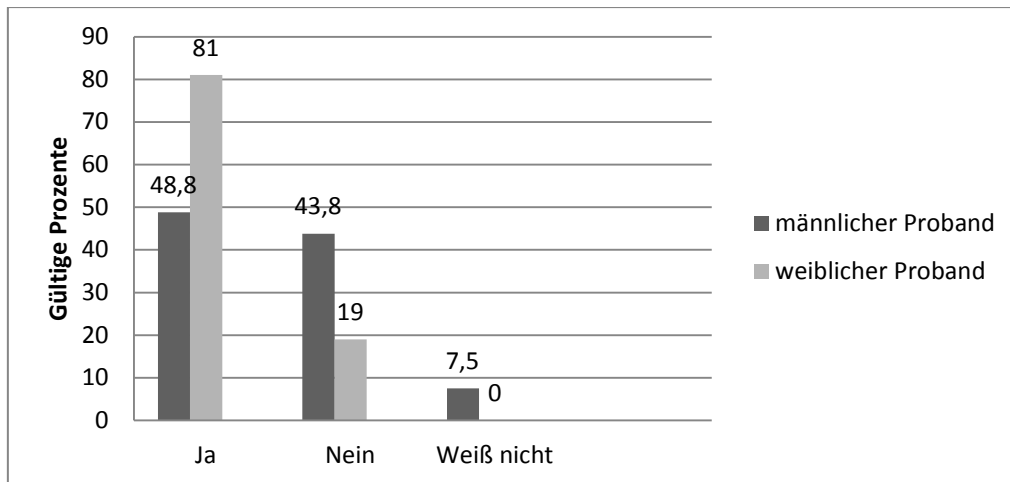


Abbildung 17: Frage 2a – Angabe darüber, ob man jemanden im Bekanntenkreis kennt, der an einer psychischen Erkrankung leidet

Im Rahmen dieser Studie gaben 81% der weiblichen Probanden an, jemanden in ihrem Bekanntenkreis zu kennen, der an einer psychischen Erkrankung leidet (siehe Abb. 17). Bei den männlichen Probanden gaben 48,8% diese Antwortmöglichkeit an. Zur gleichen Zeit gaben 43,8% der männlichen Probanden an, niemanden mit einer psychischen Erkrankung zu kennen, während bei den weiblichen Probanden vergleichsweise wenige 19% diese Antwortmöglichkeit angekreuzt haben. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ wurde von 7,5% der männlichen Probanden und von keinem weiblichen Probanden angekreuzt.

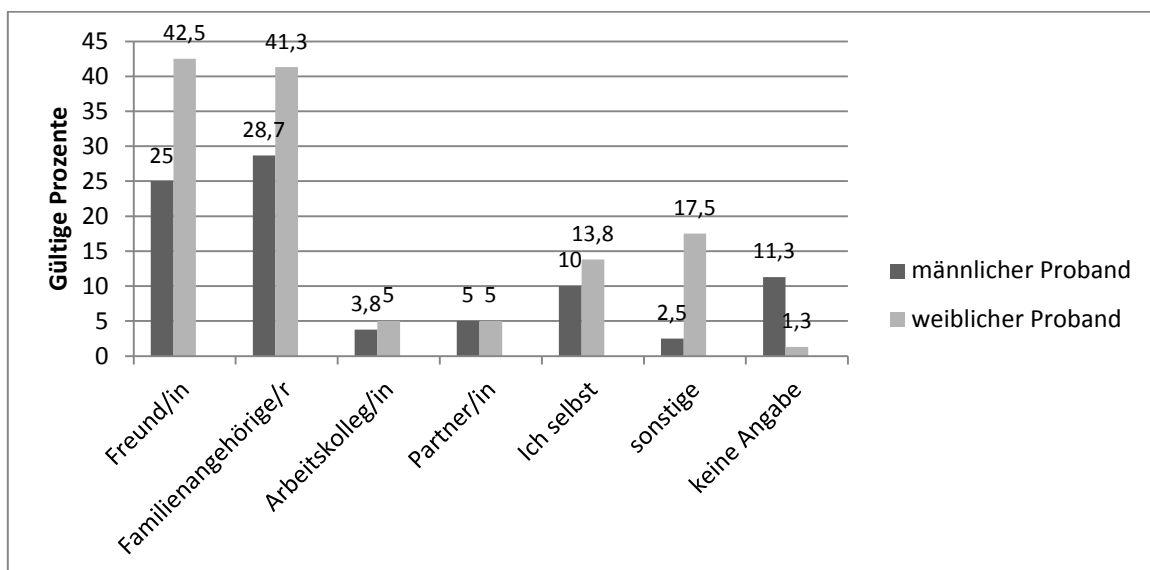


Abbildung 18: Frage2b – Angabe darüber, wer im Bekanntenkreis von einer psychischen Erkrankung betroffen ist

Wie in Abbildung 18 zu erkennen ist gaben die meisten Proband/innen an, dass die psychisch erkrankten Personen in ihrem Umfeld Familienangehörige oder Freunde sind. An dritter Stelle (wenn man die Antworten „sonstige“ sowie „keine Angabe“ außer Acht lässt) kreuzten die Probanden die Antwort „ich selbst“ an, wobei die weiblichen Probanden mit einem leicht höheren Prozentsatz (13,8% zu 10%) bei dieser Antwort vertreten sind. 5% der männlichen sowie 5% der weiblichen Probanden kreuzten als Antwort „Partner/in“ an.

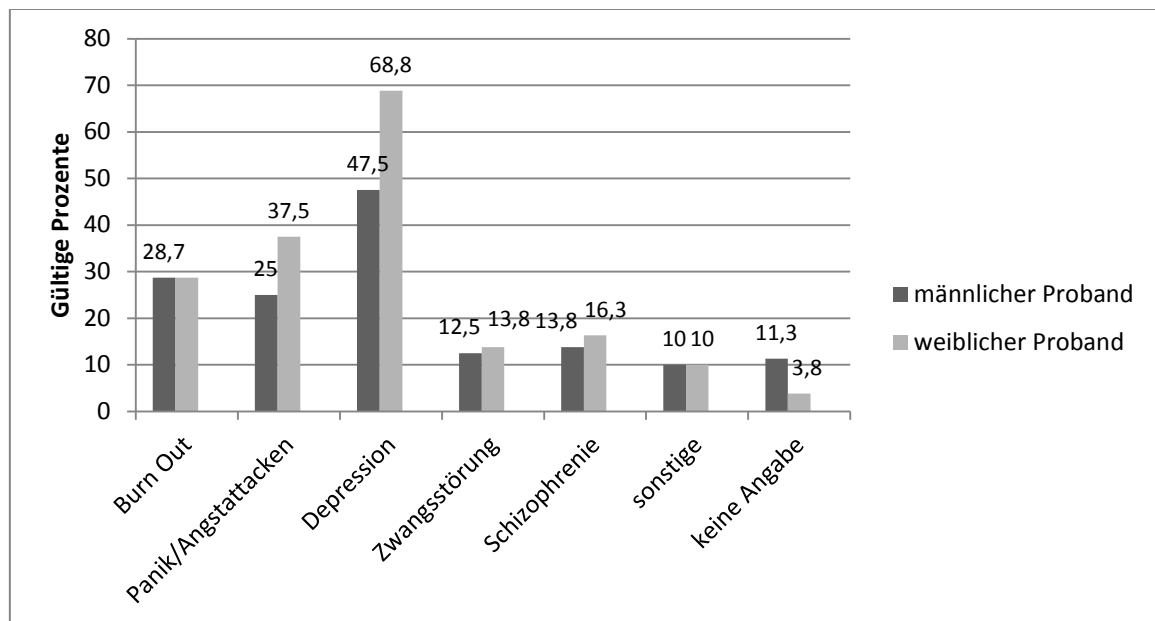


Abbildung 19: Frage 2c – Angabe darüber, mit welcher psychischen Erkrankung man konfrontiert ist bzw. konfrontiert wurde

Wie in Abbildung 19 ersichtlich, ist die Depression mit am häufigsten von den Probanden als Antwortmöglichkeit angekreuzt worden. Der Depression folgen die Panik/Angstattacken. An dritter Stelle findet sich das Burnout. An vierter und fünfter Stelle finden sich die Schizophrenie sowie die Zwangsstörung. Vor allem die weiblichen Probanden (68,8%) gaben an, mit der Erkrankung Depression konfrontiert zu sein bzw. konfrontiert worden zu sein.

### 4.3. Entstehungsgründe psychischer Störungen

#### 4.3.1. Entstehungsgründe der Depression

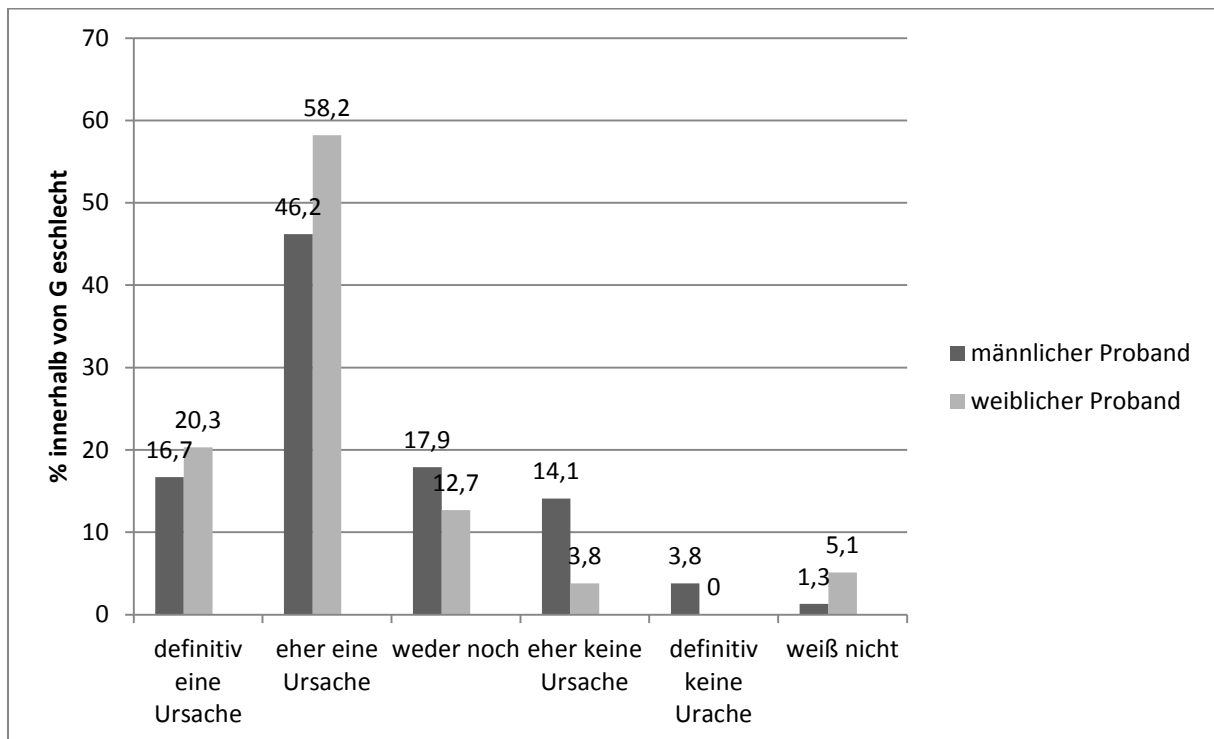


Abbildung 20: Frage 3 – Entstehungsgründe der Depression – Mangel an elterlicher Zuwendung

Wie in Abbildung 20 zu erkennen ist, gaben mehr weibliche Probanden an, dass der Mangel an elterlicher Zuwendung ein Grund für die Entstehung der Depression ist. So kreuzten 20,3% der weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „definitiv eine Ursache“ an und 58,2% der weiblichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „eher eine Ursache“ an. Die männlichen Probanden waren mit 16,7% bei der Antwort „definitiv eine Ursache“ sowie mit 46,2% bei der Antwort „eher eine Ursache“ vertreten. Auffällig ist ebenfalls, dass keine der weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „definitiv keine Ursache“ wählte, während das männliche Geschlecht mit 3,8% bei dieser Antwortmöglichkeit vertreten ist. Desweiteren gaben mehr männlichen Probanden (14,1%) an, dass der Mangel an elterlicher Zuwendung eher kein Entstehungsgrund für eine Depression ist. Die weiblichen Probanden waren bei dieser Aussage mit 3,8% vertreten. Die Geschlechtsunterschiede sind signifikant ( $p = 0,041$ ).

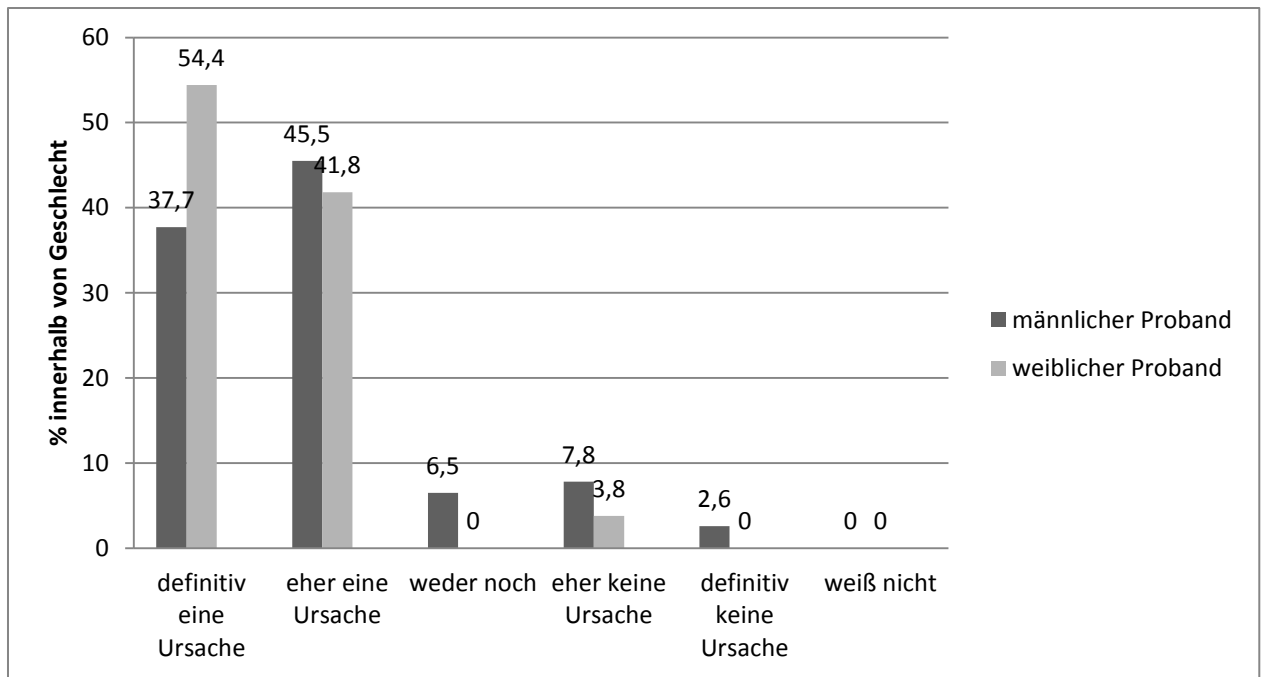


Abbildung 21: Frage 3 – Entstehungsgründe der Depression – negatives Lebensereignis

Abbildung 21 zeigt, dass die weiblichen Probanden in größerer Zahl dazu tendierten, ein negatives Lebensereignis als Entstehungsgrund der Depression anzugeben. Etwas mehr als die Hälfte der weiblichen Probanden kreuzte die Antwortmöglichkeit „definitiv eine Ursache“ an. Bei den Männern war diese Antwortmöglichkeit mit 37,7% vertreten. Zur gleichen Zeit kreuzten etwas mehr Männer die Antwortmöglichkeit „eher eine Ursache“ an. Während keine der weiblichen Probanden als Antwortmöglichkeiten „weder noch“ sowie „definitiv keine Ursache“ wählte, sind die männlichen Probanden bei diesen beiden Antwortmöglichkeiten mit 6,5% bzw. mit 2,6% vertreten. Desweiteren gaben etwas mehr männliche Probanden (7,8%) an, dass ein negatives Lebensereignis eher kein Entstehungsgrund für eine Depression ist. Die geschlechtstypischen Unterschiede in den Angaben sind mit  $p = 0,029$  als signifikant zu werten.

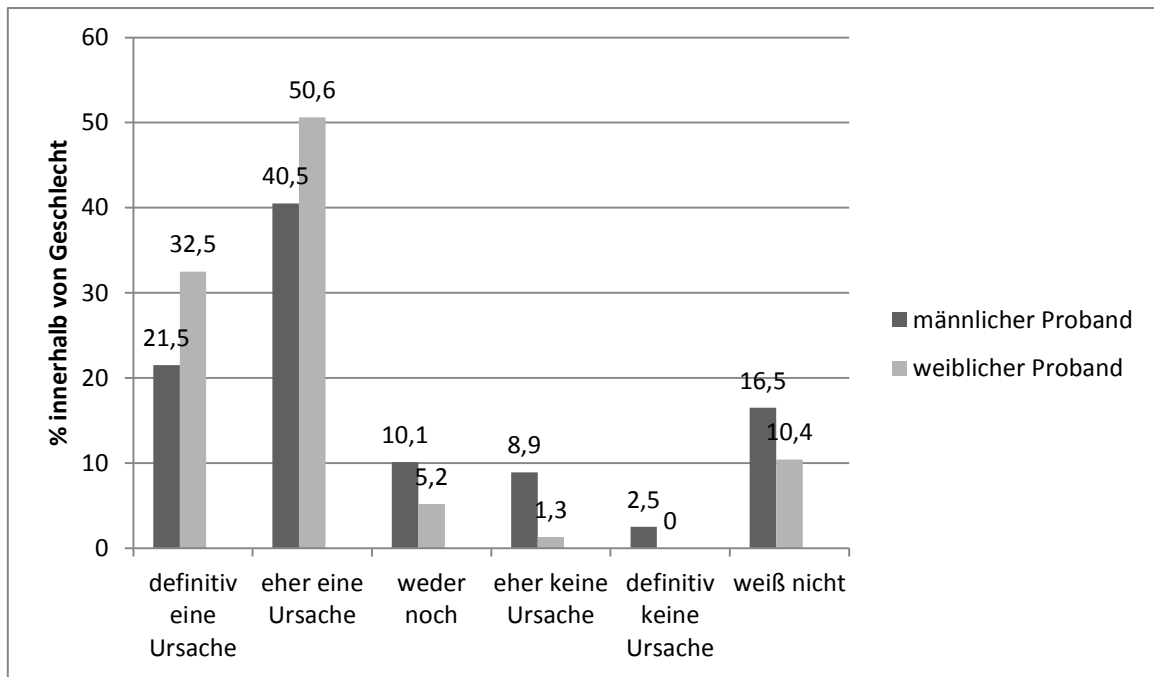


Abbildung 22: Frage 3 – Entstehungsgründe der Depression – „Broken Home“

Abbildung 22 zeigt, dass im Rahmen dieser Studie mehr weibliche Probanden angaben, dass ein zerrüttetes zu Hause („Broken Home“) ein Entstehungsgrund der Depression ist. So kreuzten 32,5% der Frauen die Antwortmöglichkeit „definitiv eine Ursache“ sowie 50,6% der Frauen die Antwortmöglichkeit „eher eine Ursache“ an. Zur gleichen Zeit sind bei diesen beiden Antwortmöglichkeiten die Männer um jeweils 10% weniger vertreten. Auffällig ist, dass keine der weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „definitiv keine Ursache“ ankreuzte, während diese Antwortmöglichkeit bei den Männern mit 2,5% vertreten ist. Desweiteren kreuzten 8,9% der Männer die Antwort „eher keine Ursache“ an, während bei den Frauen diese Antwortmöglichkeit mit nur 1,3% vertreten ist. Die geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten sind mit  $p = 0,047$  als signifikant zu werten.

Bezüglich der Einstellungen, dass ein übermäßiger Alkohol.-Drogenkonsum, ein Mangel an Willenskraft, schwacher Selbstwert, eine Gehirnerkrankung, die Vererbung sowie Stress in der Arbeit Gründe für die Entstehung von Depressionen sein können, gab es keine geschlechtstypischen Unterschiede zwischen den Proband/innen.

### 4.3.2. Entstehungsgründe der Schizophrenie

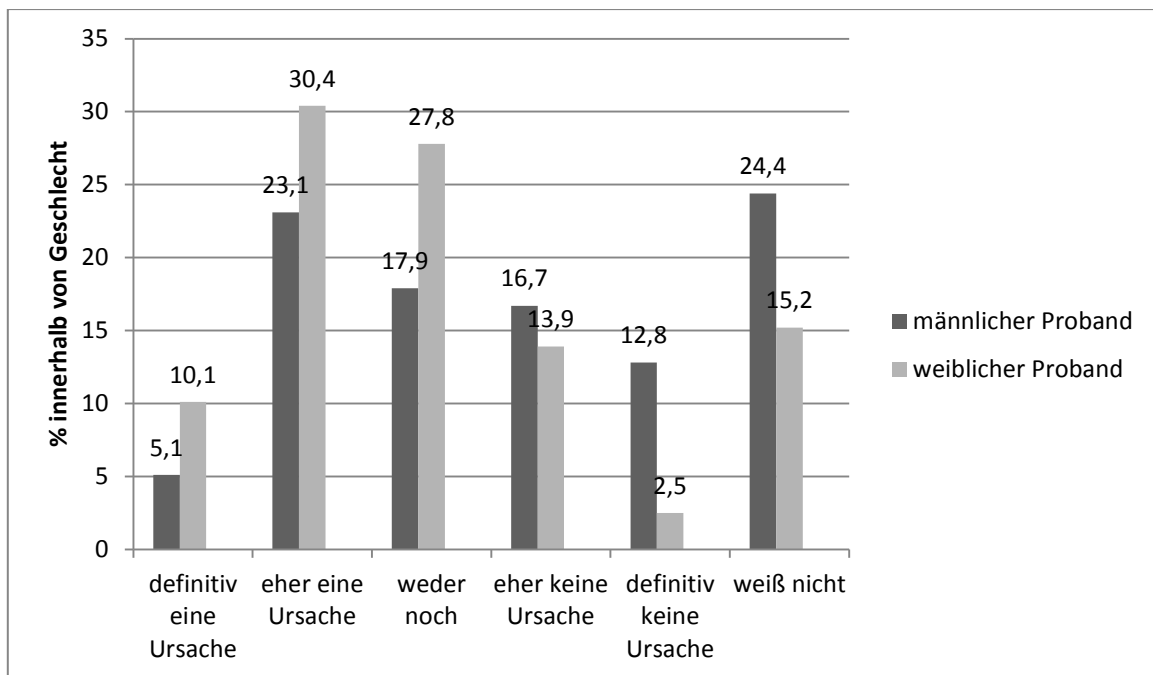


Abbildung 23: Frage 4 – Entstehungsgründe der Schizophrenie – „Broken Home“

Wie in Abbildung 23 zu erkennen ist, gaben mehr weibliche Probanden an, dass ein zerrüttetes zu Hause („Broken Home“) ein Entstehungsgrund für die Schizophrenie ist. So kreuzten 10,1% der weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „definitiv eine Ursache“ sowie 30,4% die Antwortmöglichkeit „eher eine Ursache“ an. Die Antwortmöglichkeit „definitiv eine Ursache“ kreuzten im Vergleich zu den weiblichen Probanden, nur halb so viele männliche Probanden an. Die Antwortmöglichkeit „eher eine Ursache“ war bei den männlichen Probanden mit 23,1% vertreten. Zur gleichen Zeit kreuzten mehr männliche Probanden die Antwortmöglichkeiten „eher keine Ursache“ (16,7%) sowie „definitiv keine Ursache“ (12,8%) an. Die Antwortmöglichkeit „ich weiß nicht“ war ebenfalls eher im männlichen Geschlecht vertreten. Die Geschlechtsunterschiede liegen mit  $p = 0,051$  an der Grenze zu einem signifikanten Wert.

Bezüglich der Einstellungen, dass ein übermäßiger Alkohol – und Drogenkonsum, ein Mangel an Willenskraft, schwacher Selbstwert, eine Gehirnerkrankung, ein Mangel an elterlicher Zuwendung, die Vererbung, ein negatives Lebensereignis sowie Stress in der Arbeit, Gründe für die Entstehung einer Schizophrenie sein können, gab es keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede zwischen den Proband/innen.

#### 4.4. Zuordnung psychischer Störungen zu einem Geschlecht

##### 4.4.1. Zuordnung der Depression

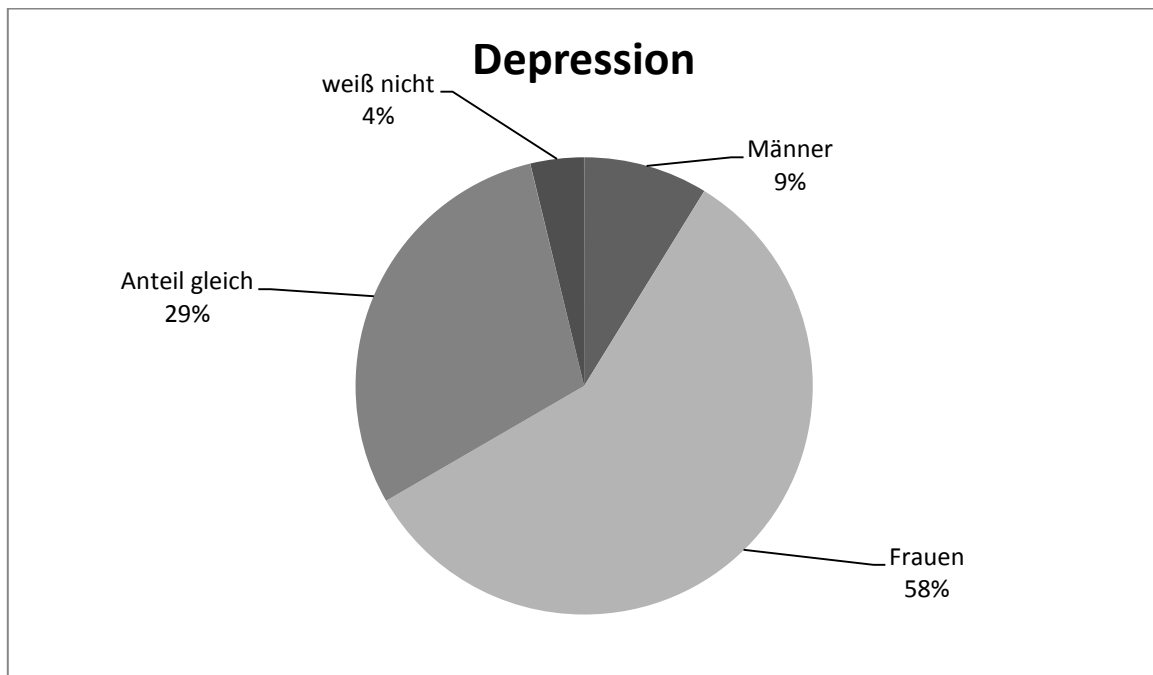


Abbildung 24: Frage 5 – Welches Geschlecht leidet häufiger an Depressionen (% der Gesamtzahl)

Generell wurde, wie in Abbildung 24 zu erkennen ist, die depressive Erkrankung eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet. 57,9% der Proband/innen vertreten die Annahme, dass Frauen häufiger von Depressionen betroffen sind. 29,6% der Proband/innen gaben an, dass der Anteil an Depressionen erkrankter Personen für beide Geschlechter gleich ist. Vergleichsweise wenige 8,8% gaben an, dass Männer öfter von Depressionen betroffen sind. 3,8% der Proband/innen kreuzten die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ an.

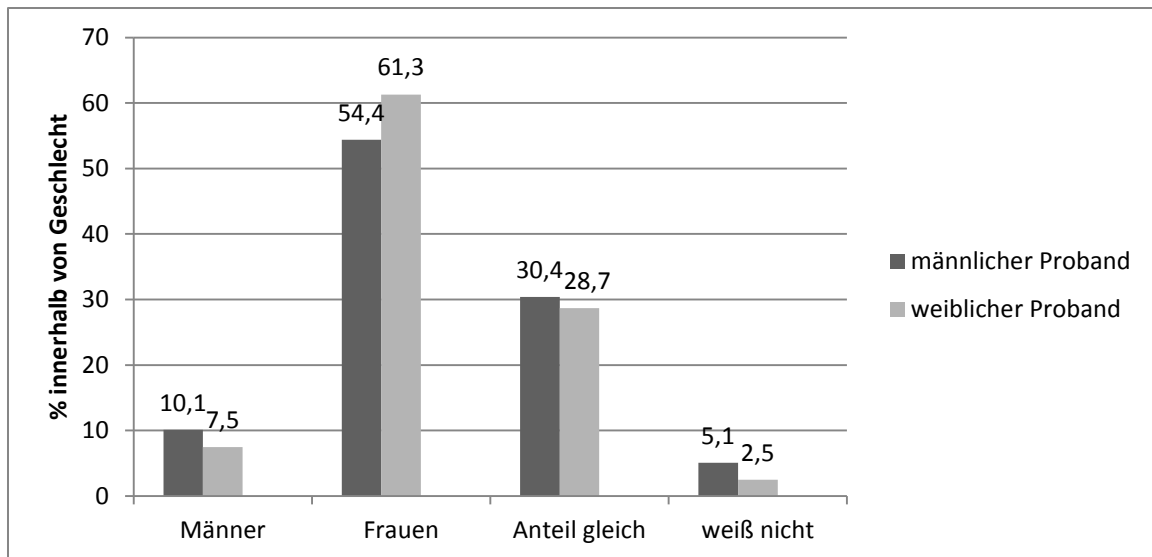


Abbildung 25: Frage 5 – Welches Geschlecht leidet häufiger an Depressionen (Angabe nach Geschlecht der Proband/innen)

In Abbildung 25 sind die Antworten je nach Geschlecht der Proband/innen unterteilt. So gaben etwas mehr männliche Probanden an, dass eher Männer von Depressionen betroffen sind. Zur gleichen Zeit gaben etwas mehr weibliche Probanden an, dass eher Frauen von Depressionen betroffen sind. 30,4% der männlichen Probanden und 28,7% der weiblichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ an. Es ergeben sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in der Auswahl der Antworten.

#### 4.4.2. Zuordnung der Schizophrenie

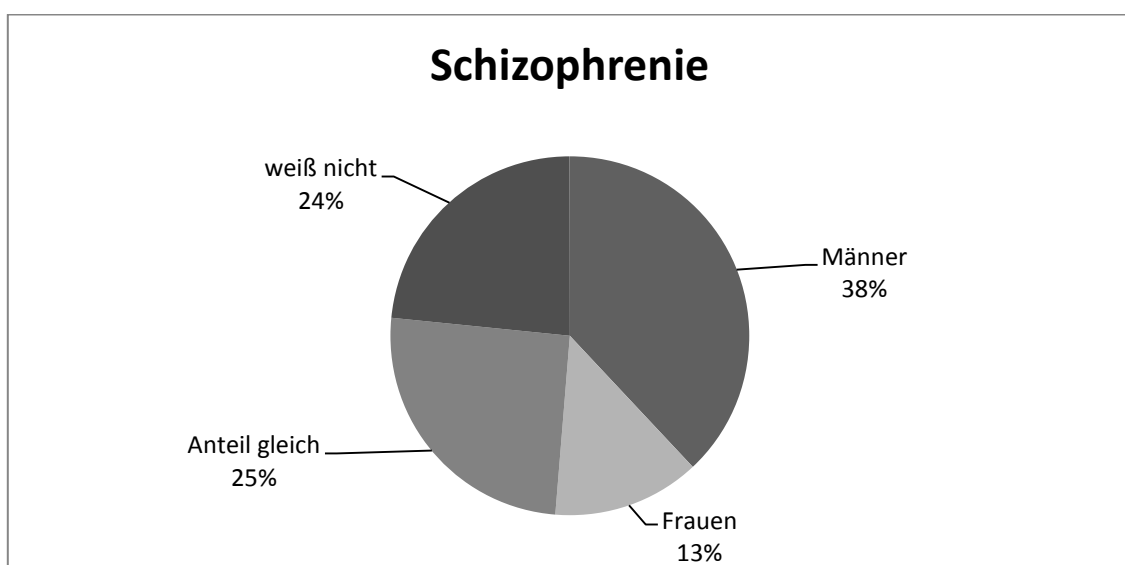


Abbildung 26: Frage 6 – Welches Geschlecht leidet häufiger an Schizophrenie (% der Gesamtzahl)

Die Schizophrenie wurde, wie Abbildung 26 zeigt, im Allgemeinen eher dem männlichen Geschlecht zugeordnet. 38% der Proband/innen gaben an, dass mehr Männer an Schizophrenie leiden. Im Gegensatz dazu kreuzten 13,3% der Proband/innen als Antwortmöglichkeit „Frauen“ an. Ein Viertel (25,3%) der Proband/innen kreuzte die Antwortmöglichkeit „Anteil gleich“ an, während die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ mit 23,4% vertreten ist.

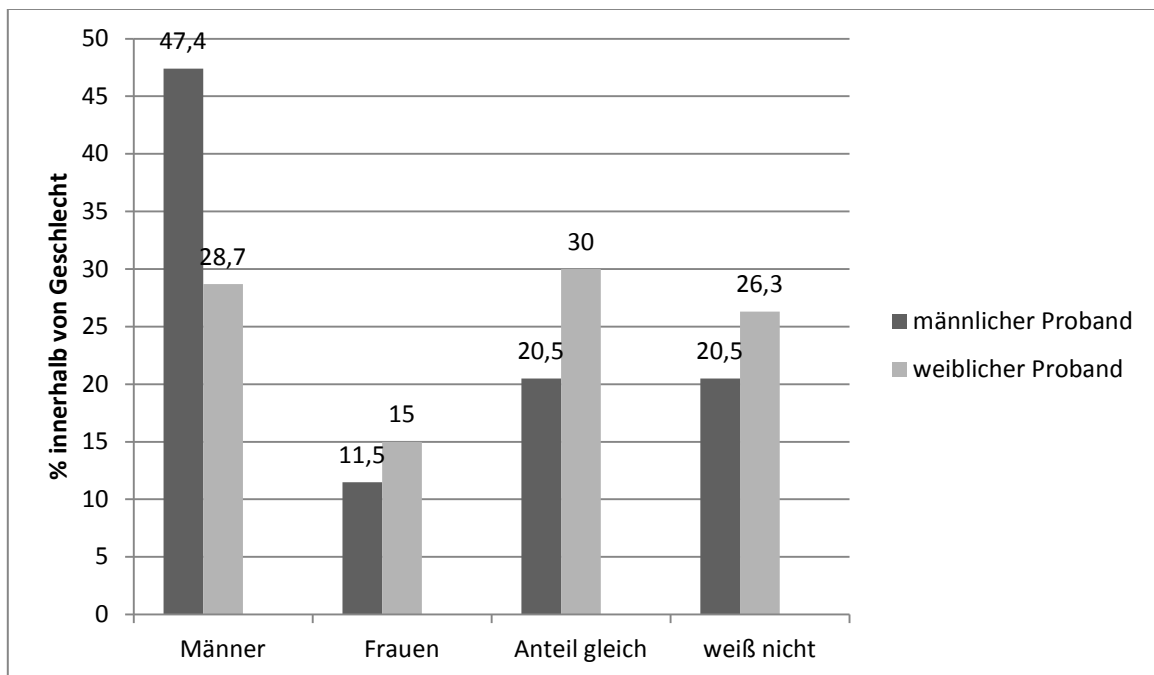


Abbildung 27: Frage 6 – Welches Geschlecht leidet häufiger an Schizophrenie (Angabe nach Geschlecht der Proband/innen)

Wie in Abbildung 27 zu erkennen ist, gaben mehr männliche Probanden (47%) an, dass Männer häufiger an Schizophrenie leiden. Im Gegensatz dazu war die Antwortmöglichkeit „Männer“ bei den weiblichen Probanden mit 28,7% vertreten. Zur gleichen Zeit gaben mehr weibliche Probanden (15%) an, dass Frauen häufiger an Schizophrenie leiden. Bei den männlichen Probanden kreuzten 11,5% die Antwortmöglichkeit „Frauen“ an. 30% der weiblichen Probanden und 20,5% der männlichen Probanden kreuzten als Antwortmöglichkeit „Anteil gleich“ an. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ war bei dieser Fragestellung ebenfalls vergleichsweise häufig (mit 26,3% bzw. mit 20,5%) angekreuzt worden. Ausgehend von den gewählten Antworten ergeben sich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede.

## 4.5. Einstellungen gegenüber psychisch Kranken

### 4.5.1. Einstellungen gegenüber depressiven Frauen

#### 4.5.1.1. Begriffs – bzw. Eigenschaftszuschreibungen

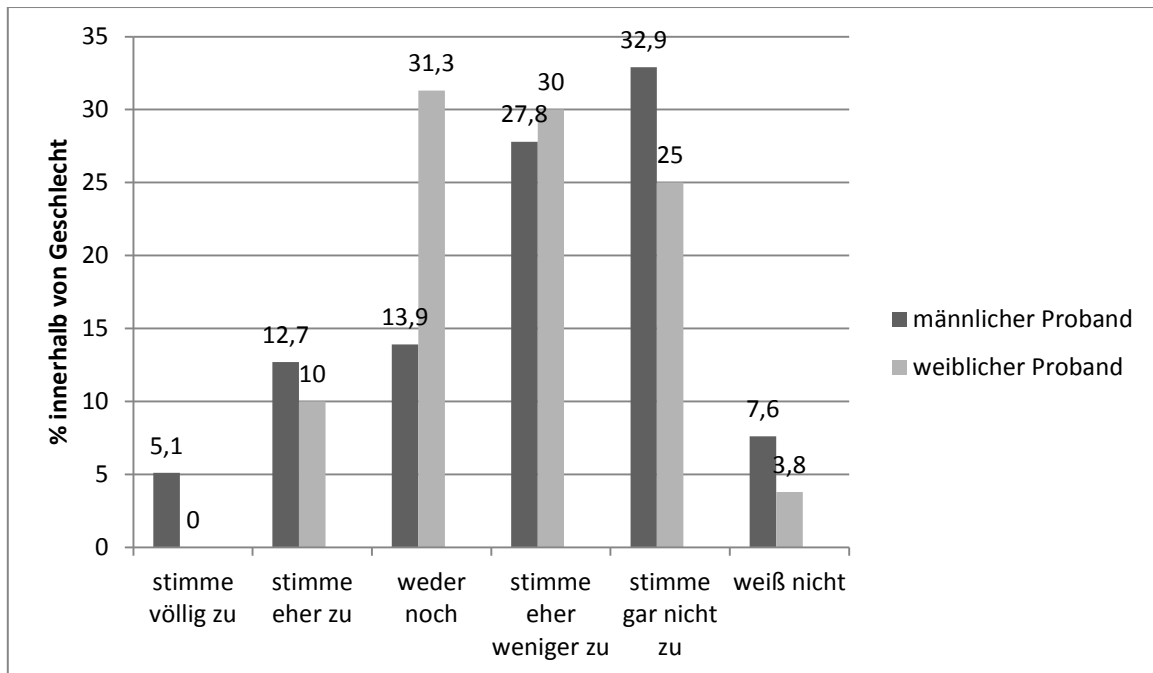


Abbildung 28: Frage 7 – depressive Frauen – Gefährlich für andere

Abbildung 28 zeigt, dass im Rahmen dieser Studie 5,1% der männlichen Probanden der Angabe, dass depressive Frauen gefährlich sind, völlig zustimmten. Im Gegensatz dazu vertrat keine der weiblichen Probanden diese Angabe. Bei der Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ waren ebenfalls die männlichen Probanden mit 12,7% in etwas höherer Zahl vertreten. Die weiblichen Probanden dominierten bei der Antwortmöglichkeit „weder noch“ mit 31,3%. 30% der weiblichen Probanden stimmten der Angabe, dass depressive Frauen gefährlich sind eher weniger zu und 25% der weiblichen Probanden stimmten dieser Angabe gar nicht zu. Bei den männlichen Probanden stimmten 27,8% der Angabe, dass depressive Frauen gefährlich sind eher weniger und 32,9% gar nicht zu. Die Geschlechtsunterschiede sind mit einem Wert von  $p = 0,042$  als signifikant zu werten.

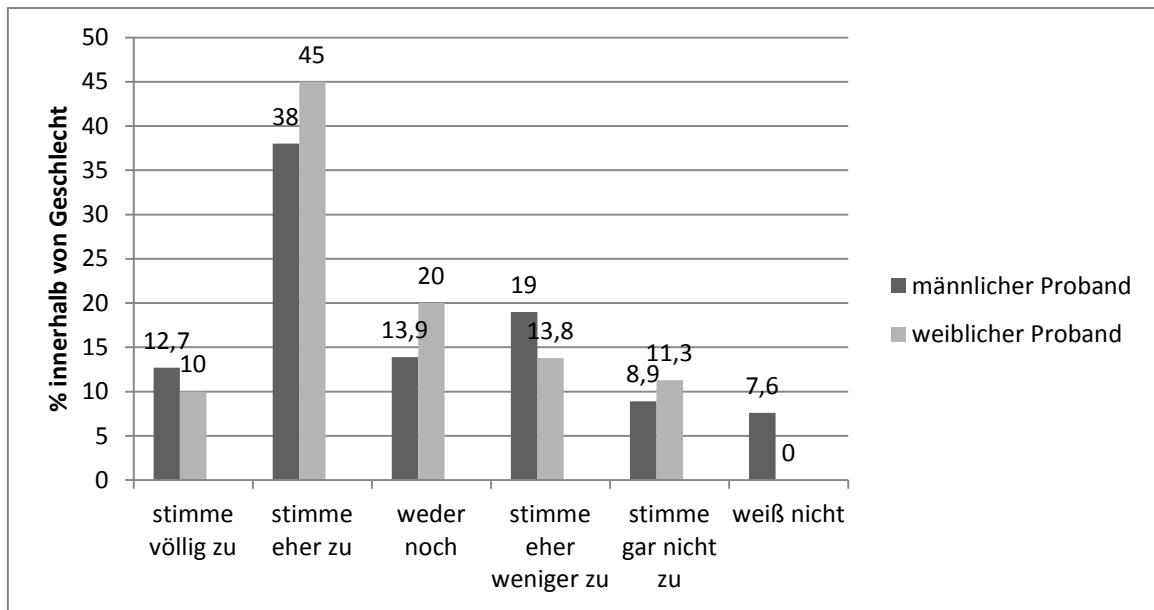


Abbildung 29: Frage 7 – depressive Frauen – Unberechenbar

Wie in Abbildung 29 zu erkennen ist gab die Mehrzahl der Proband/innen mit der Antwort „stimme eher zu“ an, dass depressive Frauen unberechenbar sind. Dabei tendierten 45% der weiblichen Probanden und 38% der männlichen Probanden zu dieser Antwort. An zweiter Stelle findet sich bei beiden Geschlechtern die Antwortmöglichkeit „weder noch“. 12,7% der männlichen Probanden und 10% der weiblichen Probanden stimmten dem Begriff der Unberechenbarkeit im Bezug auf depressive Frauen „völlig zu“. Es ergeben sich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede bezüglich der Einstellung, dass depressive Frauen unberechenbar sind.

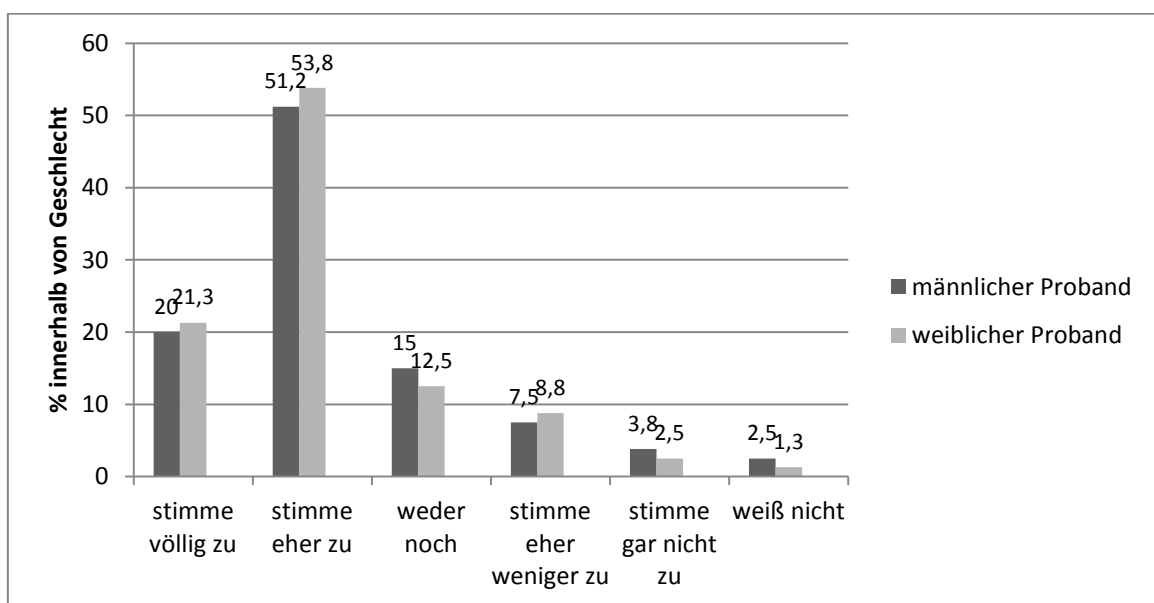


Abbildung 30: Frage 7 – depressive Frauen – Schwer zu kommunizieren

Abbildung 30 zeigt, dass die Mehrzahl der Proband/innen mit „stimme eher zu“ angab, dass es schwer ist, mit einer an Depression erkrankten Frau zu kommunizieren. An zweiter Stelle folgte bei sowohl männlichen als auch weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“. 7,8% der männlichen und 8,8% der weiblichen Probanden kreuzten „stimme eher weniger zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ war im weiblichen Geschlecht mit 2,5% und im männlichen Geschlecht mit 3,8% vertreten. Wie anhand des Diagramms zu erkennen ist, ergeben sich auch hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

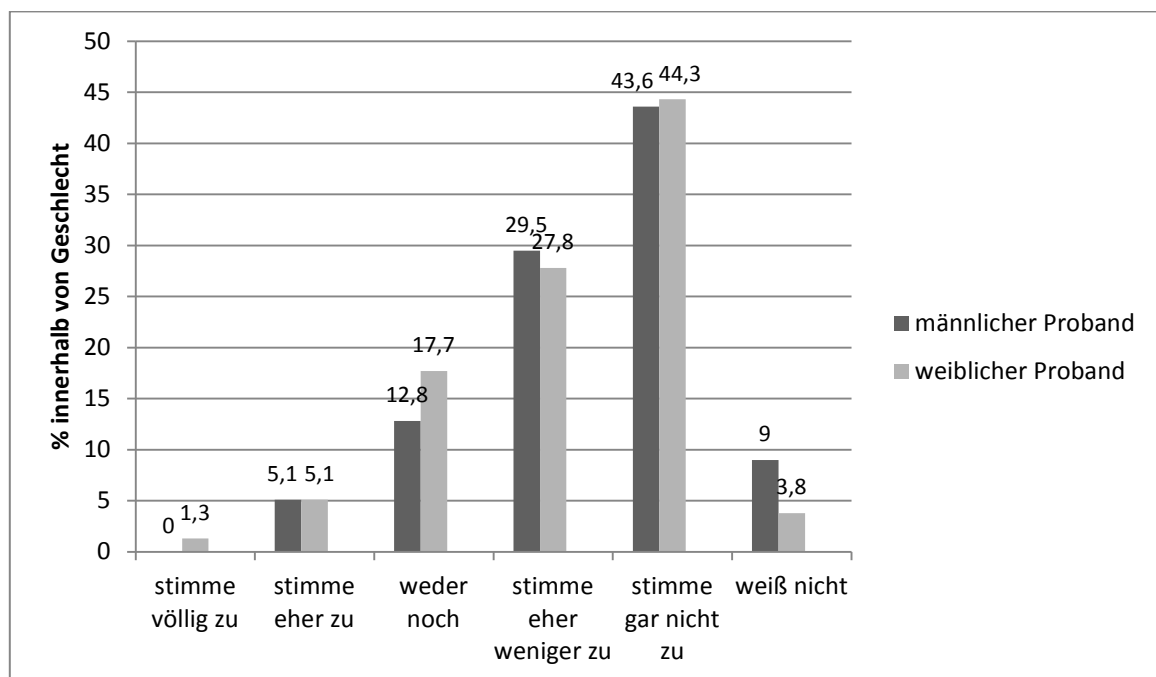


Abbildung 31: Frage 7 – depressive Frauen – Selbst schuld an ihrer Situation

Wie in Abbildung 31 ersichtlich vertrat die Mehrzahl der Proband/innen die Meinung, dass depressive Frauen eher nicht bzw. gar nicht selbst schuld an ihrer Situation sind. Keiner der männlichen und nur eine der weiblichen Probanden kreuzte „stimme völlig zu“ an. 5,1% der männlichen und weiblichen Probanden kreuzten „stimme eher zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „weder noch“ wurde von 12,8% der männlichen und 17,7% der weiblichen Probanden gewählt. 9% der Männer und 3,8% der Frauen kreuzten „weiß nicht“ an. Auch bei dieser Einstellung konnten keine geschlechtstypischen Unterschiede zwischen den Proband/innen festgestellt werden.

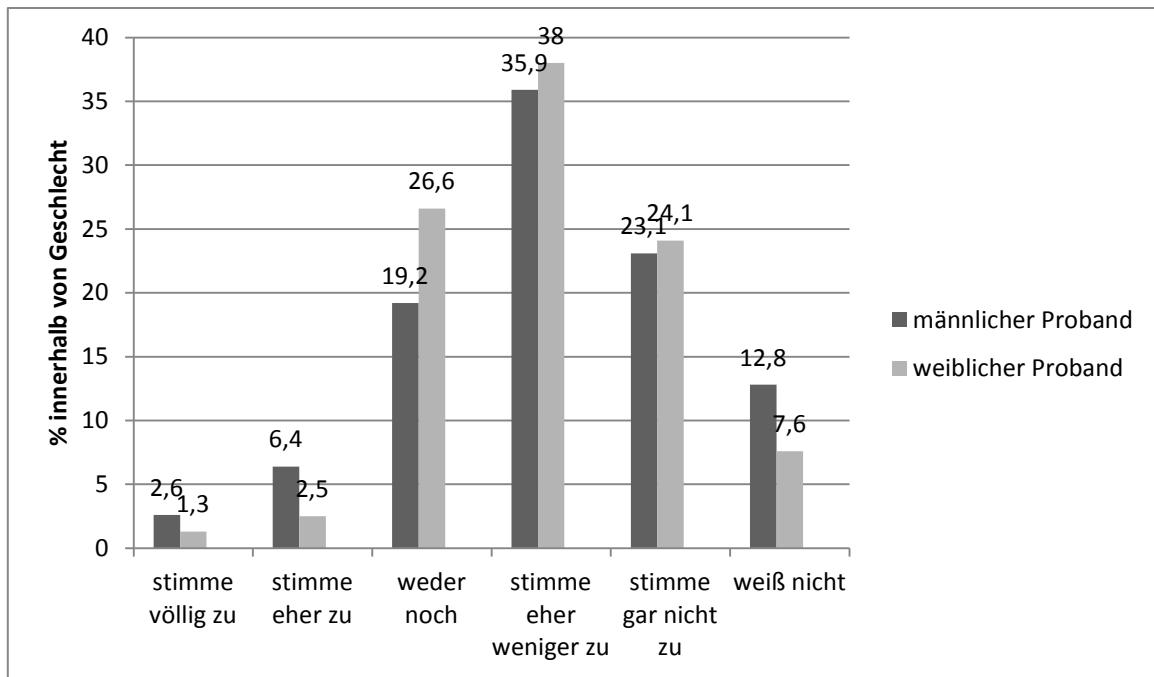


Abbildung 32: Frage 7 – depressive Frauen – Geringe Genesungschancen

Wie in Abbildung 32 zu erkennen ist, stimmte die Mehrzahl der Proband/innen dem Begriff „Geringe Genesungschancen“ im Bezug auf depressive Frauen eher weniger zu. 24,1% der weiblichen und 23,1% der männlichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“ war bei 38% der weiblichen und bei 35,9% der männlichen Probanden vertreten. Die Antwortmöglichkeit „weder noch“ wurde ebenfalls mit 26,6% (weiblich) sowie mit 19,2% (männlich) relativ häufig gewählt. Es sind keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede bezüglich der Auswahl der Antworten feststellbar.

#### 4.5.1.2. Empfindungen gegenüber der Betroffenen

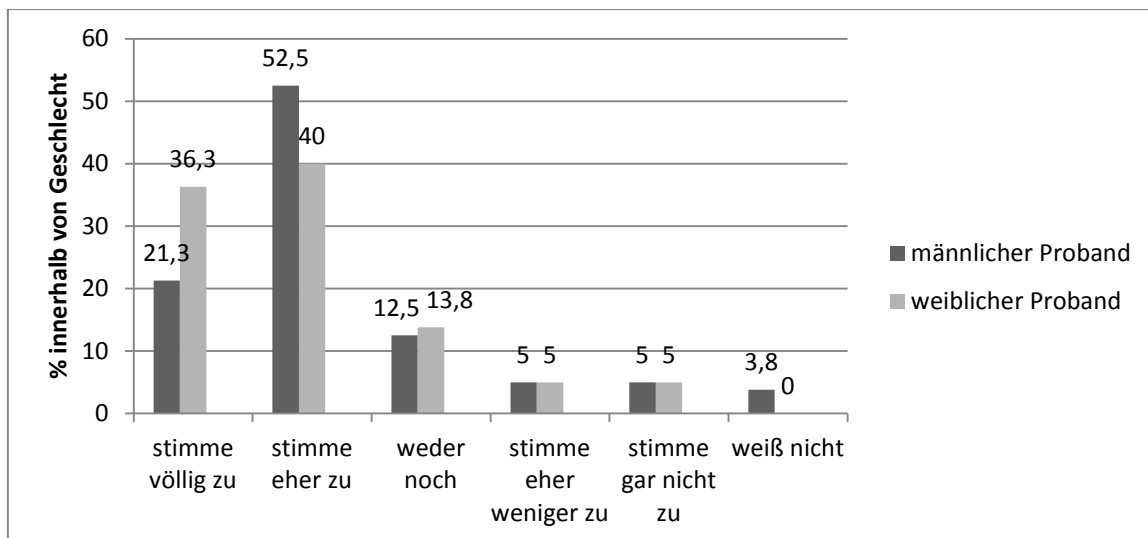


Abbildung 33: Frage 8 – depressive Frauen – Mitleid

Abbildung 33 zeigt, dass die Hälfte der männlichen Probanden mit der Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ angab, Mitleid gegenüber depressiven Frauen zu empfinden. Zur gleichen Zeit wurde diese Antwortmöglichkeit von 40% der weiblichen Probanden angekreuzt. 36,3% der weiblichen und 21,3% der männlichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ an. Nur 5% der weiblichen und männlichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeiten „stimme eher weniger zu“ bzw. „stimme gar nicht zu“ an. Es konnte in Bezug auf die Empfindung von Mitleid kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden.

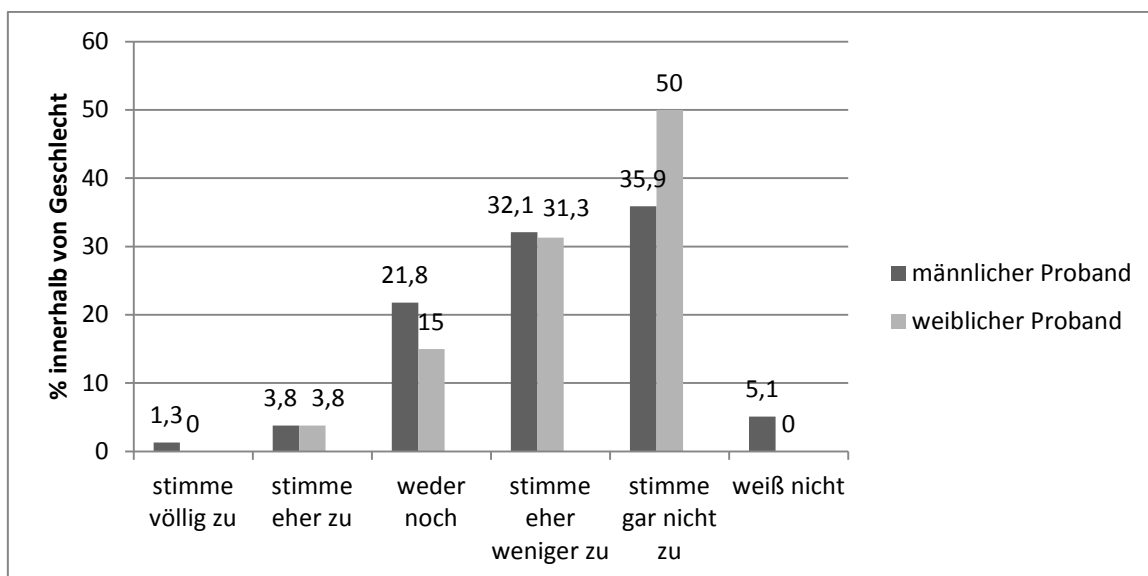


Abbildung 34: Frage 8 – depressive Frauen – Ablehnung

Wie in Abbildung 34 zu erkennen ist, kreuzte die Hälfte der weiblichen Probanden bei der Frage, ob sie Ablehnung gegenüber depressiven Frauen empfinden, die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ an. Die männlichen Probanden waren bei dieser Antwortmöglichkeit mit 35,9% vertreten. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“ war bei den männlichen Probanden mit 32,1% und bei den weiblichen Probanden mit 31,3% vertreten. Die Antwort „weder noch“ gaben 21,8% der männlichen und 15% der weiblichen Probanden an. 1,3% der männlichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ an, während keine der weiblichen Probanden diese Antwort ankreuzte. 3,8% der männlichen und weiblichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an. Im Allgemeinen fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der Auswahl der Antworten zwischen männlichen und weiblichen Probanden.

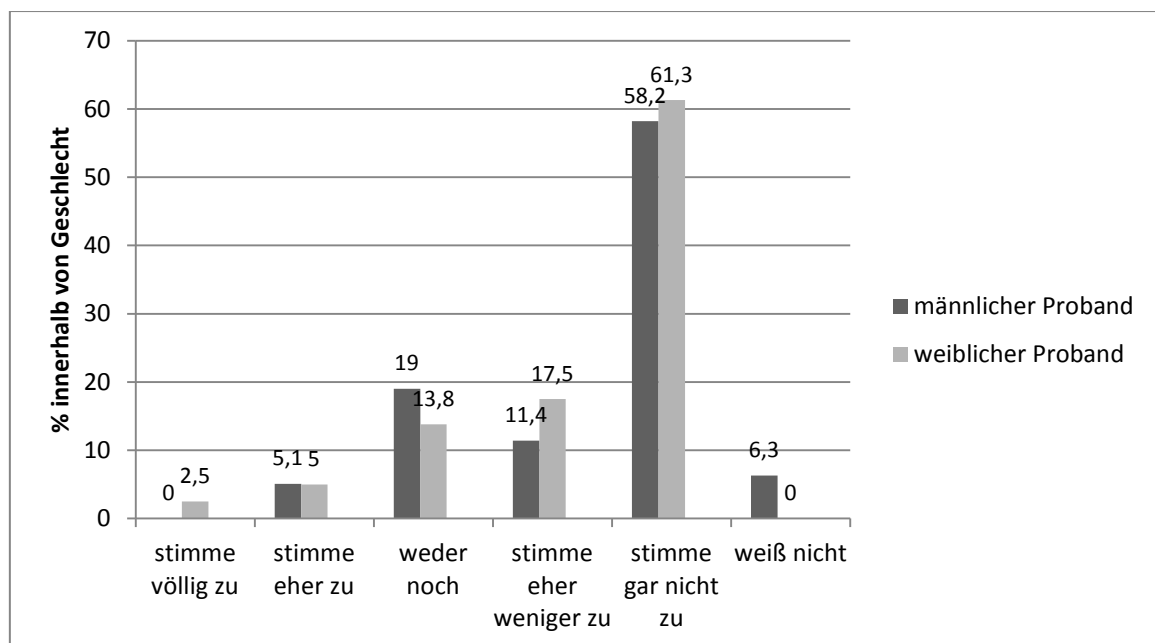


Abbildung 35: Frage 8 – depressive Frauen – Wut/Aggression

Wie in Abbildung 35 ersichtlich, gab mehr als die Hälfte der männlichen und weiblichen Probanden mittels der Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ an, keine Wut bzw. Aggression gegenüber depressiven Frauen zu empfinden. 19,3% der männlichen und 13,8% der weiblichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „weder noch“ an. Während 2,5% der weiblichen Probanden mit „stimme völlig zu“ antworteten, kreuzte keiner der männlichen Probanden diese Antwortmöglichkeit an. Die Antwort „stimme eher zu“ wurde von beiden Geschlechtern mit jeweils 5,1% vertreten. Es sind keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede bei den gewählten Antworten feststellbar.

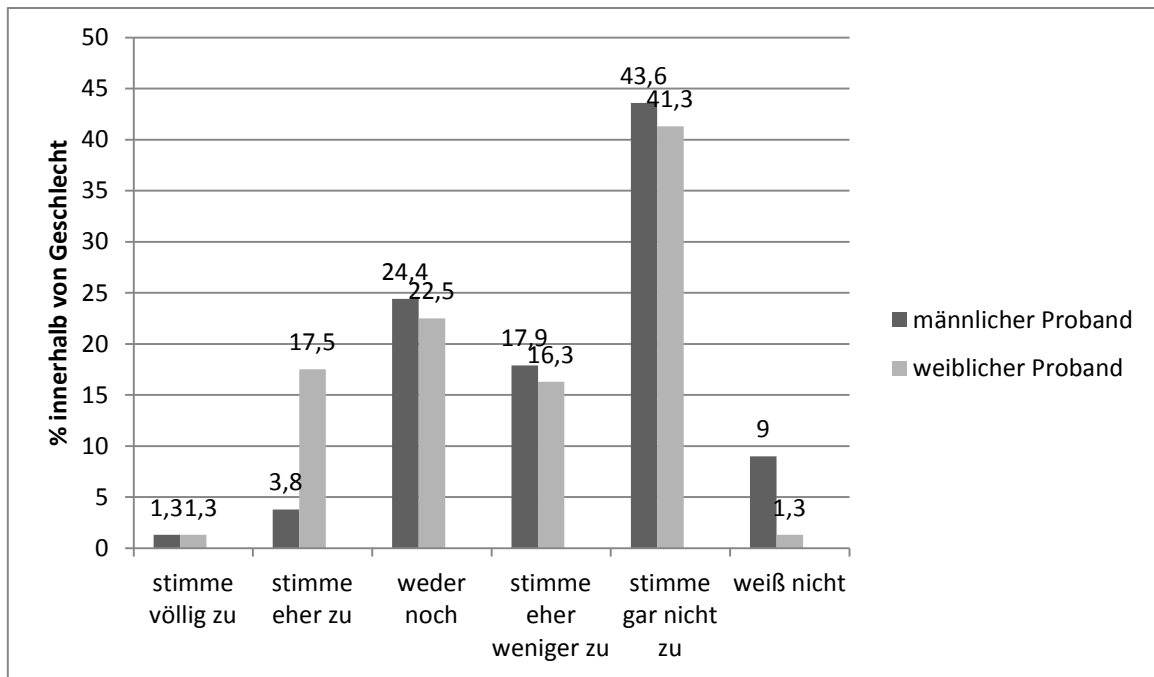


Abbildung 36: Frage 8 – depressive Frauen – Angst

Auf die Frage ob man Angst gegenüber einer an einer Depression erkrankten Frau empfindet, kreuzte die Mehrzahl der Proband/innen die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ an. Abbildung 36 zeigt, dass mehr weibliche Probanden (17,5%) mittels der Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ angaben, Angst gegenüber depressiven Frauen zu empfinden. Im Vergleich dazu, kreuzten nur 3,8% der männlichen Probanden diese Antwortmöglichkeit an. Die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ wurde von beiden Geschlechtern gleich häufig (mit 1,3%) angekreuzt. Im Gegensatz dazu waren die männlichen Probanden im Vergleich zu den weiblichen Probanden bei den Antwortmöglichkeiten „stimme eher weniger zu“ (17,9%) sowie „stimme gar nicht zu“ (43,6%) um einen kleinen Prozentsatz mehr vertreten. Durch dieses Ergebnis ergibt sich ein Signifikanzwert von  $p = 0,040$ . Die geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten sind daher als signifikant zu werden.

## 4.5.2. Einstellungen gegenüber schizophrenen Frauen

### 4.5.2.1. Begriffs – bzw. Eigenschaftszuschreibungen

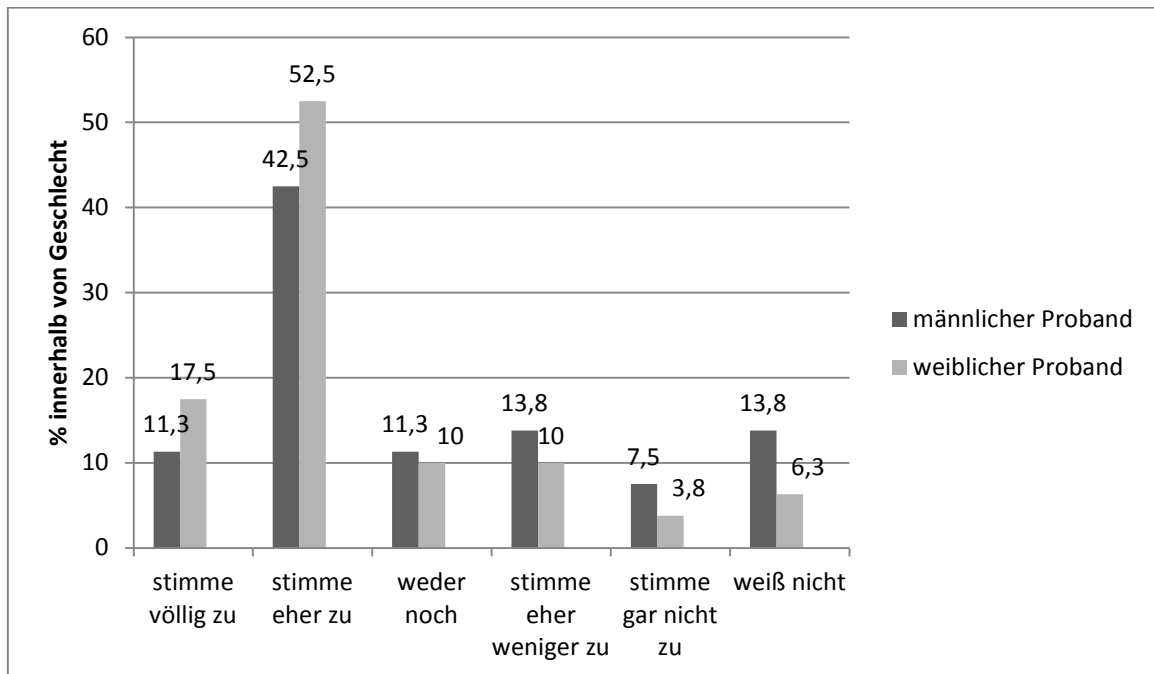


Abbildung 37: Frage 9 – schizophrene Frauen – Gefährlich für andere

Auf die Frage ob schizophrene Frauen gefährlich für andere Personen sind, erkennt man anhand Abbildung 37, dass mehr weibliche Probanden die Antwortmöglichkeiten „stimme völlig zu“ sowie „stimme eher zu“ angekreuzt haben. Zur gleichen Zeit kreuzten mehr männliche Probanden die Antwortmöglichkeiten „stimme eher weniger zu“ sowie „stimme gar nicht zu“ an. Dennoch ergeben sich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede zwischen den Proband/innen, da die Annahme, dass schizophrene Frauen gefährlich sind, von beiden Geschlechtern in ähnlichem Ausmaß vertreten wurde.

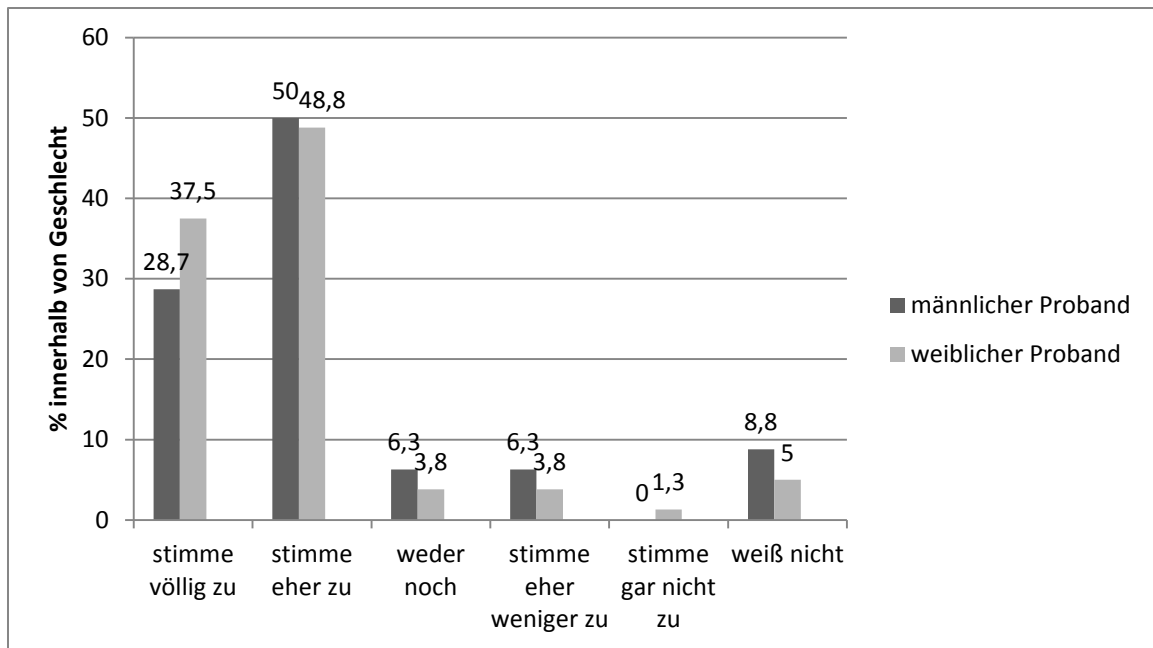


Abbildung 38: Frage 9 – schizophrene Frauen – Unberechenbar

Wie in Abbildung 38 erkennbar, gab die Mehrzahl der Proband/innen mit den Antwortmöglichkeiten „stimme völlig zu“ bzw. „stimme eher zu“ an, dass sie die Eigenschaft der Unberechenbarkeit schizophrenen Frauen zuordnen. So kreuzten 50% der männlichen und 48,8% der weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ vertraten 37,5% der Frauen sowie 28,8% der Männer. Daraus ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

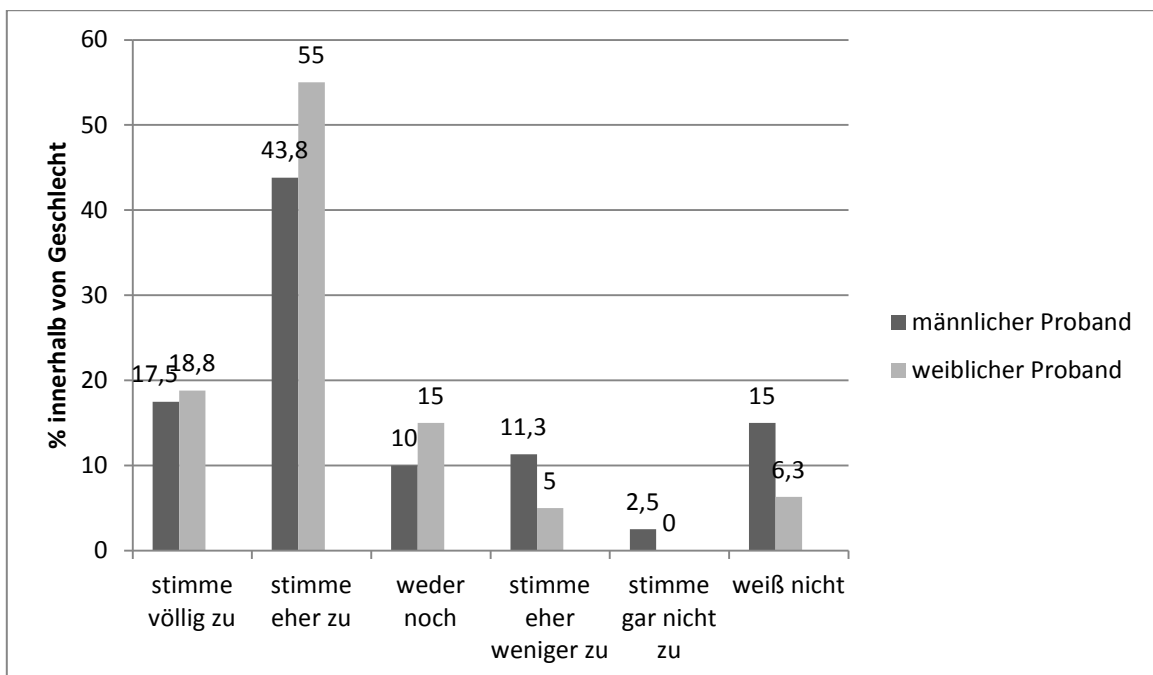


Abbildung 39: Frage 9 – schizophrene Frauen – Schwer zu kommunizieren

Anhand Abbildung 39 lässt sich erkennen, dass generell von beiden Geschlechtern die Annahme vertreten wird, dass es schwer ist mit einer schizophrenen Frau zu kommunizieren. Dementsprechend kreuzten 18,8% der weiblichen Probanden sowie 17,5% der männlichen Probanden die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ war bei den weiblichen Probanden mit 55% sowie bei den männlichen Probanden mit 43,8% vertreten. Es finden sich bei der Auswahl der Antworten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

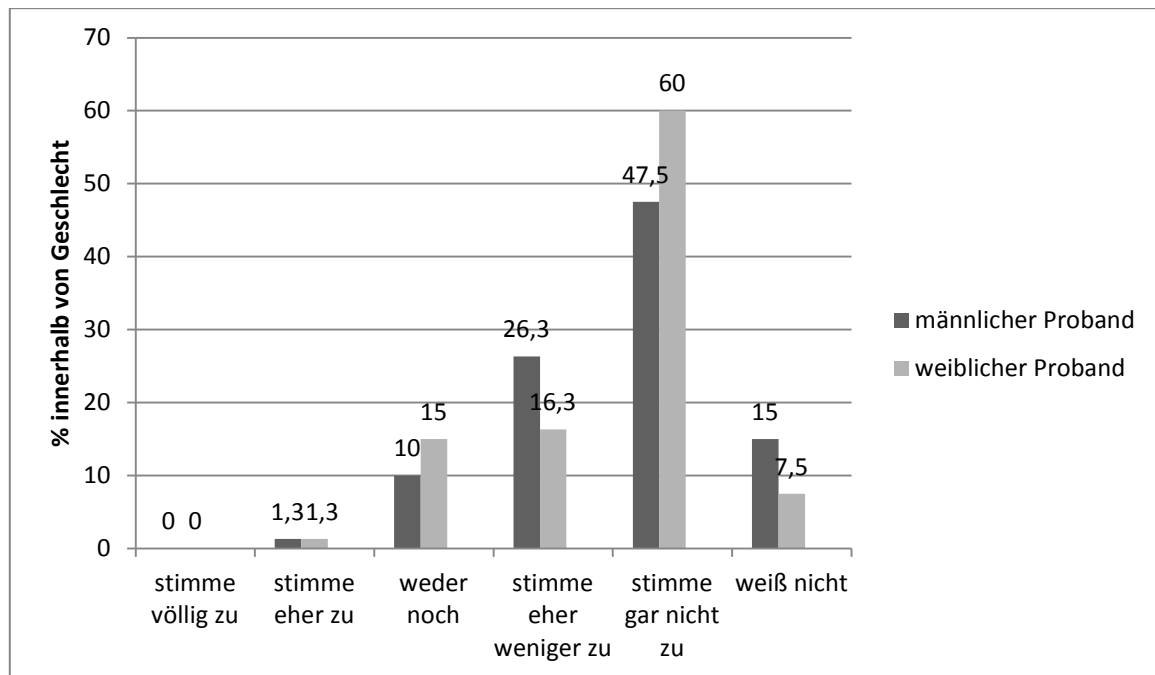


Abbildung 40: Frage 9 – schizophrene Frauen – Selbst schuld an ihrer Situation

Die Mehrzahl der Proband/innen (60% weiblich bzw. 47,5% männlich) kreuzten, wie in Abbildung 40 ersichtlich, im Rahmen der Angabe, dass schizophrene Frauen selbst schuld an ihrer Situation sind, die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ an. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Proband/innen, schizophrene Frauen als nicht selbst schuld an ihrer Situation ansieht. Keine/r der Proband/innen kreuzte die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ an und lediglich 1,3% der männlichen und weiblichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an. Daraus ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

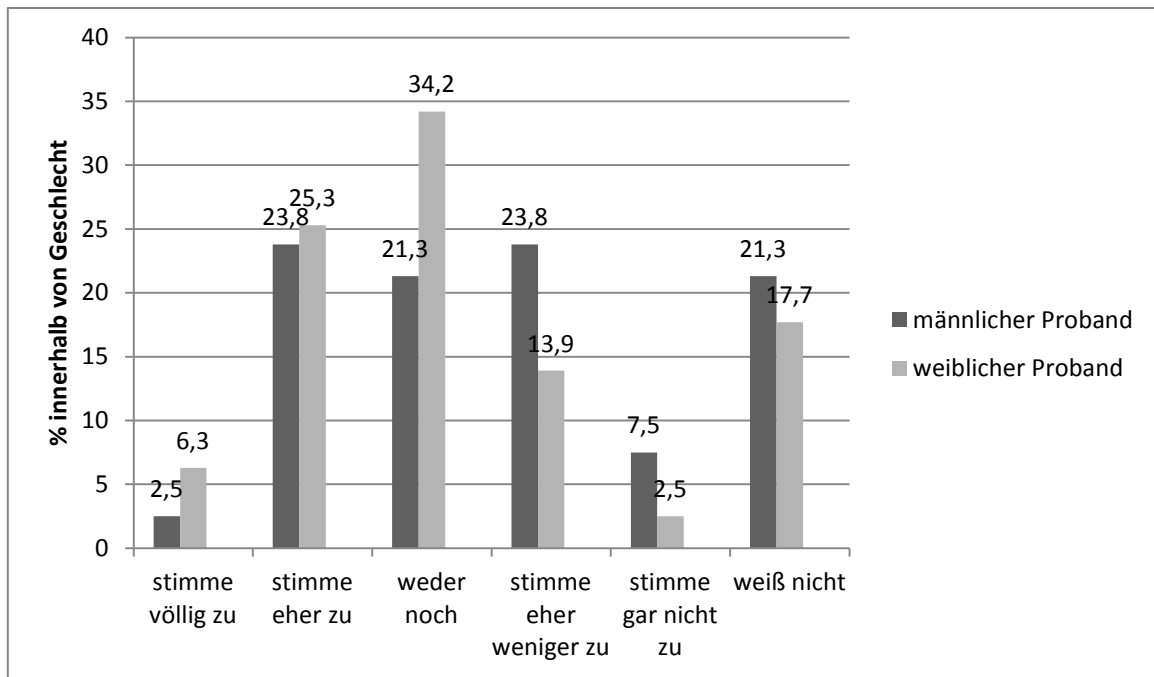


Abbildung 41: Frage 9 – schizophrene Frauen – Geringe Genesungschancen

Wie in Abbildung 41 zu erkennen ist, kreuzten die meisten männlichen Probanden beim Begriff „Geringe Genesungschancen“ in Bezug auf schizophrene Frauen die Antwortmöglichkeiten „stimme eher zu“ bzw. „stimme eher weniger zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ ist bei den Männern mit 2,5% sowie bei den Frauen mit 6,3% vertreten. Die meisten weiblichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „weder noch“ an, gefolgt von „stimme eher zu“. Die geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten sind als nicht signifikant zu werten.

#### 4.5.2.2. Empfindungen gegenüber der Betroffenen

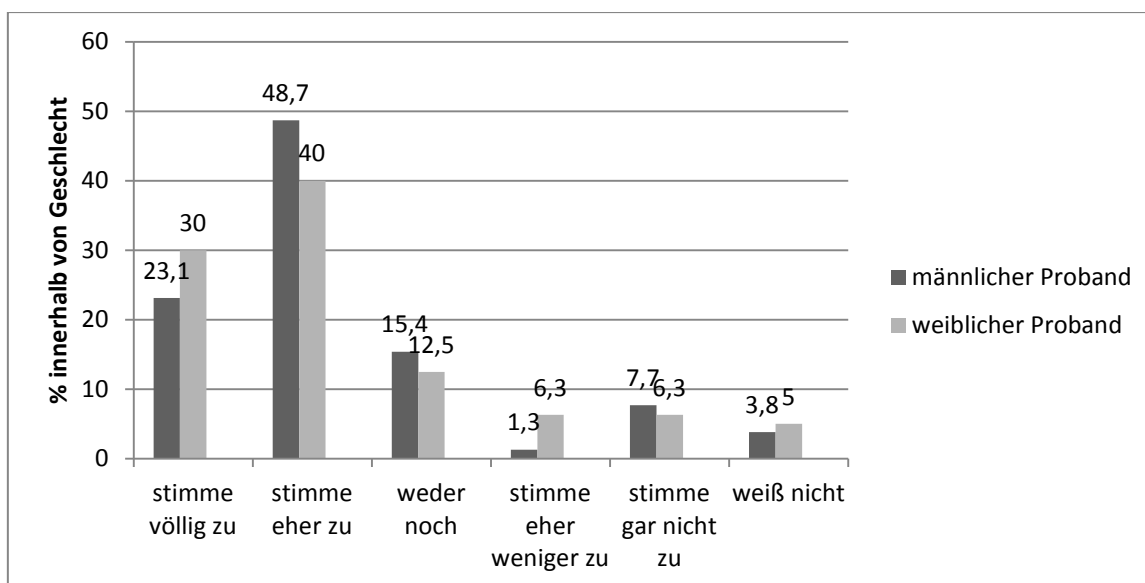


Abbildung 42: Frage 10 – schizophrene Frauen – Mitleid

Abbildung 42 zeigt, dass die meisten Proband/innen angaben, Mitleid gegenüber schizophrenen Frauen zu empfinden. 30% der weiblichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ und 40% der weiblichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an. Die männlichen Probanden kreuzten mit 23,1% die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ und mit 48,7% die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an. Dementsprechend ergeben sich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede in Bezug auf das Empfinden von Mitleid gegenüber schizophrenen Frauen.

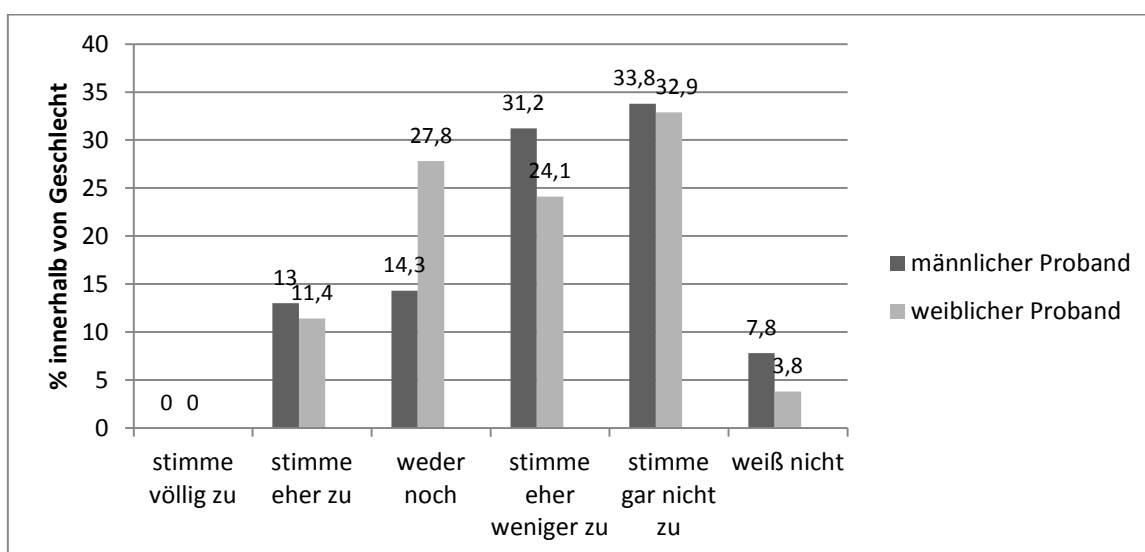


Abbildung 43: Frage 10 – schizophrene Frauen – Ablehnung

Abbildung 43 zeigt, dass die meisten Proband/innen (33,8% der Männer und 32,9% der Frauen) mit der Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ angaben, keine Ablehnung gegenüber schizophrenen Frauen zu empfinden. 31,2% der männlichen Probanden und 24,1% der weiblichen Probanden kreuzten die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „weder noch“ wählten 27,8% Prozent der weiblichen Probanden und fast nur halb so viele männliche Probanden (14,3%). Die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ wurde weder von männlichen noch von weiblichen Probanden angekreuzt. 13% der männlichen Probanden gaben mit der Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an, Ablehnung gegenüber schizophrenen Frauen zu empfinden. Die weiblichen Probanden waren bei der Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ mit 11,4% vertreten. Die vorhandenen Geschlechtsunterschiede in den gewählten Antworten weisen mit  $p = 0,260$  keine Signifikanz auf.

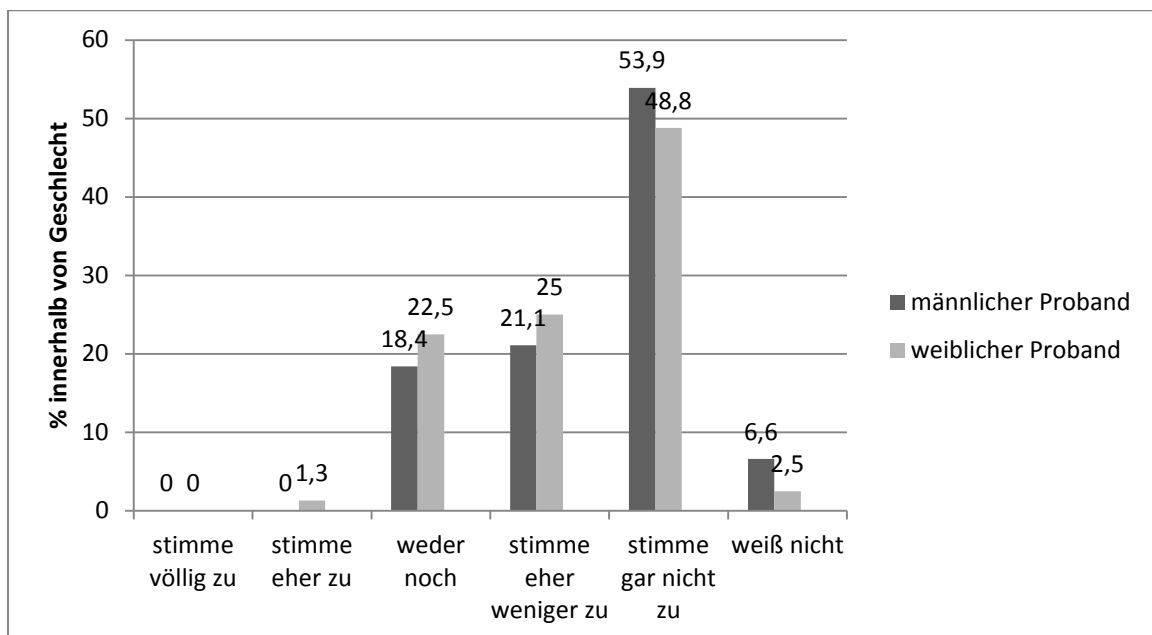


Abbildung 44: Frage 10 – schizophrene Frauen – Wut/Aggression

Wie in Abbildung 44 ersichtlich gaben die meisten männlichen und weiblichen Probanden an, keine Wut bzw. Aggression gegenüber schizophrenen Frauen zu empfinden. So kreuzte mehr als die Hälfte der männlichen Probanden sowie 48,8% der weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ an. An zweiter Stelle findet sich die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“. Daraus lässt sich die allgemeine Tendenz erkennen, dass keines der beiden Geschlechter Wut oder Aggression gegenüber schizophrenen Frauen fühlt. Es sind keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede feststellbar.

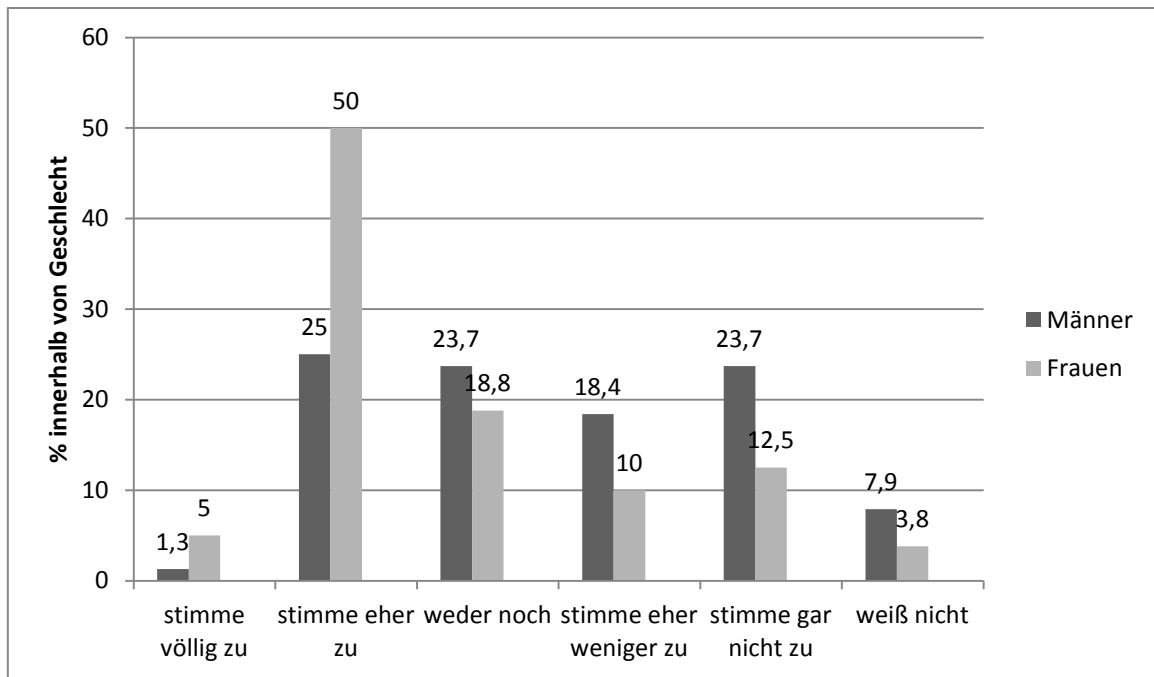


Abbildung 45: Frage 10 – schizophrene Frauen – Angst

Wie in Abbildung 45 zu erkennen ist, gab es geschlechtstypische Unterschiede im Bezug auf das Empfinden von Angst gegenüber schizophrenen Frauen. So gab die Hälfte der weiblichen Probanden mit der Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an, Angst gegenüber schizophrenen Frauen zu haben. Zur gleichen Zeit kreuzten nur halb so viele männliche Probanden diese Antwortmöglichkeit an. Auch bei der Antwort „stimme völlig zu“ waren die weiblichen Probanden mit einem höheren Prozentsatz vertreten. Die männlichen Probanden waren hingegen bei den Antwortmöglichkeiten „weder noch“ (23,7%) sowie „stimme eher weniger zu“ (18,4%) und „stimme gar nicht zu“ (23,7%) in höhere Zahl vertreten. Die geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten sind mit einem Wert von  $p = 0,013$  als signifikant zu werten.

### 4.5.3. Einstellungen gegenüber depressiven Männern

#### 4.5.3.1. Begriffs – bzw. Eigenschaftszuschreibungen

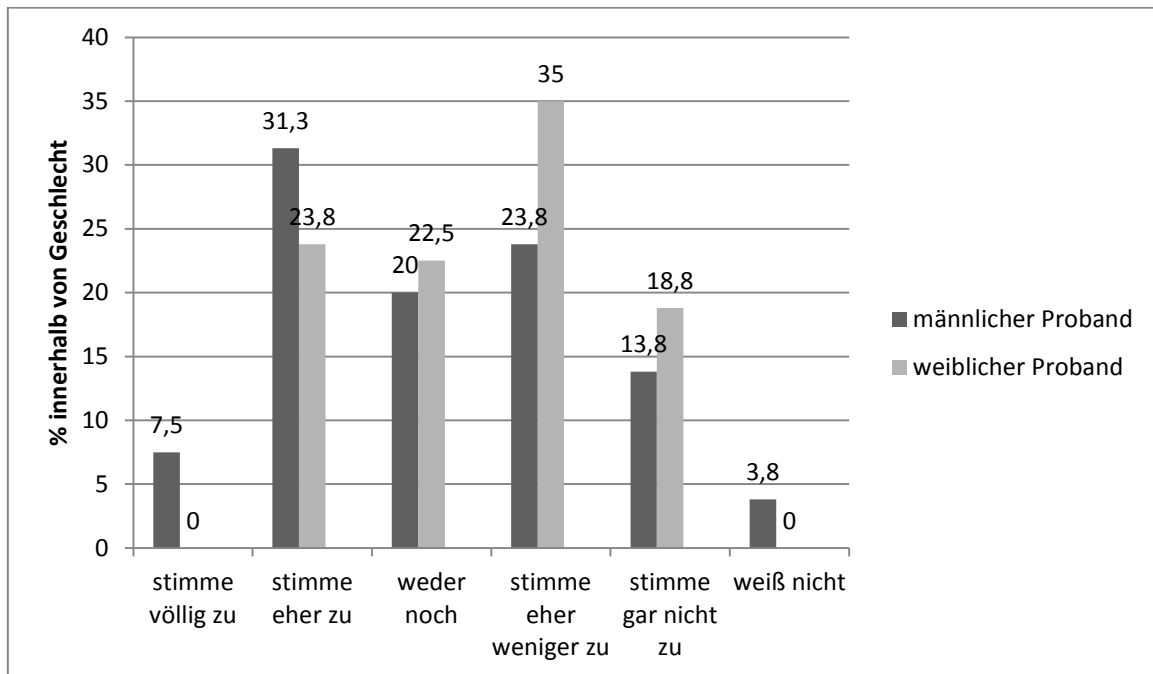


Abbildung 46: Frage 11 – depressive Männer – Gefährlich für andere

In Abbildung 46 ist zu erkennen, dass die männlichen Probanden eher dazu tendierten depressive Männer als gefährlich für andere einzustufen. So kreuzten 7,5% der männlichen Probanden und keine der weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ an. Auch bei der Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ waren die männlichen Probanden in höherer Zahl (31,3%) vertreten. Zur gleichen Zeit kreuzten mehr weibliche Probanden die Antwortmöglichkeiten „stimme eher wenige zu“ (35%) sowie „stimme gar nicht zu“ (18,8%) an. 22,5% der weiblichen und 20% der männlichen Probanden kreuzten die Antwort „weder noch“ an. Die geschlechtstypischen Unterschiede sind mit  $p = 0,031$  als signifikant zu werten.

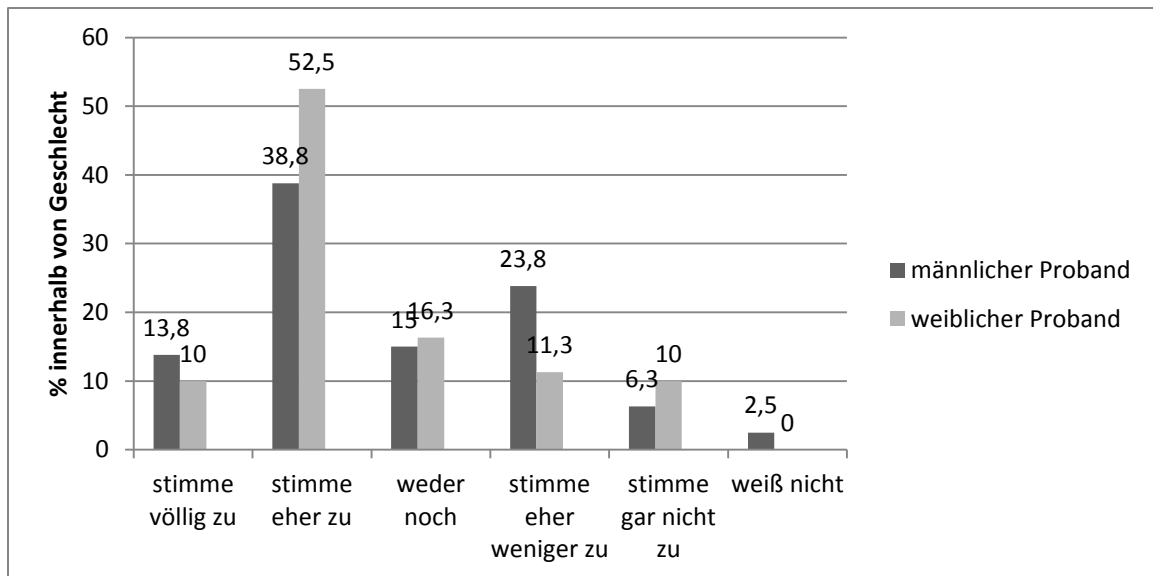


Abbildung 47: Frage 11 – depressive Männer – Unberechenbar

Wie in Abbildung 47 ersichtlich, kreuzte etwas mehr als die Hälfte der weiblichen Probanden in Bezug auf die Unberechenbarkeit depressiver Männer die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an. Bei den männlichen Probanden war diese Antwortmöglichkeit mit 38,8% vertreten. 13,8% der weiblichen und 10% der männlichen Probanden kreuzten die Antwort „stimme völlig zu“ an. 23,8% der männlichen Probanden und 11,3% der weiblichen Probanden wählten die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“. Zur gleichen Zeit kreuzten mehr weibliche Probanden (10%) die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ an. Bei den männlichen Probanden war diese Antwortmöglichkeit mit 6,3% vertreten. Es sind keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten feststellbar.

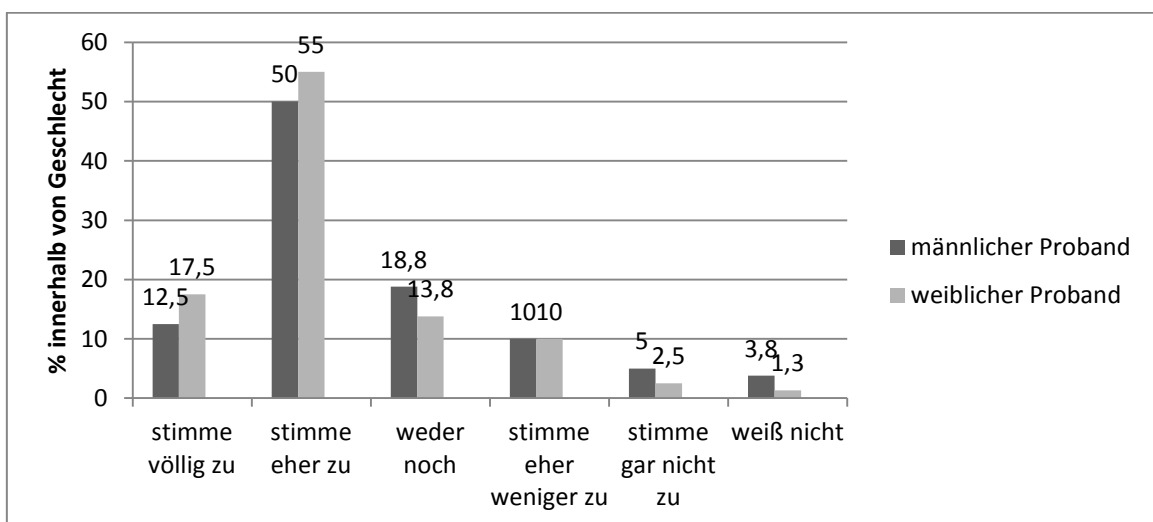


Abbildung 48: Frage 11 – depressive Männer – Schwer zu kommunizieren

Abbildung 48 zeigt, dass die meisten Proband/innen (55% weiblich und 50% männlich) mit der Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ die Angabe vertraten, dass es schwer ist mit depressiven Männern zu kommunizieren. 17,5% der weiblichen und 12,5% der männlichen Probanden wählten die Antwortmöglichkeit „stimmt völlig zu“. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“, war bei beiden Geschlechtern mit 10% vertreten. Desweiteren stimmten 5% der männlichen und 2,5% der weiblichen Probanden der Annahme, dass es schwer ist mit depressiven Männern zu kommunizieren gar nicht zu. 18,8% der männlichen und 13,3% der weiblichen Probanden entschieden sich für die Antwortmöglichkeit „weder noch“. Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellbar.

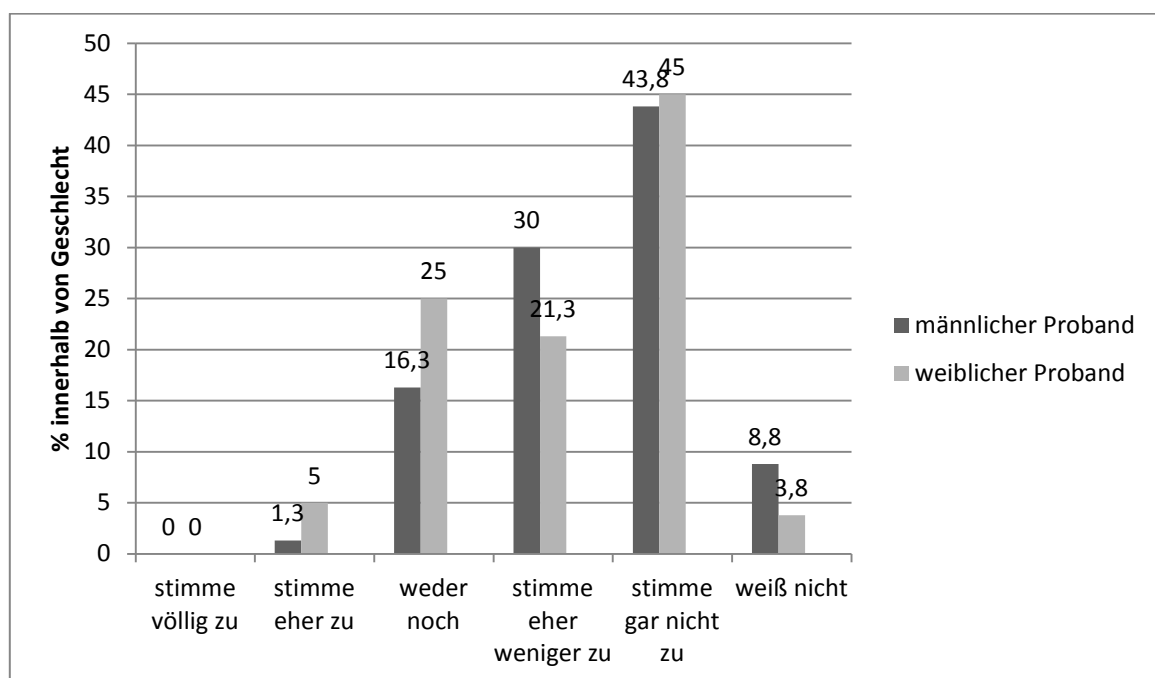


Abbildung 49: Frage 11 – depressive Männer – Selbst schuld an seiner Situation

Wie in Abbildung 49 ersichtlich stimmte keine/r der Proband/innen der Aussage, dass depressive Männer selbst schuld an ihrer Situation sind zu. 1,3% der männlichen und 5% der weiblichen Probanden stimmten dem eher zu. Die Antwortmöglichkeit „weder noch“ wurde von 16,3% der weiblichen und 25% der männlichen Probanden angekreuzt. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“, war im weiblichen Geschlecht mit 21,3% und im männlichen Geschlecht mit 30% vertreten. Die meisten Proband/innen (45% weiblich und 43,8% männlich) kreuzten die Antwort „stimme gar nicht zu“ an. 8,8% der männlichen und 3,8% der weiblichen Probanden wählten die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“. Die geschlechtstypischen Unterschiede sind als nicht signifikant zu werten.

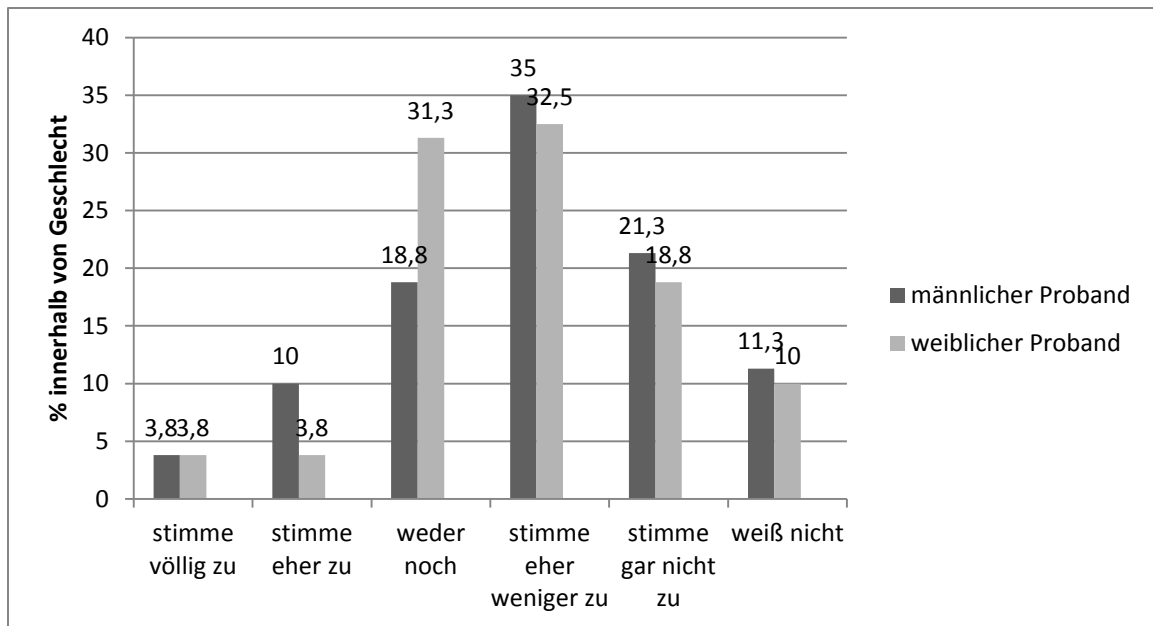


Abbildung 50: Frage 11 – depressive Männer – Geringe Genesungschancen

Dem Begriff „Geringe Genesungschancen“ im Bezug auf depressive Männer stimmten, wie in Abbildung 50 erkennbar, 35% der männlichen und 32,5% der weiblichen Probanden eher weniger zu. Die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ kreuzten 21,3% der männlichen und 18,8% der weiblichen Probanden an. Die Antwort „weder noch“ wurde von 31,3% der Frauen und 18,8% der Männer angekreuzt. 3,8% der weiblichen und männlichen Probanden kreuzten „stimme völlig zu“ an. Die geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten sind als nicht signifikant zu werten.

#### 4.5.3.2. Empfindungen gegenüber dem Betroffenen

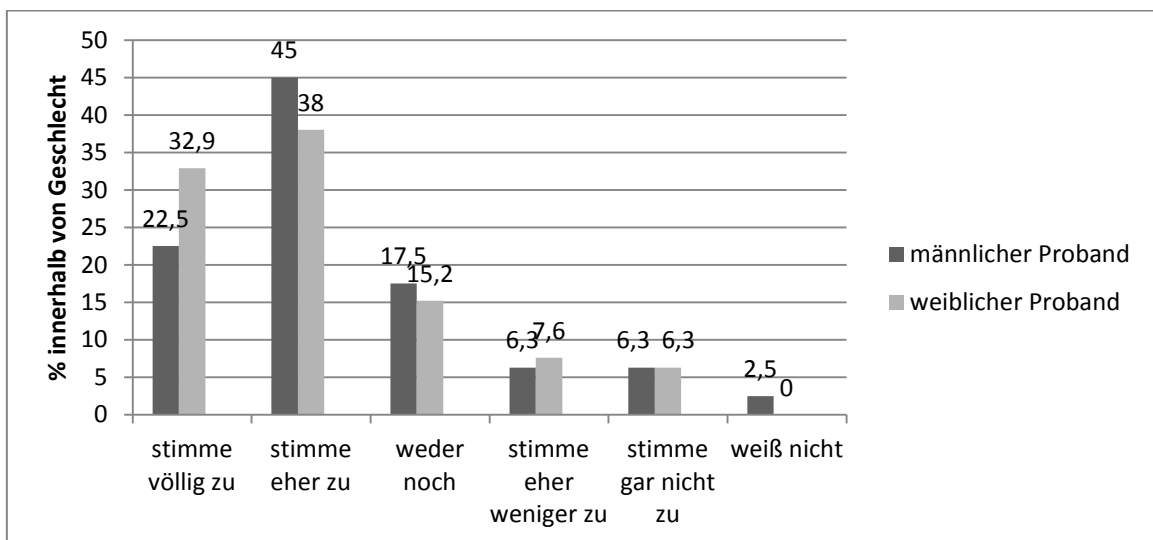


Abbildung 51: Frage 12 – depressive Männer – Mitleid

Wie in Abbildung 51 ersichtlich gaben die meisten Proband/innen an, Mitleid gegenüber depressiven Männern zu empfinden. So kreuzten 32,9% der weiblichen und 22,5% der männlichen Probanden die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ an. 45% der Männer und 38% der Frauen kreuzten „stimme eher zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „weder noch“ wurde von 17,5% der männlichen und von 15,2% der weiblichen Probanden gewählt. 6,3% der männlichen und weiblichen Probanden kreuzten „stimme gar nicht zu“ an. Die geschlechtstypischen Unterschiede sind als nicht signifikant zu werten.

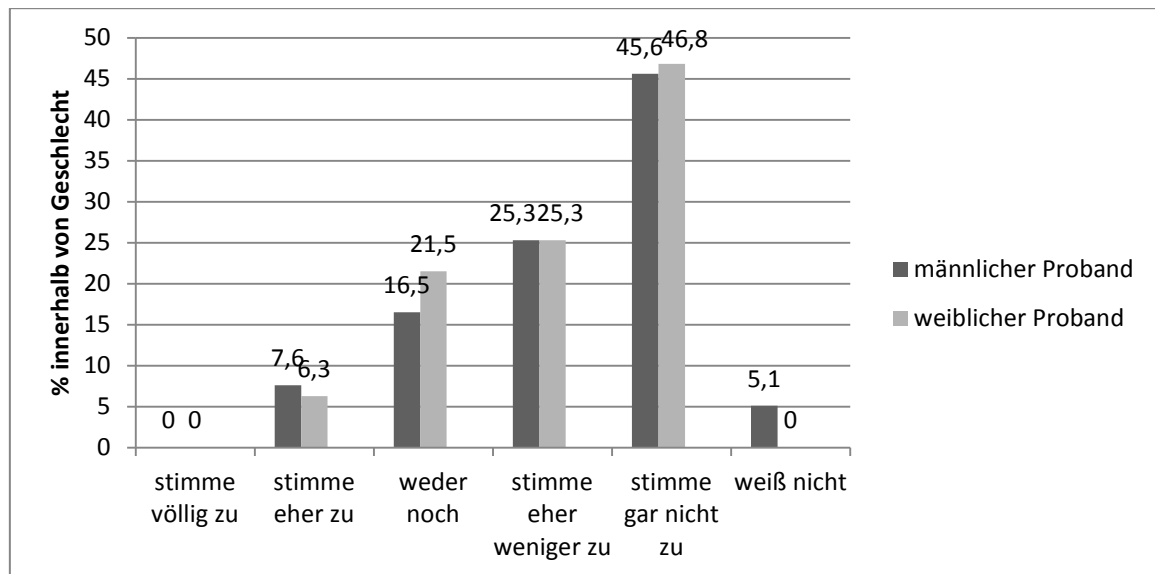


Abbildung 52: Frage 12 – depressive Männer – Ablehnung

Abbildung 52 zeigt, dass 46,8% der männlichen und 45,6% der weiblichen Probanden gar nicht zustimmten, Ablehnung gegenüber depressiven Männern zu empfinden. Am zweihäufigsten wurde die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“ angekreuzt. 21,5% der männlichen und 16,5% der weiblichen Probanden wählten die Antwort „weder noch“. Keine/r der Proband/innen wählte die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“. Dementsprechend lässt sich die Tendenz ableiten, dass die meisten Proband/innen gar nicht oder eher nicht Ablehnung gegenüber depressiven Männern empfinden. Es zeigen sich diesbezüglich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede.

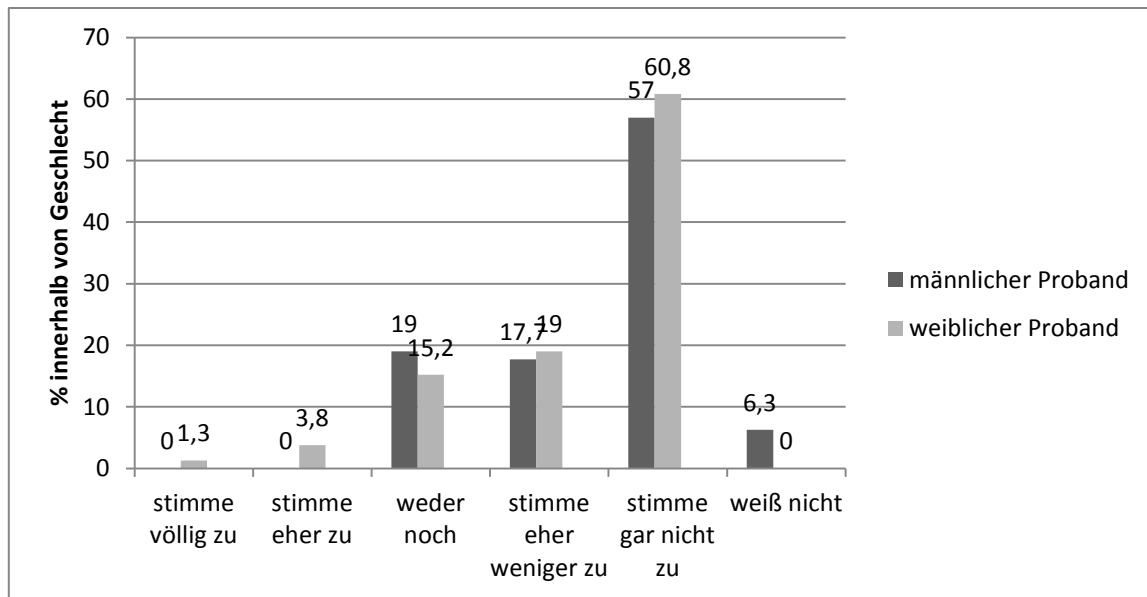


Abbildung 53: Frage 12 – depressive Männer – Wut/Aggression

Abbildung 53 zeigt, dass mehr als die Hälfte der weiblichen und männlichen Probanden dem Begriff der Wut und Aggression in Bezug auf depressive Männer gar nicht zustimmten. 19% der weiblichen und 17,7% der männlichen Probanden kreuzten „stimme eher weniger zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „weder noch“ wurde von 19% der männlichen und von 15,2% der weiblichen Probanden vertreten. Während keiner der männlichen Probanden die Antwortmöglichkeiten „stimme völlig zu“ sowie „stimme eher zu“ wählte, waren diese beiden Antwortmöglichkeiten im weiblichen Geschlecht mit 1,3% bzw. mit 3,8% vertreten. 6,3% der Männer gaben die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ an. Es ergeben sich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten.

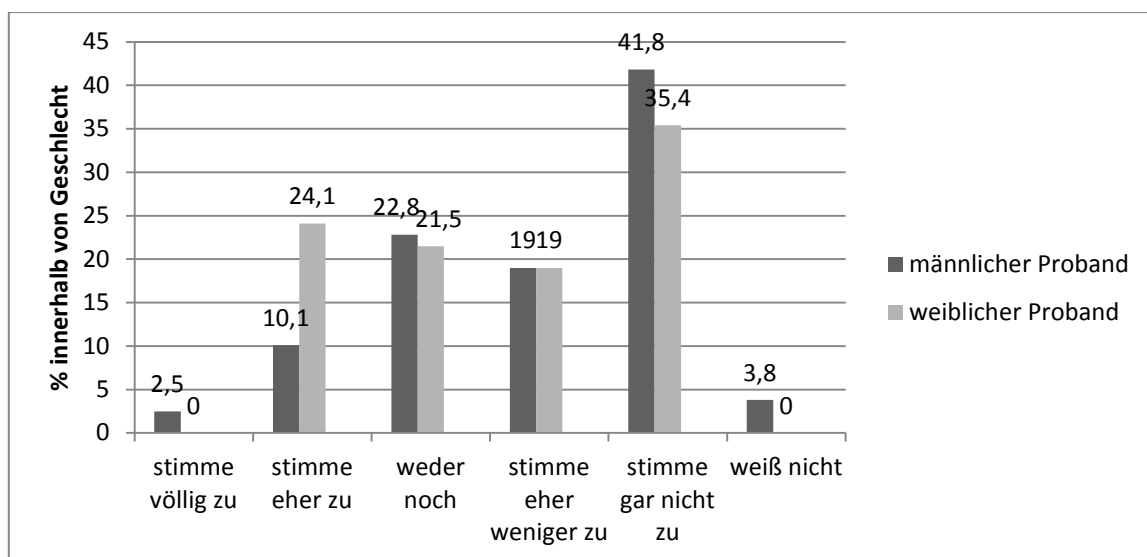


Abbildung 54: Frage 12 – depressive Männer – Angst

In Bezug auf die Empfindung von Angst gegenüber depressiven Männern kreuzte wie in Abbildung 54 zu erkennen ist, keine der weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ an. Im Gegensatz dazu wurde diese Antwortmöglichkeit von 2,5% der männlichen Probanden gewählt. Zur gleichen Zeit ist die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ bei 24,1% der weiblichen und bei 10,1% der männlichen Probanden vertreten. 22,8% der Männer und 21,5% der Frauen kreuzten die Antwort „weder noch“ an. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“ war bei beiden Geschlechtern mit 19% vertreten. Die meisten Proband/innen (41,8% männlich und 35,4% weiblich) stimmten dem Begriff der Angst in Bezug auf depressive Männer gar nicht zu. Die geschlechtstypischen Unterschiede im Bezug auf die Auswahl der Antworten sind mit  $p = 0,078$  als nicht signifikant zu werden.

#### 4.5.4. Einstellungen gegenüber schizophrenen Männern

##### 4.5.4.1. Begriffs – bzw. Eigenschaftszuschreibungen

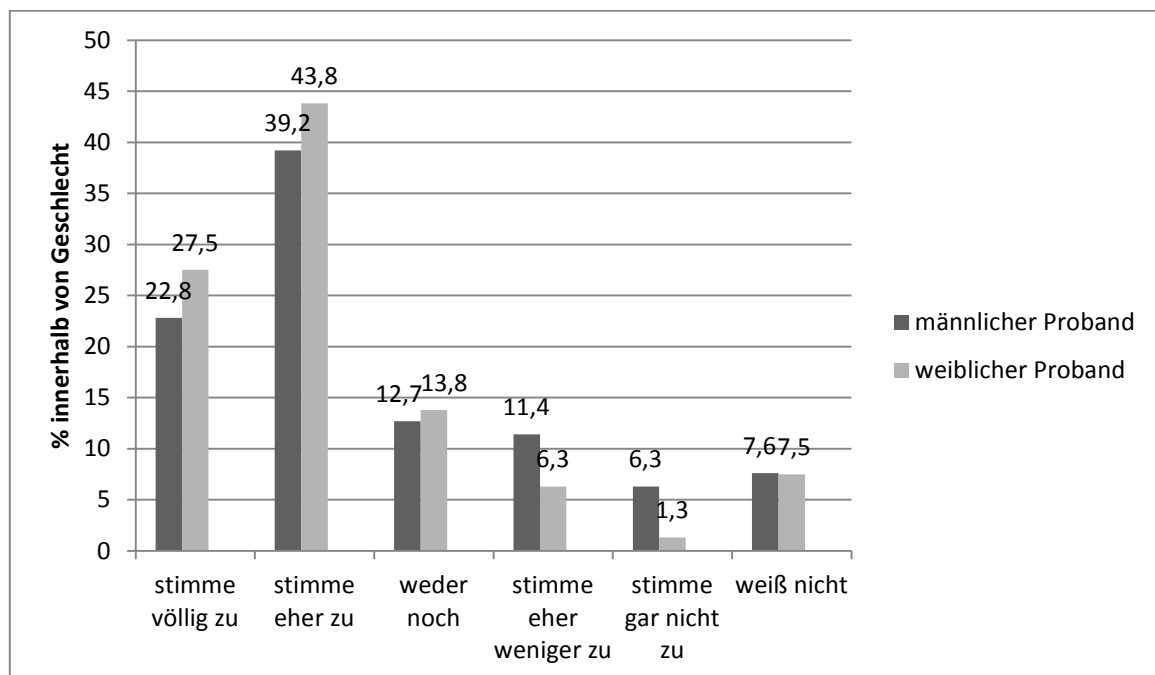


Abbildung 55: Frage 13 – schizophrene Männer – Gefährlich für andere

Wie in Abbildung 55 ersichtlich tendieren die meisten Proband/innen dazu, schizophrene Männer als gefährlich für andere einzustufen. So kreuzten 22,8% der Männer und 27,5% der Frauen die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ an. 43,8% der weiblichen und 39,2% der männlichen Probanden wählten die Antwort „stimme eher zu“. Die Antwortmöglichkeit „weder noch“ wurde von 12,7% der männlichen und von 13,8% der weiblichen Probanden vertreten. Die Antwort „stimme eher weniger zu“ wurde von 11,4% der Männer und von 6,3% der Frauen vertreten. 6,3% der männlichen Probanden und 1,3% der weiblichen Probanden stimmten dem Begriff „Gefährlich für andere“ im Bezug auf schizophrene Männer gar nicht zu. Es ergeben sich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten.

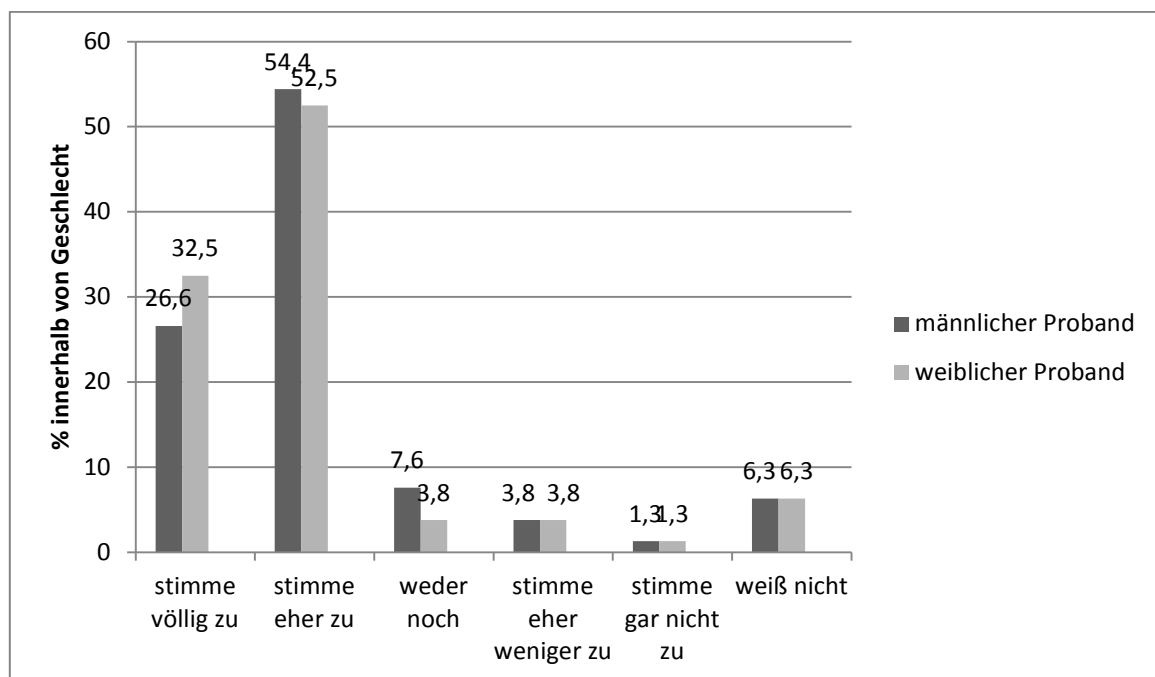


Abbildung 56: Frage 13 – schizophrene Männer – Unberechenbar

Abbildung 56 zeigt, dass mehr als die Hälfte der weiblichen und männlichen Probanden dem Begriff der Unberechenbarkeit in Bezug auf schizophrene Männer eher zustimmte. Die am zweithäufigsten gewählte Antwort im weiblichen (32,5%) sowie im männlichen Geschlecht (26,6%) war „stimme völlig zu“. Die Antwortmöglichkeiten „stimme eher weniger zu“ sowie „stimme gar nicht zu“ waren in beiden Geschlechtern zu einem niedrigen Prozentsatz vertreten. Dementsprechend ergeben sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

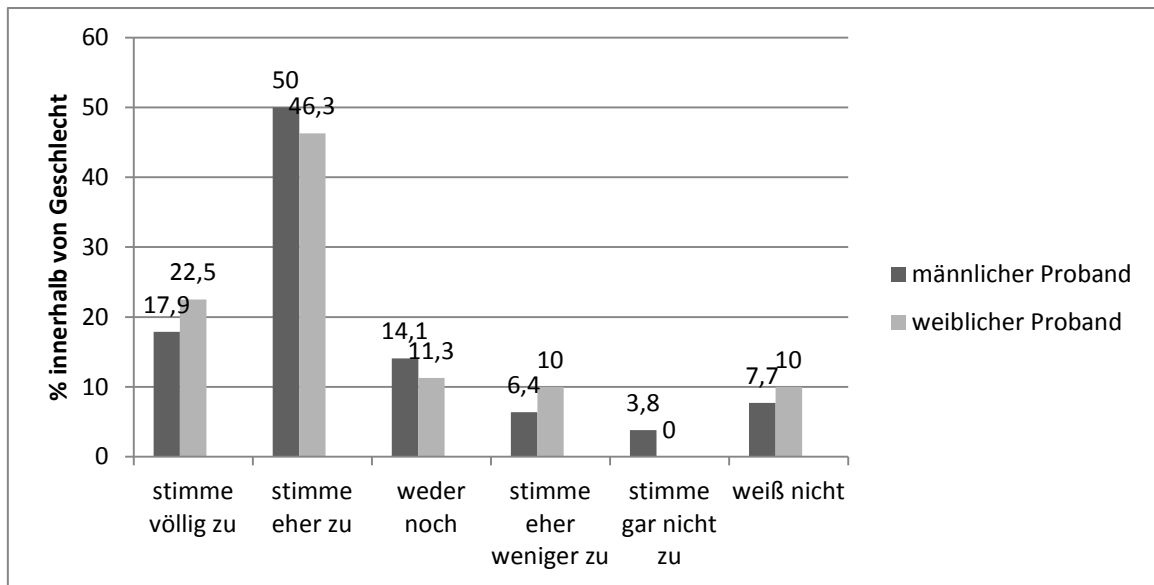


Abbildung 57: Frage 13 – schizophrene Männer – Schwer zu kommunizieren

Wie in Abbildung 57 ersichtlich stimmte die Hälfte der männlichen und 46,3% der weiblichen Probanden dem Begriff „Es ist schwer mit der betroffenen Person zu kommunizieren“ in Bezug auf schizophrene Männer eher zu. Die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ wurde von 22,5% der weiblichen und von 17,9% der männlichen Probanden vertreten. 14,1% der Männer und 11,3% der Frauen wählten die Antwort „weder noch“. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“ wurde von 10% der weiblichen und von 6,4% der männlichen Probanden angekreuzt. Keine der weiblichen Probanden kreuzte die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ an, während im männlichen Geschlecht diese Antwortmöglichkeit mit 3,8% vertreten ist. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Probanden.

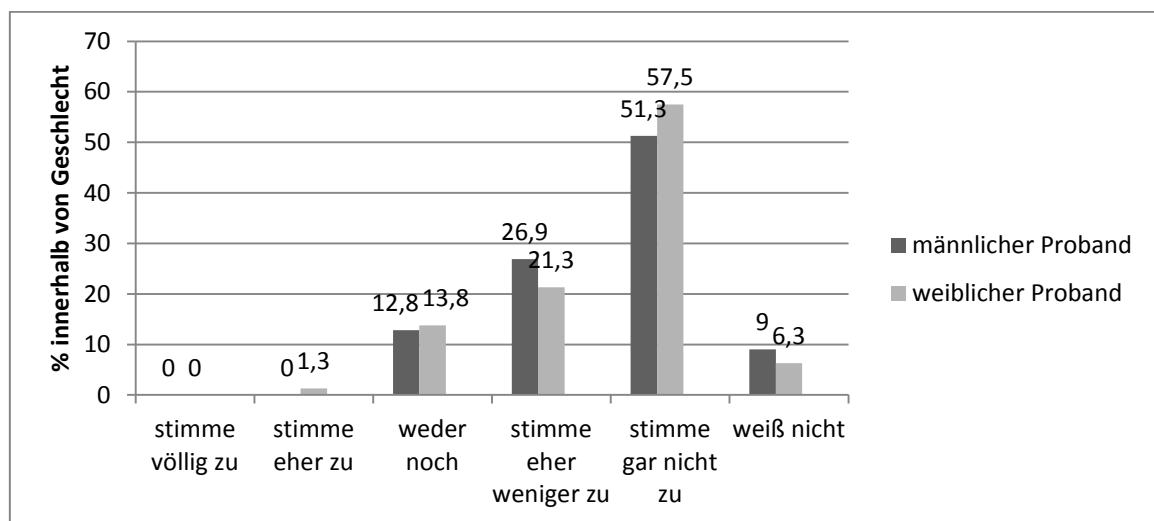


Abbildung 58: Frage 13 – schizophrene Männer – Selbst schuld an seiner Situation

Abbildung 58 zeigt, dass die Mehrzahl der männlichen und weiblichen Probanden dazu tendierte, schizophrene Männer als nicht selbst schuld an ihrer Situation zu sehen. Wie in der Abbildung zu erkennen ist, kreuzte keine/r der männlichen und weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ an und nur ein weiblicher Proband kreuzte die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an. Im Gegensatz dazu kreuzten 57,5% der weiblichen Probanden und 51,3% der männlichen Probanden die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ an. Die Antwortmöglichkeit „weder noch“ wählten 12,8% der Männer und 13,8% der Frauen. Es ist keine geschlechtstypische Signifikanz zwischen den Geschlechtern feststellbar.

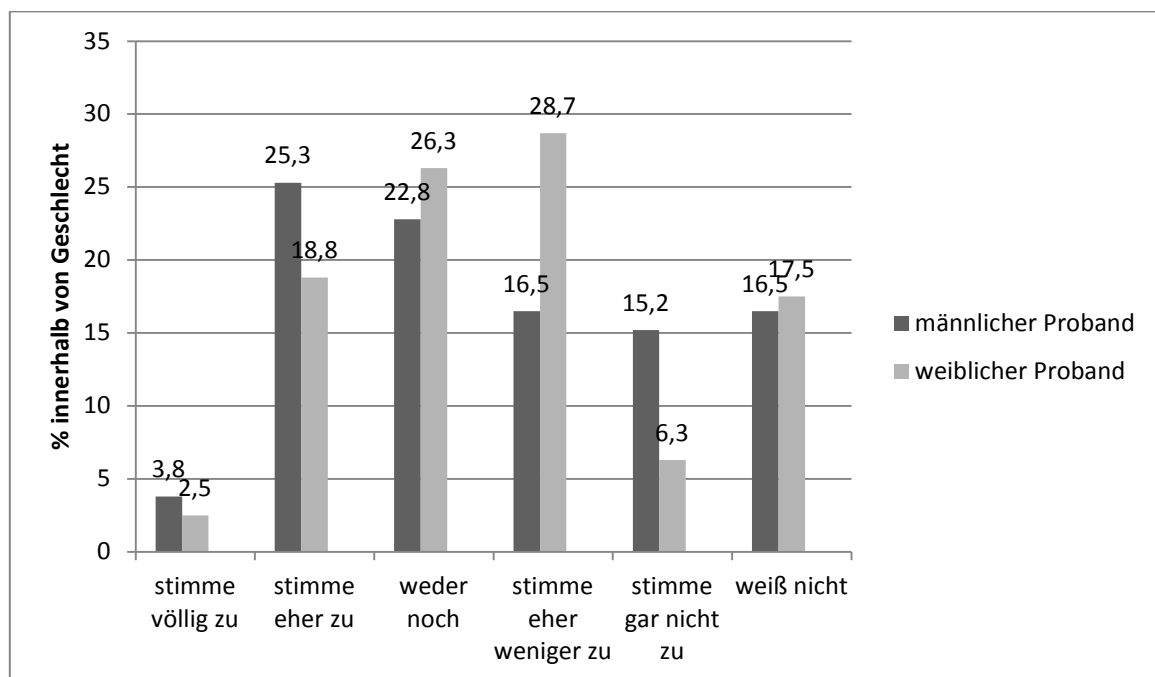


Abbildung 59: Frage 13 – schizophrene Männer – Geringe Genesungschancen

Dem Begriff „Geringe Genesungschancen“ in Bezug auf schizophrene Männer stimmten, wie in Abbildung 59 ersichtlich, 25,3% der männlichen und 18,8% der weiblichen Probanden eher zu. Die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ war mit 3,8% im männlichen und mit 2,5% im weiblichen Geschlecht vertreten. Die Antwort „weder noch“ wurde von 26,3% der weiblichen Probanden und von 22,8% der männlichen Probanden angekreuzt. „Stimme eher weniger zu“ kreuzten 28,7% der Frauen und 16,5% der Männer an. Die Antwortmöglichkeit „stimme gar nicht zu“ war mit 15,2% im männlichen und mit 6,3% im weiblichen Geschlecht vertreten. „Weiß nicht“ kreuzten 17,5% der Frauen und 16,5% der Männer an. Es ergeben sich dementsprechend keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Auswahl der Antworten.

#### 4.5.4.2. Empfindungen gegenüber dem Betroffenen

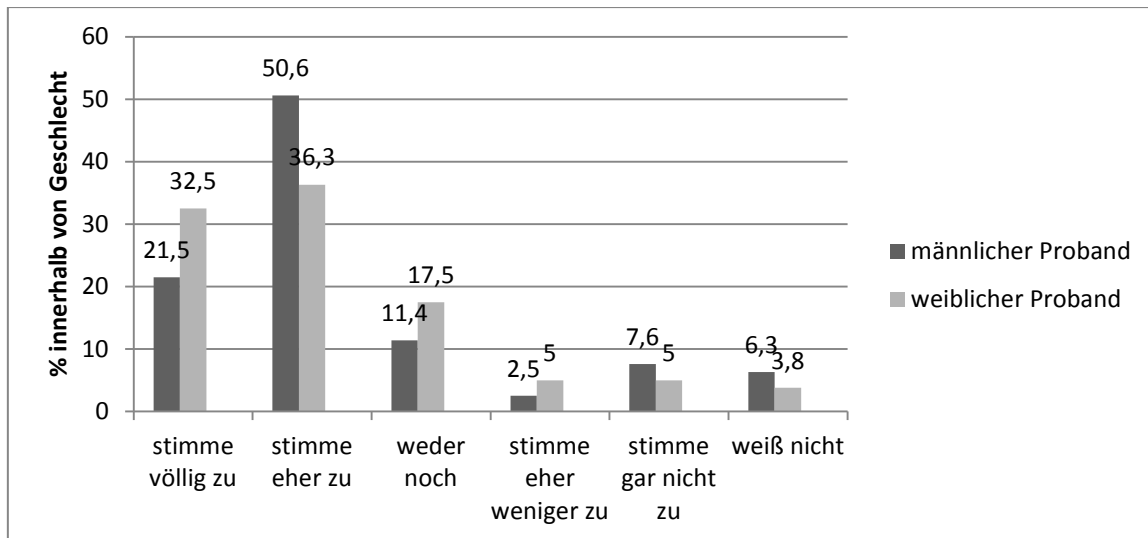


Abbildung 60: Frage 14 – schizophrene Männer – Mitleid

Die Hälfte der männlichen Probanden und 36,3% der weiblichen Probanden stimmte, wie Abbildung 60 zeigt, eher zu Mitleid gegenüber schizophrenen Männern zu empfinden. Die Antwortmöglichkeit „stimme völlig zu“ wurde von 32,5% der Frauen und von 21,5% der Männer vertreten. „Weder noch“ kreuzten 17,5% der weiblichen und 11,4% der männlichen Probanden an. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“ wählten 5% der Frauen und 2,5% der Männer. „Stimme gar nicht zu“ kreuzten 7,6% der männlichen und 5% der weiblichen Probanden an. In Bezug auf das Empfinden von Mitleid gegenüber schizophrenen Männern ergeben sich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede.

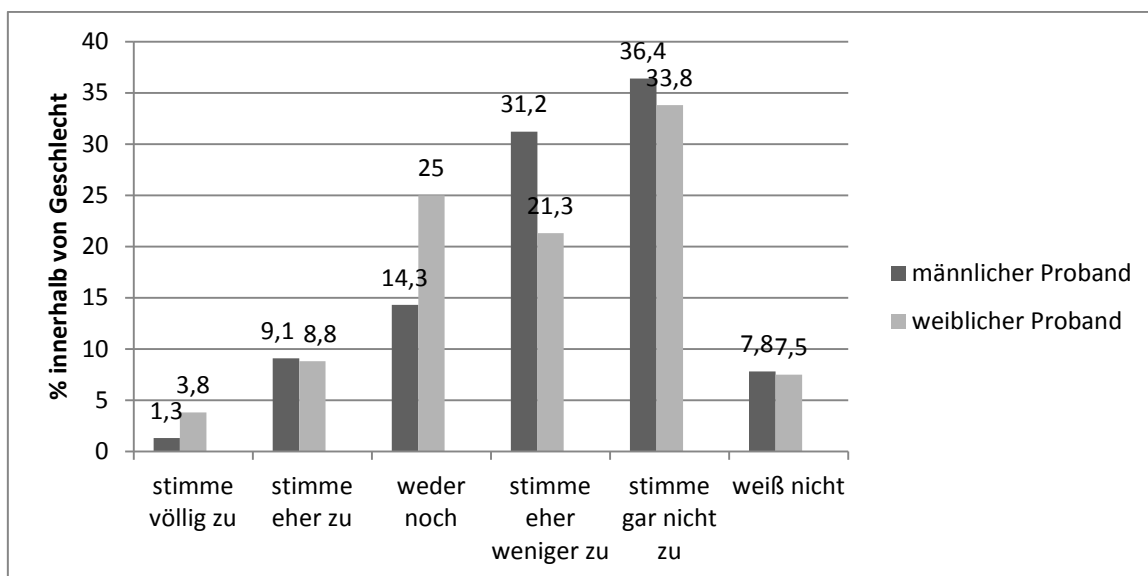


Abbildung 61: Frage 14 – schizophrene Männer – Ablehnung

Abbildung 61 zeigt, dass die meisten weiblichen und männlichen Probanden dem Begriff der Ablehnung in Bezug auf schizophrene Männer gar nicht zustimmten. So kreuzten 36,4% der männlichen und 33,8% der weiblichen Probanden diese Antwortmöglichkeit an. 31,2% der männlichen und 21,3% der weiblichen Probanden wählten die Antwort „stimme eher weniger zu“. „Weder noch“ kreuzten 25% der Männer und 14,3% der Frauen an. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ war mit 9,1% im weiblichen und mit 8,8% im männlichen Geschlecht vertreten. 3,8% der Frauen und 1,3% der Männer kreuzten „stimme völlig zu“ an. Es ergeben sich bei der Empfindung von Ablehnung gegenüber schizophrenen Männern keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

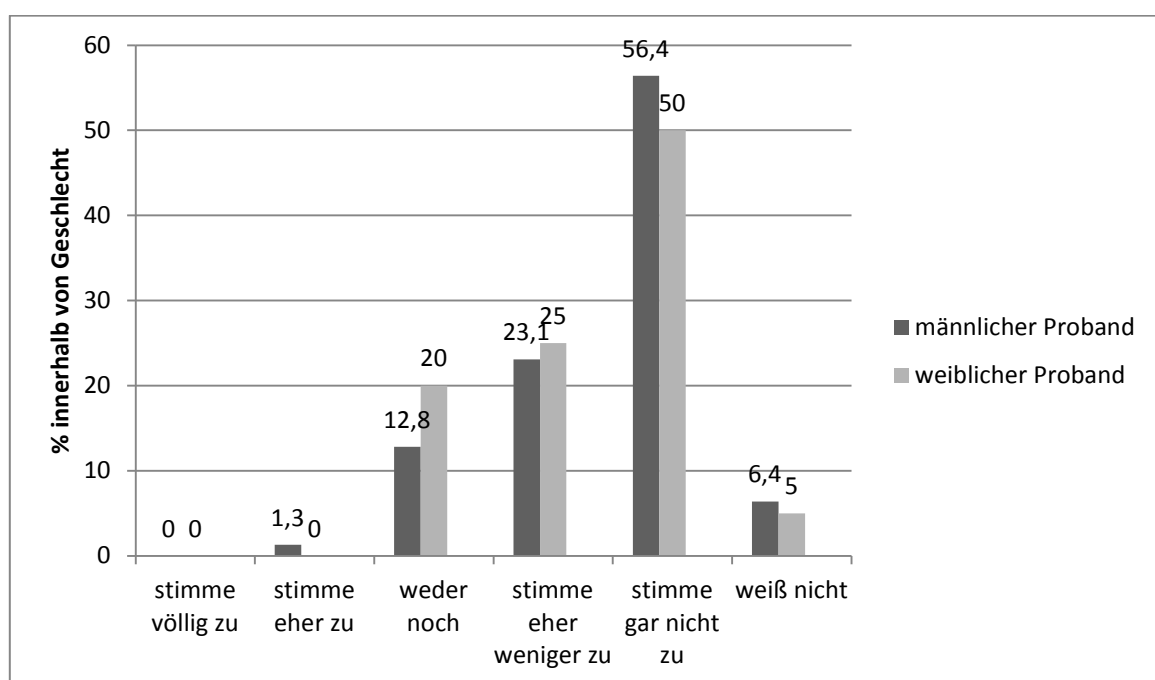


Abbildung 62: Frage 14 – schizophrene Männer – Wut/Aggression

Die Hälfte der weiblichen und 56,4% der männlichen Probanden stimmte, wie in Abbildung 62 ersichtlich, dem Begriff „Wut/Aggression“ in Bezug auf schizophrene Männer gar nicht zu. An zweiter Stelle fand sich bei beiden Geschlechtern die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“. „Weder noch“ kreuzten 20% der Frauen und 12,8% der Männer an. Während ein männlicher Proband die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ ankreuzte, kreuzte keine der weiblichen Probanden diese Antwort an. Keiner der Männer und keine der Frauen kreuzten „stimme völlig zu“ an. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

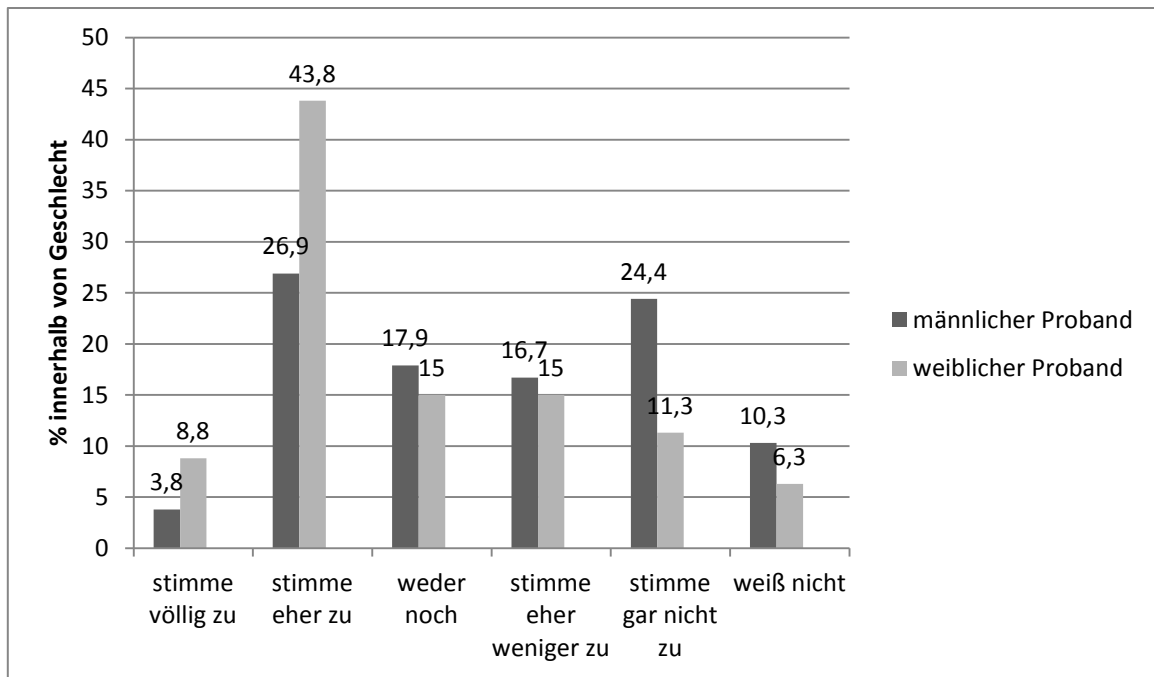


Abbildung 63: Frage 14 – schizophrene Männer – Angst

Abbildung 63 zeigt, dass mehr Frauen die Antwortmöglichkeiten „stimme völlig zu“ (8,8%) sowie „stimme eher zu“ (43,8%) im Bezug auf das Empfinden von Angst gegenüber schizophrenen Männern angekreuzt haben. Zur gleichen Zeit wurden diese beiden Antwortmöglichkeiten von 3,8% bzw. von 26,9% der Männer angekreuzt. Im Gegensatz dazu wurden die Antwortmöglichkeiten „stimme eher weniger zu“ bzw. „stimme gar nicht zu“ zu einem größeren Anteil von den männlichen Probanden angekreuzt. „Weder noch“ wählten 17,9% der Männer und 15% der Frauen. Die Antwort „weiß nicht“ kreuzten ebenfalls etwas mehr Männer (10,3%) an. Auch wenn sich die Tendenz erahnen lässt, dass Frauen eine höhere Angstbereitschaft schizophrenen Männern ausweisen, zeigt sich mit  $p = 0,090$  kein signifikanter Unterschied.

#### **4.6. Distanzverhalten**

Im Rahmen dieser Studie sollte erfasst werden ob sich Männer und Frauen im Bezug auf das Distanzverhalten gegenüber depressiven bzw. schizophrenen Menschen unterscheiden. Dementsprechend wurde die Frage 15 „Bei welchen Personen würdest du auf Grund ihrer Depression auf Distanz gehen?“ sowie die Frage 16 „Bei welchen Personen würdest du auf Grund ihrer Schizophrenie auf Distanz gehen?“ formuliert. Als Personen wurden folgende genannt:

- (1) Nachbar/in
- (2) Arbeitskolleg/in
- (3) Kinderbetreuer/in
- (4) Mitbewohner/in (kein/e Familienangehörige/r)
- (5) Familienangehörige/r
- (6) Partner/in

Anhand einer 5 Point – Likert Skala (1 = Auf jeden Fall,...,5 = Auf keinen Fall) sollte der Wunsch nach Distanz erfasst werden.

Das Ergebnis dieser Studie zeigt, dass sich männliche und weibliche Probanden weder in Bezug auf depressive Menschen noch in Bezug auf schizophrene Menschen in ihrem Distanzverhalten unterscheiden. Es konnte bei keinem Punkt ((1) Nachbar/in, (3) Kinderbetreuer/in, (6) Partner/in etc.) ein signifikanter geschlechtstypischer Unterschied in Bezug auf den Wunsch nach Distanz zu diesen Personen ermittelt werden. Auf Grund dessen dass sich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede ergeben haben, veranschaulichen die Tabellen unter Punkt 4.6.1. sowie unter Punkt 4.6.2. die Antworten der weiblichen und männlichen Probanden in Prozent der Gesamtzahl.

#### 4.6.1. Distanzverhalten gegenüber depressiven Menschen

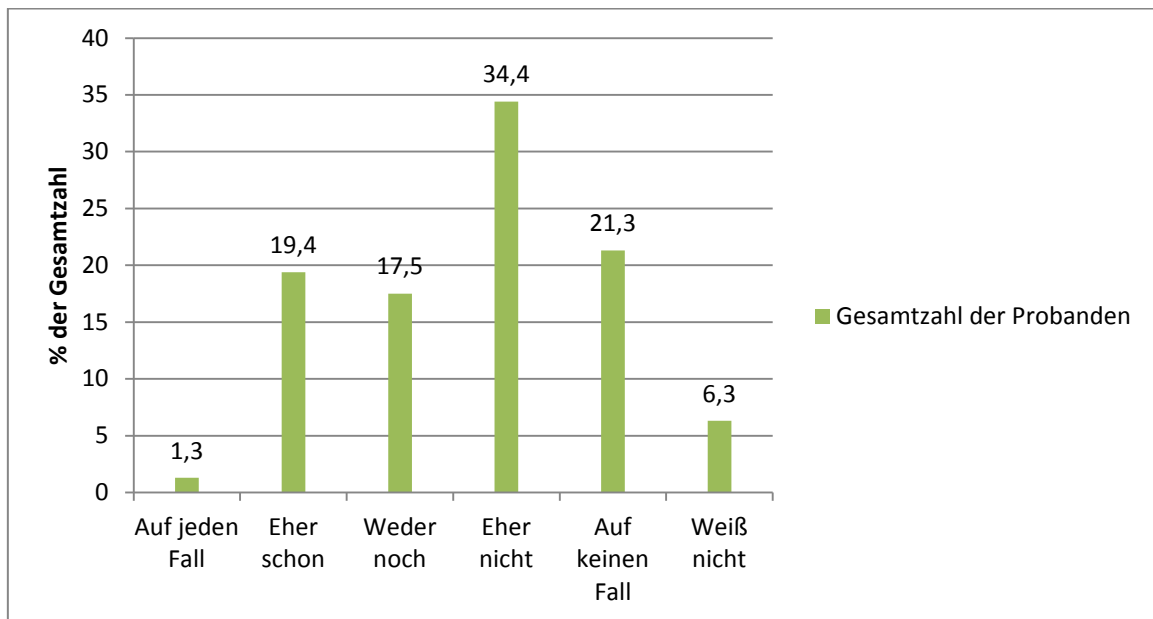


Abbildung 64: Frage 15 – Depression – Distanz – Nachbar/in

Abbildung 64 zeigt, dass die meisten Proband/innen (34,4%) eher nicht zu ihrem Nachbarn bzw. ihrer Nachbarin auf Grund deren depressiver Erkrankung auf Distanz gehen würden. 21,3% kreuzten die Antwortmöglichkeit „auf keinen Fall“ an. Die Antwortmöglichkeit „auf jeden Fall“ war mit 1,3% und die Antwortmöglichkeit „eher schon“ mit 19,4% vertreten. 17,5% der Proband/innen kreuzten „weder noch“ an.

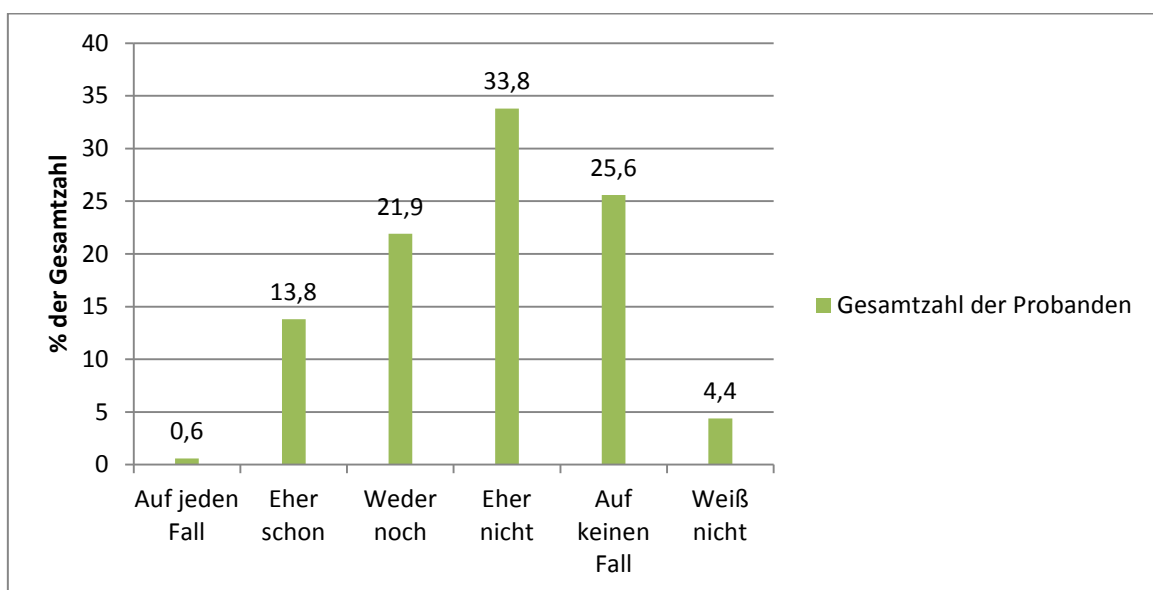


Abbildung 65: Frage 15 – Depression – Distanz – Arbeitskolleg/in

Abbildung 65 zeigt, dass die Mehrzahl der Proband/innen angab, dass sie eher nicht (33,8%) auf Distanz zu ihrem/ihrer Arbeitskolleg/in gehen würden, wenn diese/r von einer Depression betroffen wäre. Am zweithäufigsten wurde die Antwortmöglichkeit „auf keinen Fall“ angekreuzt. Die Antwortmöglichkeiten „auf jeden Fall“ und „eher schon“ waren mit 0,6% bzw. mit 18,8% vertreten. 21,9% der Proband/innen kreuzten „weder noch“ an.

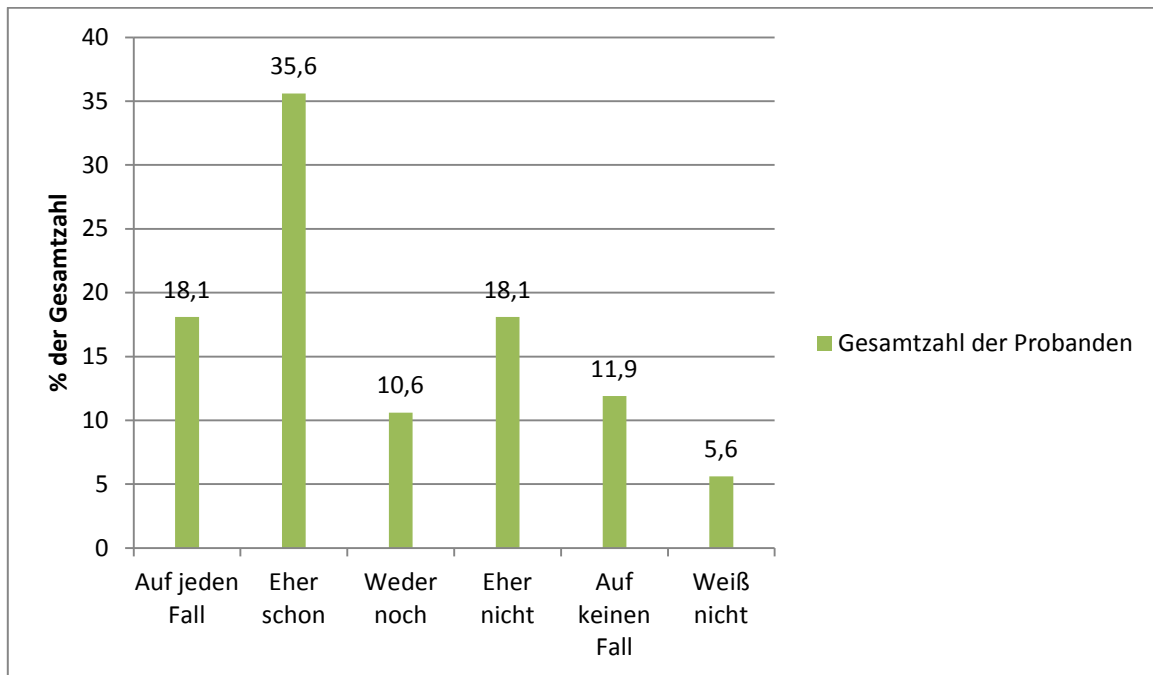


Abbildung 66: Frage 15 – Depression – Distanz – Kinderbetreuer/in

Wie in Abbildung 66 ersichtlich, gaben die meisten Proband/innen (35,6%) an, dass sie im Falle einer depressiven Erkrankung des Kinderbetreuers bzw. der Kinderbetreuerin, zu dieser Person eher schon auf Distanz gehen würden. Die Antwortmöglichkeiten „auf jeden Fall“ sowie „eher nicht“ waren mit 18,1% vertreten. „Weder noch“ wurde von 10,6% der Proband/innen angekreuzt. „Auf keinen Fall“ kreuzten 11,9% der Proband/innen an.

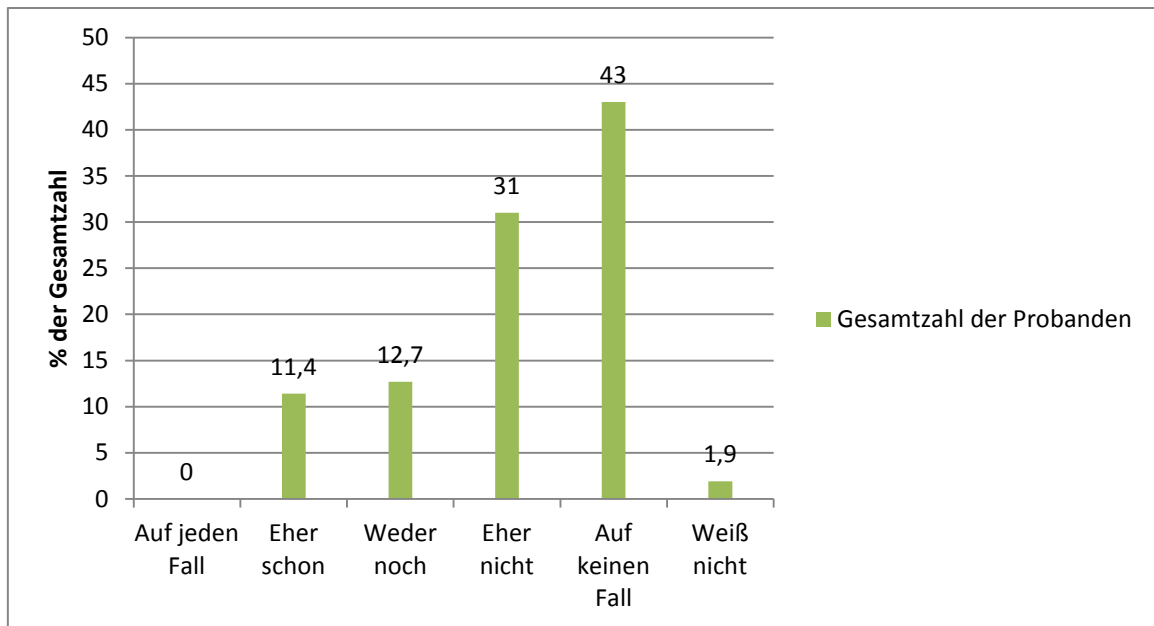


Abbildung 67: Frage 15 – Depression – Distanz – Mitbewohner/in

Die Mehrzahl der Proband/innen gab - wie in Abbildung 67 ersichtlich - an, dass sie auf keinen Fall (43%) bzw. eher nicht (31%) auf Distanz zu ihrem/ihrer Mitbewohner/in gehen würde, wenn diese/r von einer Depression betroffen wäre. Die Antwortmöglichkeit „auf jeden Fall“ wurde von keinem/keiner der Proband/innen angekreuzt. „Eher schon“ und „weder noch“ kreuzten 11,4% bzw. 12,7% der Proband/innen an.

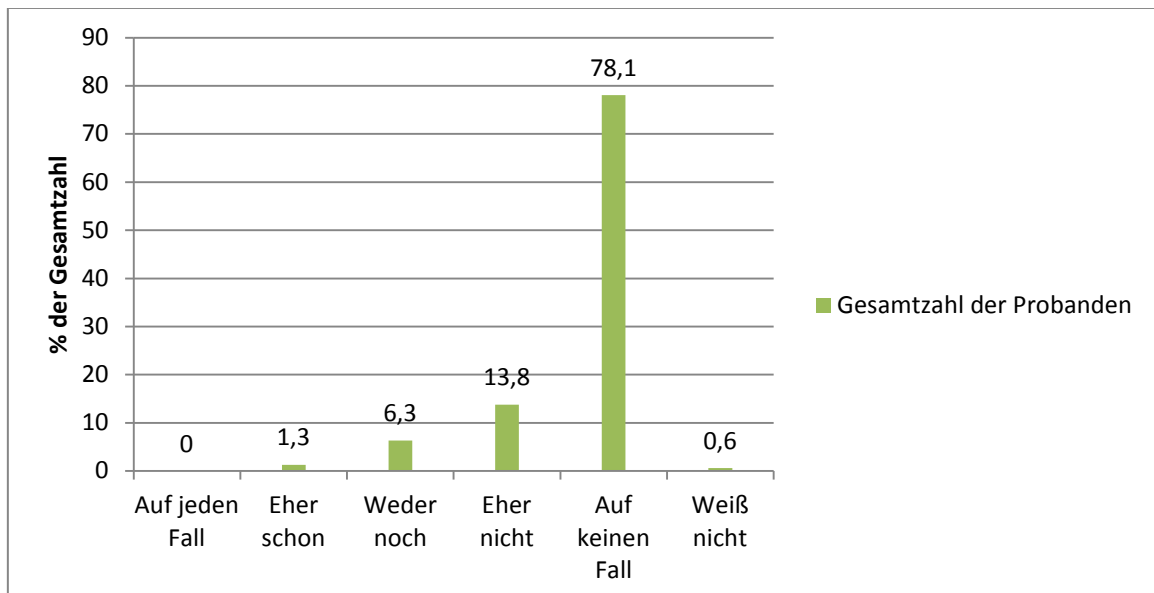


Abbildung 68: Frage 15 – Depression – Distanz – Familienangehörige/r

Abbildung 68 zeigt, dass 78,1% der Proband/innen angaben, dass sie auf keinen Fall auf Distanz zu einem Familienangehörigen gehen würden, wenn diese/r an einer Depression leiden würde. 13,8% kreuzten die Antwort „eher nicht“ an und 6,3% kreuzten „weder noch“ an. „Auf jeden Fall“ kreuzte keine/r der Proband/innen an und lediglich 1,3% kreuzten „eher schon“ an.

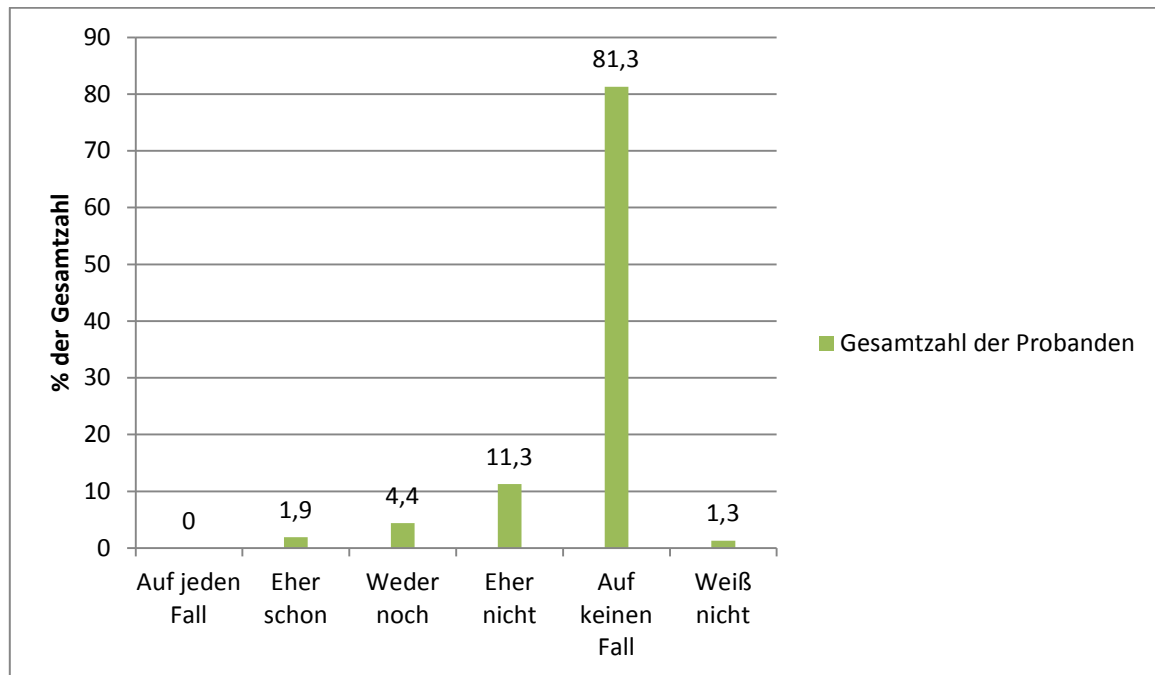


Abbildung 69: Frage 15 – Depression – Distanz – Partner/in

Wie in Abbildung 69 ersichtlich, gab die Mehrzahl der Proband/innen (81,3%) an, dass sie auf keinen Fall auf Distanz zu ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin gehen würde, wenn diese/r an einer Depression leiden würde. An zweiter Stelle folgt die Antwortmöglichkeit „eher nicht“ mit 11,3%. „Weder noch“ kreuzten 4,4% der Proband/innen an. Die Antwortmöglichkeit „auf jeden Fall“ wurde von keinem/keiner der Proband/innen angekreuzt und die Antwort „eher schon“ ist mit 1,9% vertreten.

#### 4.6.2. Distanzverhalten gegenüber schizophrenen Menschen

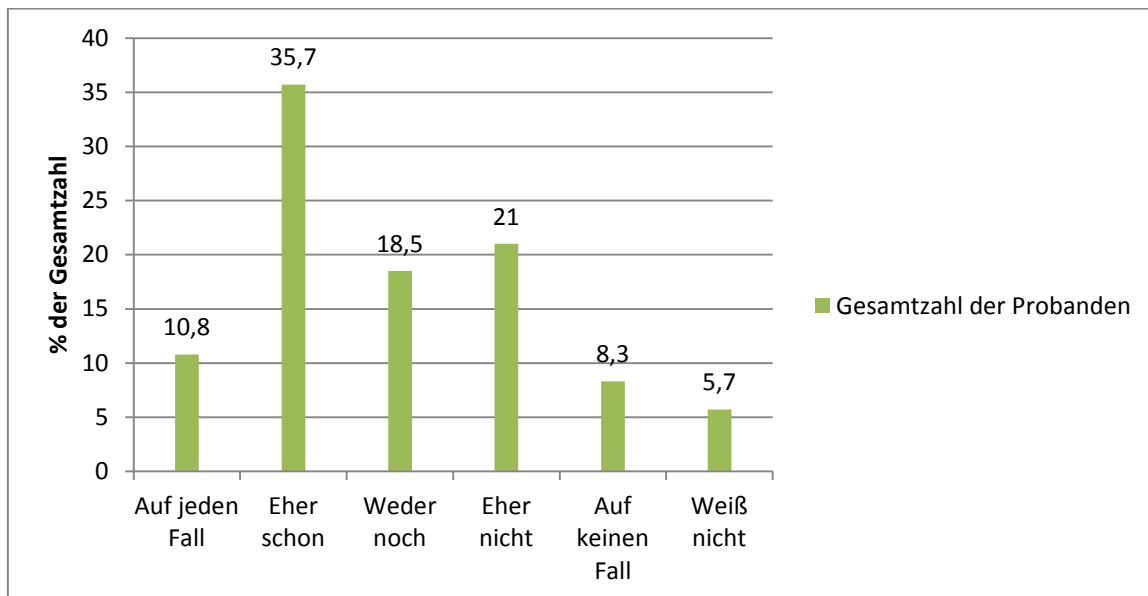


Abbildung 70: Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Nachbar/in

Wie in Abbildung 70 zu erkennen ist würden die meisten Proband/innen (35,7%) eher schon auf Distanz zu ihrem/ihrer Nachbar/in gehen, wenn diese/r an einer Schizophrenie leiden würde. Die am zweithäufigsten gewählte Antwort war mit 21% „eher nicht“. „Weder noch“ kreuzten 18,5% der Proband/innen an. Die Antwortmöglichkeit „auf jeden Fall“ war mit 10,8% vertreten. Auf keinen Fall auf Distanz gehen würden 8,3% der Proband/innen. „Weiß nicht“ kreuzten 5,7% der Proband/innen an.

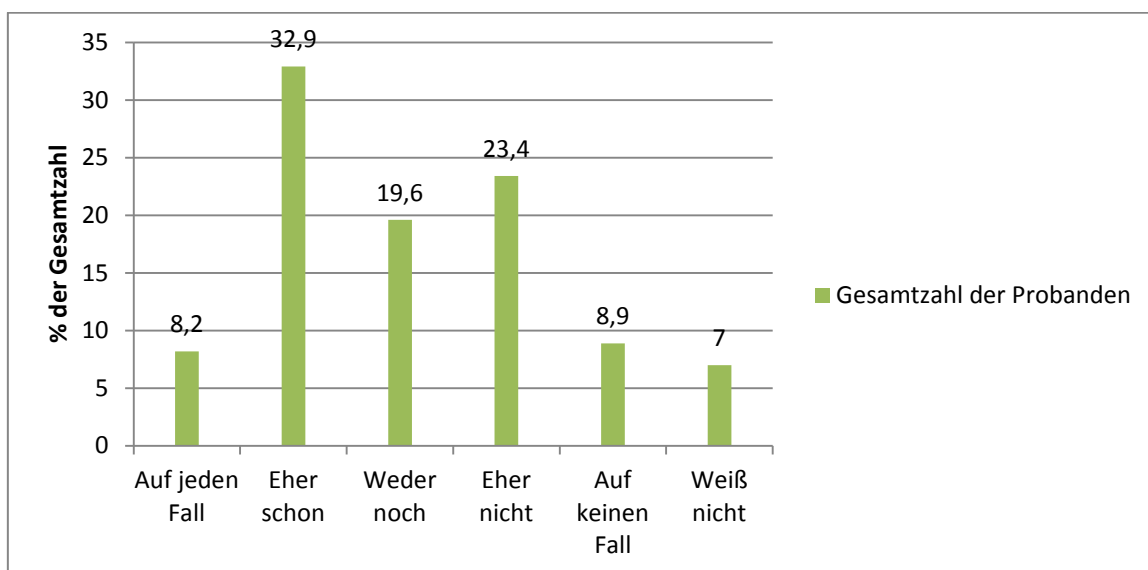


Abbildung 71: Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Arbeitskolleg/in

Auf die Frage ob sie zu ihrem/ihrer Arbeitskolleg/in auf Distanz gehen würden, wenn diese/r an einer Schizophrenie leiden würde, kreuzten wie in Abbildung 71 ersichtlich, 32,9% der Proband/innen „eher schon“ an. An zweiter Stelle war mit 23,4% die Antwortmöglichkeit „eher nicht“ vertreten. 19,6% der Proband/innen kreuzten „weder noch“ an. Desweiteren würden 8,9% der Proband/innen auf keinen Fall auf Distanz gehen und 8,2% der Proband/innen auf jeden Fall auf Distanz gehen. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ ist mit 7% vertreten.

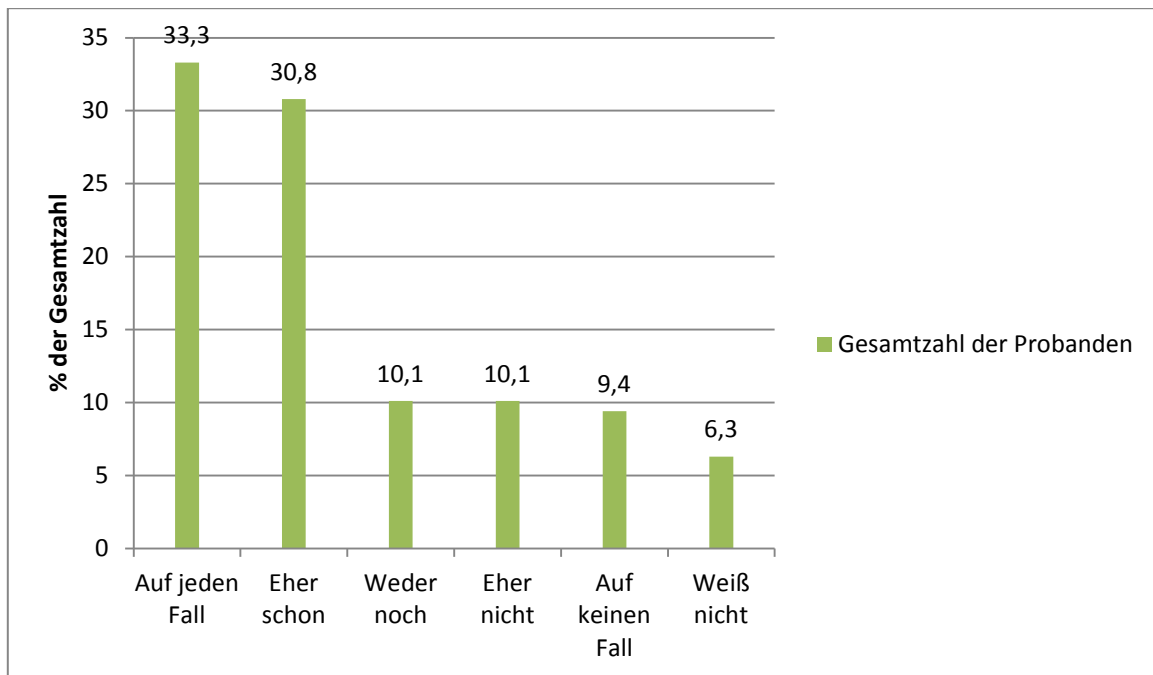


Abbildung 72: Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Kinderbetreuer/in

Abbildung 72 zeigt, dass die Mehrzahl der Proband/innen angab, dass sie zu ihrem/ihrer Kinderbetreuer/in auf Distanz gehen würde, wenn dieser/r an einer Schizophrenie erkrankt wäre. Dementsprechend waren die Antwortmöglichkeiten „auf jeden Fall“ mit 33,3% sowie „eher schon“ mit 30,8% vertreten. „Weder noch“ und „eher nicht“ kreuzten jeweils 10,1% der Proband/innen an. Die Antwortmöglichkeit „auf keinen Fall“ wählten 9,4% der Proband/innen. „Weiß nicht“ wurde von 6,3% der Proband/innen angekreuzt.

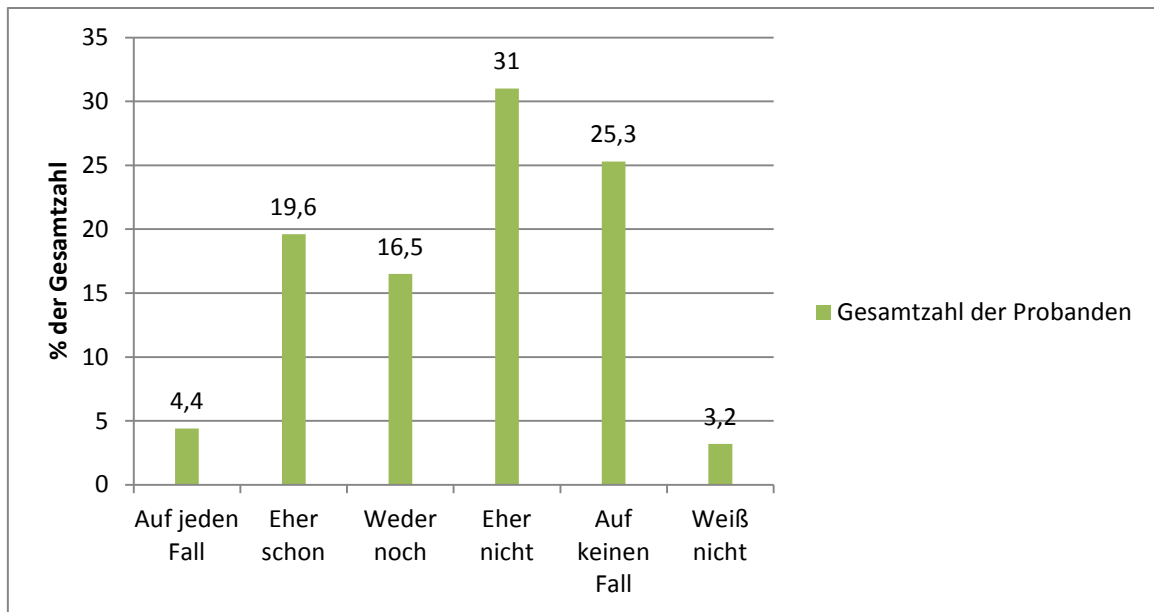


Abbildung 73: Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Mitbewohner/in

Wie in Abbildung 73 zu erkennen ist, würden die meisten Proband/innen (31%) eher nicht zu ihrem/ihrer Mitbewohner/in auf Distanz gehen, wenn diese/r an einer Schizophrenie leiden würde. Am zweithäufigsten wurde die Antwortmöglichkeit „auf keinen Fall“ (25,3%) angekreuzt. 4,4% der Proband/innen würden auf jeden Fall und 19,6% der Proband/innen würden eher schon auf Distanz gehen. Die Antwortmöglichkeit „weder noch“ ist mit 16,5% vertreten.

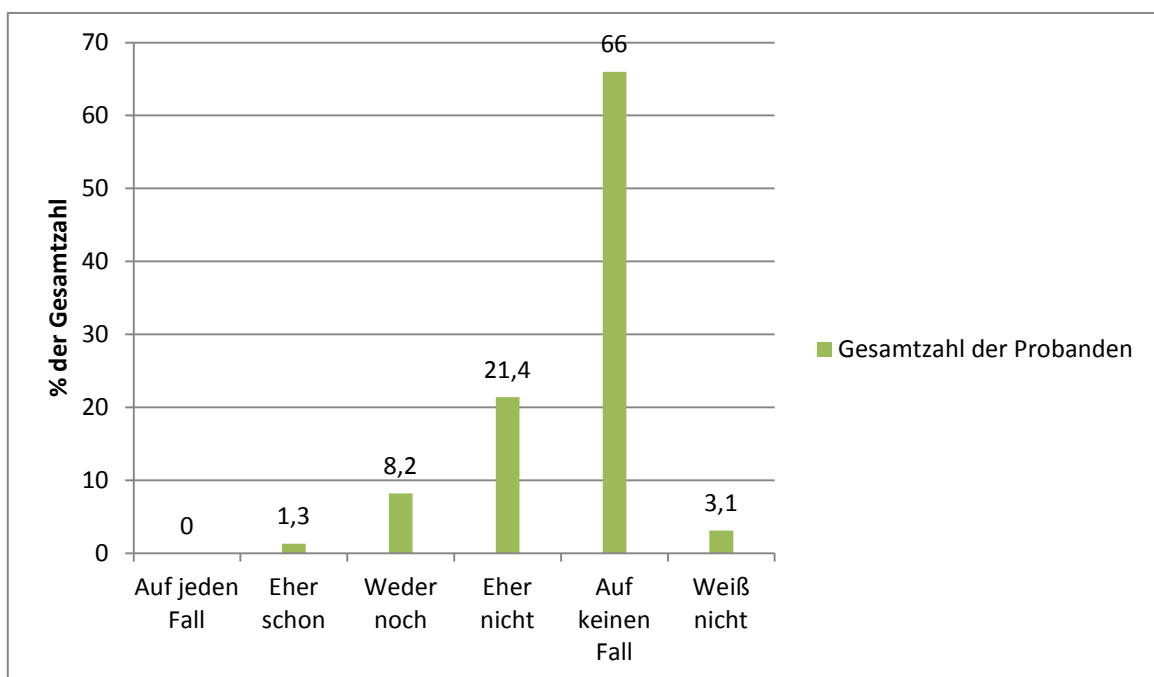


Abbildung 74: Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Familienangehörige/r

Abbildung 74 zeigt, dass die meisten Proband/innen angaben, dass sie zu einem/einer Familienangehörigen auf keinen Fall (66%) auf Distanz gehen würden, wenn diese/r an einer Schizophrenie erkrankt wäre. 21,4% kreuzten die Antwortmöglichkeit „eher nicht“ an. Die Antwort „weder noch“ ist mit 8,2% vertreten. Keine/r der Proband/innen kreuzte die Antwortmöglichkeit „auf jeden Fall“ an und nur 1,3% der Proband/innen kreuzten „eher schon“ an. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ ist mit 3,1% vertreten.

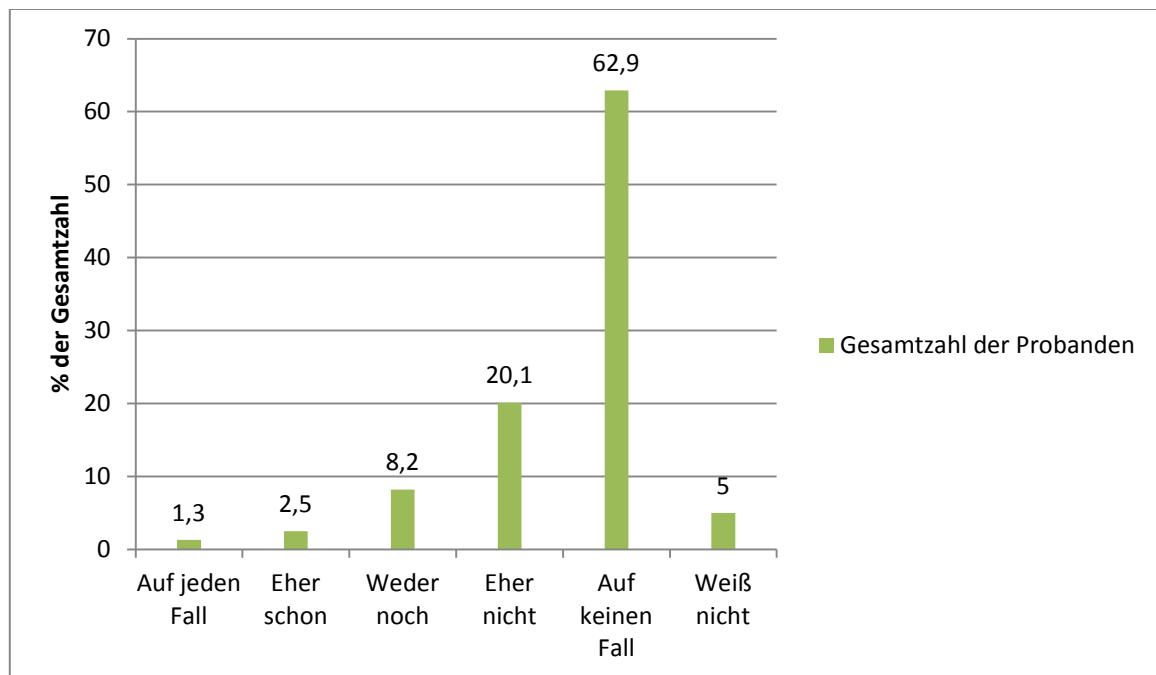


Abbildung 75: Frage 16 – Schizophrenie – Distanz – Partner/in

Abbildung 75 zeigt, dass die Mehrzahl der Proband/innen (62,9%) auf keinen Fall auf Distanz zu ihrem/ihrer Partner/in gehen würde, wenn diese/r an einer Schizophrenie erkrankt wäre. Am zweithäufigsten wurde die Antwort „eher nicht“ (20,1%) angekreuzt. 8,2% der Proband/innen wählten die Antwortmöglichkeit „weder noch“. Auf jeden Fall auf Distanz gehen würden 1,3% der Proband/innen und eher schon auf Distanz gehen würden 2,5% der Proband/innen. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ kreuzten 5% der Proband/innen an.

## 4.7. Prävention

### 4.7.1. Prävention der Depression

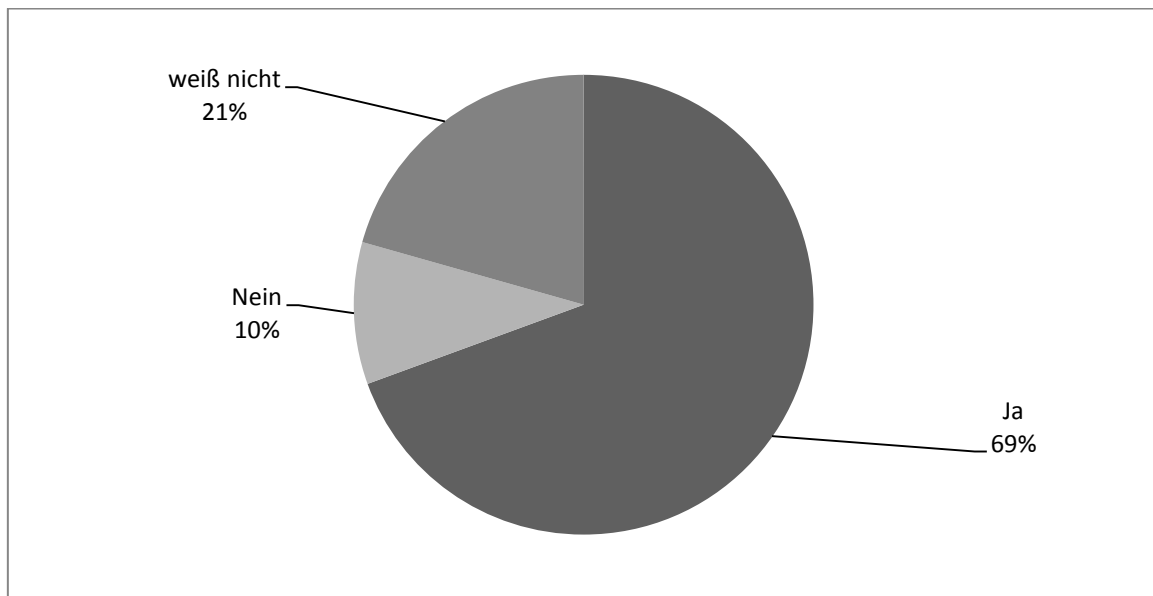


Abbildung 76: Frage 17 – Depressionen vorbeugen

Wie in Abbildung 76 ersichtlich, gab die Mehrzahl der Proband/innen (69,4%) mit der Antwort „Ja“ an, dass es möglich ist dem Ausbruch einer Depression vorzubeugen. Die Antwort „Nein“ wählten 10% der Proband/innen und die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ war mit 20,6% vertreten.

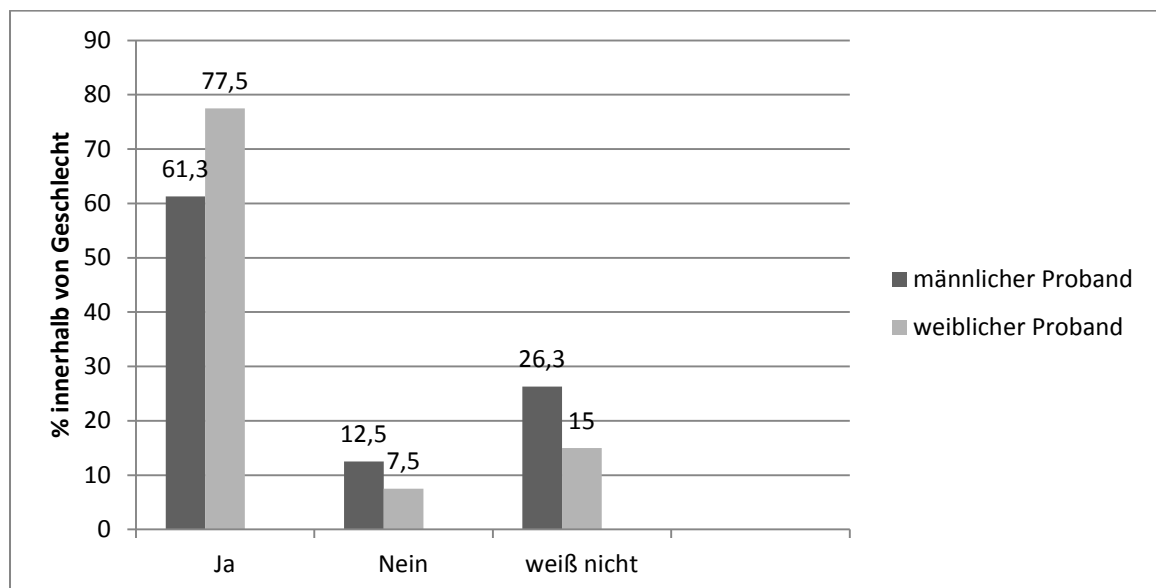


Abbildung 77: Frage 17 – Depressionen vorbeugen (Angabe nach Geschlecht der Proband/innen)

Betrachtet man die abgegebenen Antworten nach dem Geschlecht der Proband/innen so erkennt man, dass etwas mehr Frauen (77,5%) dazu tendierten die Antwortmöglichkeit „Ja“ anzukreuzen. Im Gegensatz dazu, kreuzten etwas mehr männliche Probanden die Antwort „Nein“ an. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ war ebenfalls zu einem höheren Prozentsatz (26,3%) im männlichen Geschlecht vertreten. Die geschlechtstypischen Unterschiede sind mit einem Wert von  $p = 0,083$  als nicht signifikant zu werten.

#### 4.7.1.1. Präventionsmaßnahmen – Depression

Im Rahmen dieser Studie konnten – bis auf eine Ausnahme – keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede bei der Bewertung der Wirksamkeit unterschiedlicher Präventionsmaßnahmen im Bezug auf die Depression festgestellt werden. Bei folgenden Präventionsmaßnahmen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Probanden festgestellt werden: Yoga und Meditation, eine/n Therapeuten aufsuchen, Unterstützung durch die Familie, Entspannung durch Musik hören, stabiler Freundeskreis, ausreichend Schlaf, Psychopharmaka, religiöser Glaube sowie auf Urlaub fahren. Bei der Angabe ob man mit viel Arbeit einer Depression vorbeugen könnte, war ein signifikanter Unterschied ( $p = 0,012$ ) zwischen männlichen und weiblichen Probanden feststellbar:

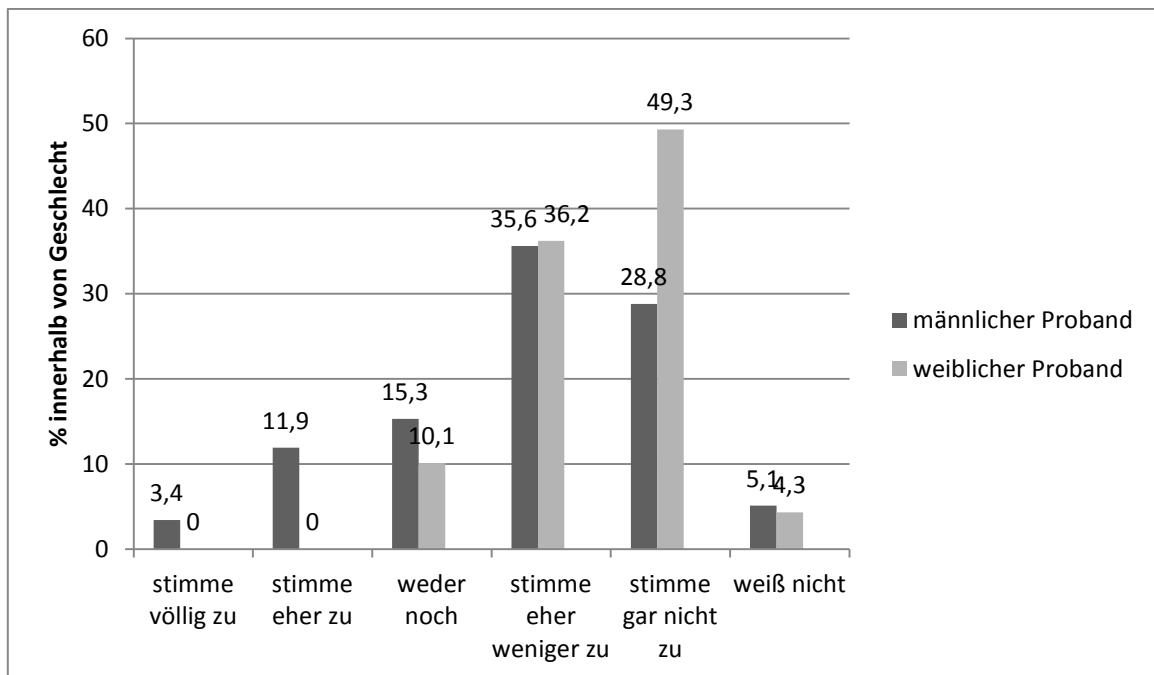


Abbildung 78: Frage 17 – Depressionen vorbeugen – viel Arbeit

Wie in Abbildung 78 erkennbar ist, kreuzte keine der weiblichen Probanden die Antwortmöglichkeiten „stimme völlig zu“ oder „stimme eher zu“ an. Im Gegensatz dazu stimmen 3,4% der männlichen Probanden der Angabe, dass man mittels viel Arbeit Depressionen vorbeugen kann, völlig zu. Die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ kreuzten 11,9% der männlichen Probanden an. Bei den Antwortmöglichkeiten „stimme eher weniger zu“ bzw. „stimme gar nicht zu“ waren hingegen die weiblichen Probanden zu einem höheren Prozentsatz vertreten. So kreuzten 36,2% der Frauen die Antwort „stimme eher weniger zu“ und 49,3% der Frauen die Antwort „stimme gar nicht zu“ an.

#### 4.7.2. Prävention der Schizophrenie

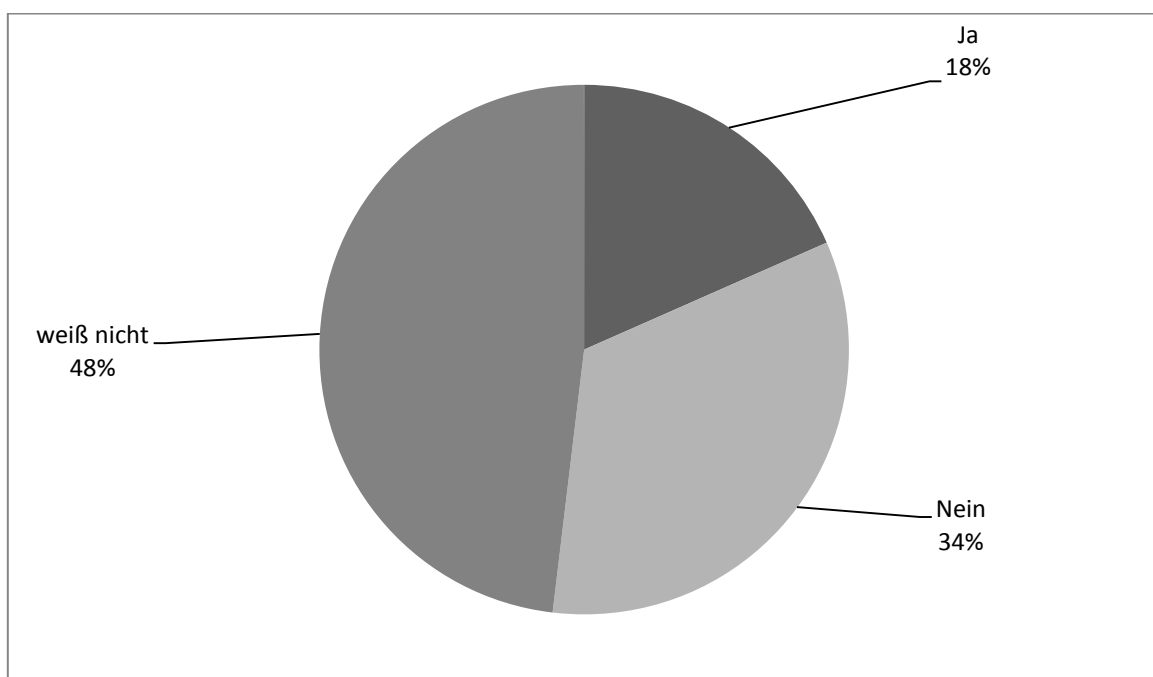


Abbildung 79: Frage 18 – Schizophrenie vorbeugen

Auf die Frage, ob es möglich sei dem Ausbruch einer Schizophrenie vorzubeugen kreuzten, wie in Abbildung 79 ersichtlich, die meisten Proband/innen (48,1%) die Antwort „weiß nicht“ an. Am zweihäufigsten wurde die Antwortmöglichkeit „Nein“ (34%) angekreuzt. 18% der Proband/innen kreuzten die Antwort „Ja“ an.

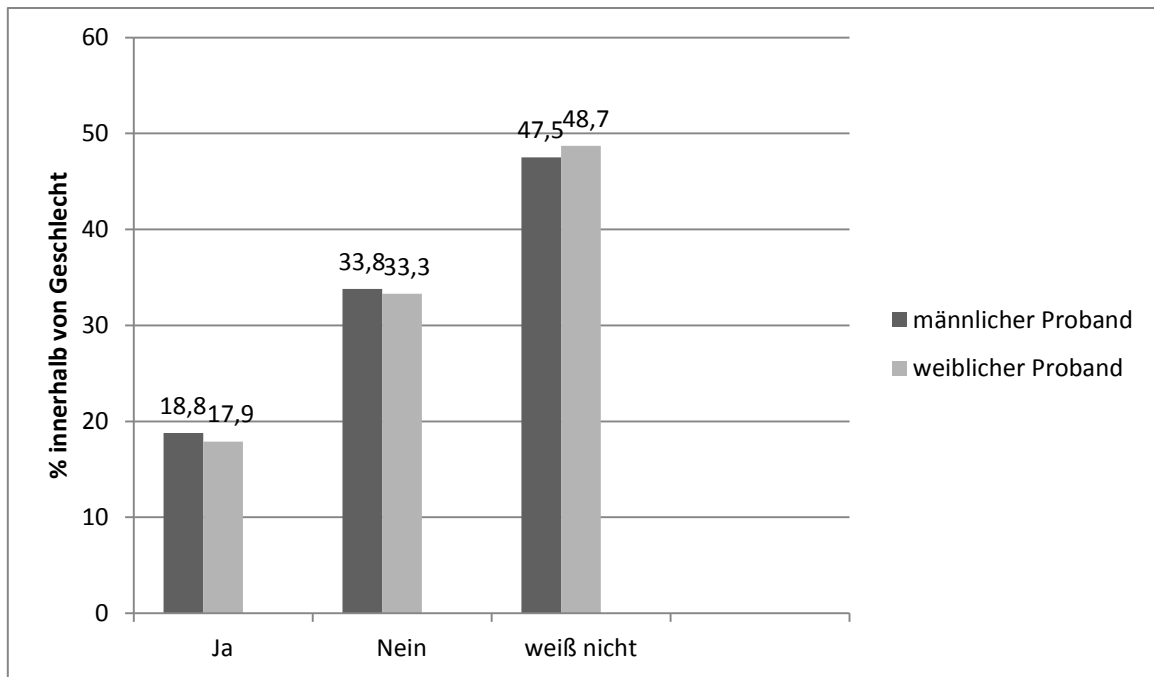


Abbildung 80: Frage 18 – Schizophrenie vorbeugen (Angabe nach Geschlecht der Proband/innen)

Abbildung 80 zeigt, dass die meisten weiblichen (48,7%) und die meisten männlichen (47,5%) Probanden auf die Frage, ob man einer Schizophrenie vorbeugen kann, mit „weiß nicht“ antworteten. Die Antwortmöglichkeit „Nein“ war am zweihäufigsten von beiden Geschlechtern in sehr ähnlichem Ausmaß angekreuzt worden. 18,8% der männlichen und 17,9% der weiblichen Probanden wählten die Antwort „Ja“. Wie in der Grafik zu erkennen ist, liegen keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten vor.

#### 4.7.2.1. Präventionsmaßnahmen – Schizophrenie

Im Rahmen dieser Studie konnten keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede bei der Bewertung der Wirksamkeit von unterschiedlichen Präventionsmaßnahmen im Bezug auf die Schizophrenie festgestellt werden.

## **(5) Diskussion**

### **1. Hypothese**

*Es bestehen geschlechtstypische Unterschiede im Bezug auf die Konzeptualisierung psychischer Erkrankungen.*

Diese Hypothese konnte zu einem Teil verifiziert werden. Während beide Geschlechter in gleichem Ausmaß angaben, dass biologische Faktoren (Vererbung, Gehirnerkrankung) sowie ein schwacher Selbstwert, ein übermäßiger Alkohol bzw. Drogenkonsum sowie Stress in der Arbeit, für die Entstehung einer Depression verantwortlich sein können, gab es signifikante geschlechtstypische Unterschiede beim psychosozialen Faktor negatives Lebensereignis sowie bei zwei Faktoren, welche eng mit der ersten Sozialisationsinstanz, nämlich der Familie (soziologie.soz.uni-linz.ac.at) in Verbindung stehen. Diese beiden Faktoren sind einerseits der Mangel an elterlicher Zuwendung sowie andererseits ein sogenanntes „Broken Home“ bzw. in anderen Worten ausgedrückt, ein zerrüttetes zu Hause. Bei allen drei Faktoren tendierten die weiblichen Probanden in höherer Zahl dazu, diese als Entstehungsgründe einer Depression zu sehen.

Auf Grund dessen das Frauen und Männer eine unterschiedliche körperliche Ausstattung haben und in Folge dessen Frauen schon aus rein biologischer Sicht (z.B. durch das Stillen und einen veränderten Hormonaushalt) vor allem in den ersten Lebensmonaten nach der Geburt eine engere Bindung zu ihrem Kind haben, ist es auch in unserer heutigen Gesellschaft in vielen Fällen so, dass Frauen mehr Zeit in die Versorgung des Nachwuchses investieren. Dies könnte ein Grund dafür sein, warum auch im Rahmen dieser Studie mehr Frauen dazu tendierten, einen Mangel an elterlicher Zuwendung sowie ein sogenanntes „Broken Home“ als Entstehungsgrund für die Depression anzugeben. Man könnte also davon ausgehen, dass Frauen dem Faktor „elterliche Zuwendung“ sowie dem Faktor „intaktes zu Hause“ einen höheren Stellenwert geben und dementsprechend in höherer Zahl dazu tendieren, ein Misslingen der Gewährleistung dieser Faktoren als Entstehungsgrund von Depressionen anzugeben.

Ein weiterer Grund warum eher das weibliche Geschlecht dazu tendierte ein sogenanntes „Broken Home“ als Entstehungsgrund der Depression zu sehen, ist, dass das weibliche Geschlecht mit höherer Empfindlichkeit auf einen Verlust der familiären Verbundenheit reagiert (Hausmann et al., 2008). Dementsprechend wurde auch im Rahmen dieser Studie dem Faktor „Broken Home“ seitens der weiblichen Probanden ein höherer Stellenwert gegeben.

In Bezug auf die Schizophrenie ergab sich hingegen nur beim Begriff „negatives Lebensereignis“ ein signifikanter geschlechtstypischer Unterschied. So tendierten mehr Frauen dazu, ein negatives Lebensereignis als Entstehungsgrund der Schizophrenie zu sehen. Eine Erklärung dafür könnte eventuell darin zu suchen sein, dass Frauen womöglich vor allem in der Kindheit ein höheres Risiko haben Opfer von sexuellen Übergriffen bzw. anderen belastenden Lebensereignissen zu werden (Elkhaouda, 2010). Desweiteren ist es womöglich so, dass Frauen generell mit negativen Lebensereignissen länger als Männer zu kämpfen haben. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Copingstrategien im weiblichen Geschlecht weniger handlungsorientiert sind und dass eher das weibliche Geschlecht dazu tendiert sich mit einem negativen Lebensereignis länger gedanklich weiter zu beschäftigen (Elkhaouda, 2010). Diese gedankliche Weiterbeschäftigung führt womöglich dazu, dass ein negatives Lebensereignis nicht vergessen werden kann und diesem negativen Ereignis immer wieder von neuem eine hohe Bedeutung zugeschrieben wird. Dies könnte eventuell eine Erklärung dafür sein, warum auch im Rahmen dieser Studie Frauen in höherer Zahl dazu tendierten ein negatives Lebensereignis als Entstehungsgrund von Depressionen aber auch von der Schizophrenie zu sehen.

## **2. Hypothese**

*Die depressive Erkrankung wird eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.*

Die Hypothese, dass die depressive Erkrankung eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wird, konnte im Rahmen dieser Studien verifiziert werden. So gaben mehr als die Hälfte der Proband/innen an, dass Frauen häufiger an Depressionen leiden. Am zweihäufigsten gaben die Proband/innen an, dass der Anteil depressiv erkrankter Personen in beiden Geschlechtern gleich ist. Ein vergleichsweise geringer Teil der Proband/innen gab an, dass Männer häufiger von Depressionen betroffen sind. Ein Grund dafür, dass die depressive Erkrankung eher dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben wird, könnte darin zu finden sein dass Verhaltensweisen wie Passivität und Emotionalität (Holzinger et al., 2011), die ebenfalls Ausdruck einer Depression sein können, eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden und dass eben diese Verhaltensweisen im Widerspruch zum männlichen Stereotyp stehen. Ein weiterer Grund könnte darin zu suchen sein, dass epidemiologische Studien tatsächlich belegen, dass Frauen häufiger von Depressionen betroffen sind und dass diese Meinung seitens der Lehrenden beispielweise im Unterricht oder aber auch in den Medien (Fernsehen, Film) an die Menschen weitergegeben wird. Dies könnte eine Begründung dafür sein, warum auch im Rahmen dieser Studie die Depression eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wird. Dennoch sollte vor allem auch im Rahmen des Unterrichts auf das Konzept der „male – Depression“ (Hausmann et al., 2008) Bezug genommen werden.

### **3. Hypothese**

*Die Schizophrenie wird eher dem männlichen Geschlecht zugeordnet.*

Diese Hypothese konnte mittels der ausgewerteten Daten verifiziert werden. Etwas mehr als ein Drittel der Proband/innen vertrat die Meinung, dass Männer häufiger an Schizophrenie leiden. Ein Viertel der Proband/innen gab an, dass Männer und Frauen in gleicher Weise von dieser Erkrankung betroffen sind und nahezu der gleiche Prozentsatz der Proband/innen gab an, nicht zu wissen welches Geschlecht häufiger an Schizophrenie leidet. Am wenigsten kreuzten die Proband/innen die Antwortmöglichkeit „Frauen“ an, was darauf schließen lässt, dass die schizophrene Erkrankung nur in einem sehr geringen Ausmaß eindeutig dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben wird. Ausgehend von der bereits in dieser Arbeit erwähnten Studie mit dem Titel „Stigmatisation of people with mental illnesses“ (Crisp et al., 2000), welche im Jahr 2000 im British Journal of Psychiatry erschienen ist, werden vor allem schizophrene sowie alkohol – und drogenabhängige Menschen als gefährlich und unberechenbar eingestuft (Crisp et al., 2000). Diese beiden Charakterzüge werden womöglich eher dem männlichen Stereotyp zugeschrieben, denn wenn man einen Blick auf die Medien, insbesondere das Fernsehen richtet, so finden sich im Rahmen von Filmen bei der Darstellung psychisch kranker Menschen häufig Stereotype, welche die Angst und das Misstrauen gegenüber schizophrene Menschen noch weiter schüren (opentheddoors.de). Diese Tatsache könnte womöglich eine Erklärung dafür liefern, warum im Rahmen dieser Studie die schizophrene Erkrankung eher dem männlichen und nur in geringerem Ausmaß dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wurde.

#### **4. Hypothese**

*Es bestehen geschlechtstypische Unterschiede in Bezug auf die Einstellungen und das Verhalten gegenüber psychisch kranken Menschen.*

Diese Hypothese konnte nur zu einem kleinen Teil verifiziert werden. Bei der Empfindung von Mitleid, Ablehnung sowie Wut/Aggression konnten keine geschlechtstypischen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Probanden ermittelt werden. So gab die Mehrzahl der Proband/innen an, Mitleid gegenüber dem bzw. der betroffenen Person zu empfinden. Dabei spielte es keine Rolle ob es sich bei der Erkrankung um eine Depression oder um eine Schizophrenie handelt. Es kann dementsprechend einer von Horowitz (1982) postulierten Hypothese (Holzinger et al., 2011), dass Frauen womöglich mehr Einfühlungsvermögen gegenüber psychisch kranken Personen aufzeigen, nicht eindeutig zugestimmt werden. Laut Holzinger et al. (2011) zeigten einige Studien, dass Frauen weniger Ärger gegenüber psychisch kranken Personen aufweisen. Die Annahme, dass Frauen weniger Ärger gegenüber psychisch kranken Personen empfinden, kann im Rahmen dieser Studie nicht bestätigt werden, da keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede im Empfinden von Ärger feststellbar waren. Generell gaben sowohl männliche als auch weibliche Probanden in einem sehr ähnlichem Ausmaß an, keinen bzw. eher keinen Ärger gegenüber depressiven bzw. schizophrenen Männern und Frauen zu empfinden. In Bezug auf die Ablehnung von depressiven oder schizophrenen Männern und Frauen konnte ebenfalls kein Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Probanden festgestellt werden. Generell war die Tendenz zu erkennen, dass sowohl männliche als auch weibliche Probanden angaben, eher nicht oder gar nicht Ablehnung gegenüber depressiven bzw. schizophrenen Personen zu empfinden.

Laut Holzinger et al. (2011) belegen Studien, dass Frauen mehr Angst gegenüber psychisch kranken Menschen aufweisen. Diese Annahme, konnte im Rahmen dieser Studie nur im Bezug auf das Empfinden von Angst gegenüber depressiven und schizophrenen Frauen bestätigt werden. Es konnte festgestellt werden, dass die weiblichen Probanden im Vergleich zu den männlichen Probanden häufiger mit den Antwortmöglichkeiten „stimme völlig zu“ sowie „stimme eher zu“ angegeben haben, Angst gegenüber weiblichen Betroffenen zu empfinden. Beim Empfinden von Angst gegenüber depressiven bzw. schizophrenen Männern konnten keine geschlechtstypischen Unterschiede zwischen den Proband/innen festgestellt werden.

Laut Brüne und Ribbert (2002) stellt für das weibliche Geschlecht eine Ausgrenzung aus der Gemeinschaft „*die größte Bedrohung in der Umwelt der evolutionären Anpasstheit*“ dar. Dementsprechend fühlen sich Frauen womöglich häufiger als Männer von anderen Frauen bedroht und reagieren dem zu Folge mit höherer Angst. Dies könnte ein Erklärungsgrund dafür sein, warum auch im Rahmen dieser Studien mehr weibliche Probanden (im Vergleich zu den männlichen Probanden) angegeben haben, Angst gegenüber depressiven und schizophrenen Frauen zu empfinden.

Im Rahmen dieser Studie konnten in Bezug auf die Schizophrenie keine geschlechtstypischen Unterschiede bei der Zuschreibung der Begriffe bzw. Eigenschaften „Gefährlich für andere“, „Unberechenbar“, „Es ist schwer mit der betroffenen Person zu kommunizieren“, „Selbst schuld“, sowie „Geringe Genesungschancen“ gefunden werden. Generell tendierten die Proband/innen in Bezug auf schizophrene Männer und Frauen dazu, den Begriffen „Gefährlich für andere“, „Unberechenbar“ sowie „Schwer zu kommunizieren“ völlig oder eher zuzustimmen. Dem Begriff „Selbst Schuld an seiner/ihrer Situation“ stimmte die Mehrzahl der Proband/innen eher nicht oder gar nicht zu. Dabei spielte es keine Rolle ob in der Angabe *schizophrener Mann* oder *schizophrene Frau* stand. Beim Begriff „Geringe Genesungschancen“ konnten ebenfalls keine geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten festgestellt werden.

In Bezug auf die Depression konnten im Rahmen dieser Studie keine geschlechtstypischen Unterschiede bei der Zuschreibung der Begriffe bzw. Eigenschaften „Unberechenbar“, „Es ist schwer mit der betroffenen Person zu kommunizieren“, „Selbst schuld“ sowie „Geringe Genesungschancen“ gefunden werden. Generell war die Tendenz zu erkennen, dass depressive Männer und Frauen als unberechenbar sowie schwer kommunizierbar wahrgenommen werden. Die meisten Proband/innen stimmten der Angabe dass depressive Männer und Frauen selbst schuld an ihrer Situation sind eher nicht oder gar nicht zu. Dem Begriff Geringe Genesungschancen stimmten die meisten Proband/innen eher nicht oder gar nicht zu.

Beim Begriff „Gefährlich für andere“ konnte ein geschlechtstypischer Unterschied in der Auswahl der Antworten festgestellt werden. So tendierten eher die männlichen Probanden dazu, depressive Männer und Frauen als gefährlich für andere einzustufen. So kreuzten beispielsweise die meisten männlichen Probanden (31,3%) beim Begriff „Gefährlich für andere“, in Bezug auf depressive Männer, die Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ an.

Zur gleichen Zeit kreuzten die meisten weiblichen Probanden (35%) die Antwortmöglichkeit „stimme eher weniger zu“ an.

Generell kann jedoch festgehalten werden, dass die meisten Proband/innen bei der Angabe „Gefährlich für andere“ in Bezug auf depressive Männer die Antwortmöglichkeiten „stimme eher zu“, „weder noch“ sowie „stimme eher weniger zu“ vertraten. In Bezug auf depressive Frauen wurden am häufigsten die Antwortmöglichkeiten „weder noch“, „stimme eher weniger zu“ sowie „stimme gar nicht zu“ angekreuzt.

Es fanden sich weder geschlechtstypische Unterschiede in Bezug auf das Distanzverhalten gegenüber depressiven Menschen noch gegenüber schizophrenen Menschen. Laut Holzinger et al. (2011) zeigten die meisten Studien zu dieser Thematik, dass es keine geschlechtstypischen Unterschiede beim Wunsch nach Distanz zu betroffenen Menschen gibt. Diese Annahme kann auch im Rahmen dieser Studie bestätigt werden.

Im Rahmen der Depression gaben die meisten Proband/innen an, dass sie eher nicht oder gar nicht auf Distanz zum/zur Nachbar/in, Arbeitskolleg/in, Mitbewohner/in, Familienangehörigen sowie Partner/in gehen würden. Vor allem bei einem/einer Familienangehörigen oder bei dem/der Partner/in würden die meisten auf keinen Fall auf Distanz gehen. Zur gleichen Zeit gaben die meisten Proband/innen an, dass sie eher schon zu ihrem/ihrer Kinderbetreuer/in auf Distanz gehen würden wenn diese/r an einer Depression erkrankt wäre.

Im Falle einer schizophrenen Erkrankung des/der Nachbar/in, Arbeitskolleg/in würden die meisten Proband/innen eher schon auf Distanz gehen. Zur bzw. zum Kinderbetreuer/in würden die meisten Proband/innen auf jeden Fall auf Distanz gehen. Eher nicht auf Distanz gehen würden die Proband/innen zum/zur Mitbewohner/in. Wenn ein/e Familienangehörige/r oder der/die Partner/in von einer Schizophrenie betroffen wäre, würden die meisten Proband/innen auf keinen Fall auf Distanz gehen.

Abgesehen davon, dass keine signifikanten Geschlechtsunterschiede im Distanzverhalten feststellbar sind, kann festgehalten werden, dass der Wunsch nach Distanz zu schizophrenen Menschen (Nachbar/in, Arbeitskolleg/in) größer ist.

Auf die Fragen ob man dem Ausbruch einer Depression bzw. dem Ausbruch einer Schizophrenie vorbeugen kann, ergaben sich keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten. Im Rahmen der Depression gaben die meisten Proband/innen mit der Antwortmöglichkeit „Ja“ an, dass es möglich ist dem Ausbruch einer Depression vorzubeugen, wobei etwas mehr weibliche Probanden diese Antwortmöglichkeit wählten. Im Rahmen der Frage ob man dem Ausbruch einer Schizophrenie vorbeugen kann, war die am häufigsten gewählte Antwort von sowohl weiblichen als auch männlichen Probanden „weiß nicht“.

In Bezug auf die Schizophrenie ergaben sich im Rahmen der Beurteilung der Wirksamkeit einiger vorgeschlagener Präventionsmaßnahmen (unter anderem „Yoga und Meditation“, „Unterstützung durch die Familie“, „Stabiler Freundeskreis“, „Ausreichend Schlaf“) keine signifikanten geschlechtstypischen Unterschiede in der Auswahl der Antworten.

Im Rahmen der Depression wurde in Bezug auf die vorgeschlagene Präventionsmaßnahme „Viel Arbeit“ ein geschlechtstypischer Unterschied zwischen den Proband/innen festgestellt. So gaben mehr männliche Probanden an, dass es möglich sei mit viel Arbeit dem Ausbruch einer Depression vorzubeugen. Eine Begründung für diese Tendenz könnte womöglich darin zu finden sein, dass das männliche Geschlecht noch immer dem Stereotyp des „Familienernährers“ unterliegt und sich dementsprechend eher über seine Rolle im Berufsleben definiert. Dementsprechend tendiert das männliche Geschlecht in höherer Zahl dazu, die angegeben Präventionsmaßnahme „Viel Arbeit“ als notwendig bzw. als sinnvoll in Bezug auf die Prävention von Depressionen zu sehen. Es liegt der Gedanke nahe, dass Männer die viel arbeiten womöglich als fähiger wahrgenommen werden eine Familie zu versorgen. Dementsprechend wird dem „Mann als Versorger“ eine gewisse Attraktivität zugeschrieben ([allesevolution.wordpress.com](http://allesevolution.wordpress.com)) und attraktive Männer haben eine höhere Chance von den Frauen als potentieller Partner gewählt zu werden. Daraus lässt sich der Gedanke ableiten, dass Männer eher dazu tendieren mit „Viel Arbeit“ diesen Attraktivitätsstatus zu erreichen, denn das nicht – Erreichen eines gewissen Status in der Berufswelt wäre mit Niedergeschlagenheit oder auch mit Depressionen verbunden.

## **(6) Literaturverzeichnis**

- Brüne, M. & Ribbert H., (2002). Grundsätzliches zur Konzeption einer evolutionären Psychiatrie. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie.
- Bühl, A. (2010). PASW 18 – Einführung in die moderne Datenanalyse. Pearson Studium Münschen.
- Butcher, J.N., Mineka, S., Hooley, J.M. (2009). Klinische Psychologie. Addison-Wesley Verlag.
- Carr, A. (2012). Family Therapy – Concepts, Process and Practice. Wiley-Blackwell.
- Comer, J. (1995). Klinische Psychologie. Spektrum Verlag.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I. & Olwen, J.R. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. The British Journal of Psychiatry; 177:4-7.
- Elkhaouda, S. (2010). Geschlechtsspezifische Faktoren in der Vorhersage der Depressivität bei Jugendlichen. Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität.
- Faller, H. & Lang. H. (Hrsg) (2011). Depression – Klinik, Ursachen, Therapie. Verlag Königshausen & Neumann.
- Härter, M., Bermejo, I., Niegling, W. (2007). Praxismanual Depression. Deutscher Ärzte – Verlag.
- Hausmann, A., Rutz, W. & Meise, U. (2008). Frauen suchen Hilfe – Männer sterben! Ist die Depression wirklich weiblich? Neuropsychiatrie, Band 22, Nr. 1/2008, S. 43–48. Dustri-Verlag.
- Hinterhuber, H., Rutz, W. & Meise, U. (2007). Psychische Gesundheit und Gesellschaft „... Politik ist nichts anderes als Medizin im Großen.“. Neuropsychiatrie, Band 21, Nr. 3/2007, S. 180–18. Dustri-Verlag.
- Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, G. & Angermeyer, M.C. (2011). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. Epidemiology and Psychiatric Sciences (2012), 21, 73-85. Cambridge University Press (2011).
- Kuhl, H. (Hrsg.) (2002). Sexualhormone und Psyche-Grundlagen, Symptomatik, Erkrankungen, Therapie. Thieme Verlag.
- Lieb, K. (o.J.). Psychische Störungen – ein Überblick: Prävalenz, Diagnostik, Therapie. Universitätsmedizin Mainz.
- Maurer, K. & Häfner, H. (2002). Die Östrogenhypothese der Schizophrenie – Übersicht und aktueller Stand der Forschung. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie; 3 (1), 26-34.

Matthias von Rad (2011). Beschreibung und Klassifikation depressiver und ängstlicher Symptomatik einer Psychotherapiepatientenstichprobe unter der Berücksichtigung hormoneller und autonomer Biomarker. Dissertation, Greifswald.

Meshkat, D., Kutzelnigg, A., Kasper, S., Winkler, D. (2010) Ärgerattacken bei Depressionen: Geschlechtsspezifische Aspekte. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*; 11 (3), 22-25.

Mosebach, K. (2005). Depressionen und Suizid im Kindes – und Jugendalter – Präventive Maßnahmen und Hilfen für Angehörige und Hinterbliebene. Examensarbeit. GRIN Verlag.

Murry, C., Lopez, A. (eds) (1996). The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard University Press, pp 247-293.

Nesse, R.M. (2002). Evolutionary biology: a basic science for psychiatry.

Neu, P. (o.J.). Schizophrenie und andere psychotische Störungen Teil II.

Nickel, M. (2009). Depressive Erkrankungen. Springer Verlag Wien.

Österreichischer Psychiatriebericht. (2001). Pensionen wegen verminderter Arbeitsfähigkeit – aktuelle Daten. Manuskript der Abteilung Wirtschaftswissenschaften der Arbeiterkammer Wien.

Österreichischer Schizophreniebericht. (2008). Bundesministerium für Gesundheit Wien.

Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *The British Journal of Psychiatry*; 177: 486-492.

Possnigg, G. (o.J.). Wissenswertes zu Depression & Angststörungen – Leitfaden für Patienten. Verfügbar unter [www.possnigg.at](http://www.possnigg.at).

Reinecker, H. (2003). Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Hogrefe Verlag.

Richter, G. & Richter, J. (1995). Komplexität von Depressivität, Waxmann Verlag.

Risch, A.K., Stangier, U., Heidenreich, Th. & Hautzinger, M. (2012) Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression - Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten. Springer Verlag.

Rotenhäusler, H.-B. & Täschner K.-L. (2012) Kompendium Praktische Psychiatrie. Springer Verlag.

Schomerus, G., Angermeyer, C., Matschinger, H. & Riedel-Heller, S.G. (2008). Public attitudes towards prevention of depression. *Journal of Affective Disorders* 106; 257 – 263.

Schuster, P., Springer-Kremser, M. (1998). Anwendungen der Psychoanalyse. WUV-Universitätsverlag.

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. (2010).

Stompe, T. (2008). Geschlecht, Alter und schizophrene Wahnthematik. Journal für Neurobiologie, Neurochirurgie und Psychiatrie; 9 (2), 35-37.

WHO – Fact sheet N°220. (2010). Verfügbar unter [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/)

Wielant Machleidt et al. (2004). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 7. aktualisierte Auflage. Thieme Verlag.

Wittchen, H.U. & Hoyer, J. (2006). Was ist klinische Psychologie? Definition, Konzepte und Modelle. Springer Verlag.

Wittchen H.U., et al. (2010). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, S.656. ECNP/EBC REPORT 2011.

Wittchen H.U., Jacobi F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 15: 357 – 376.

Wolfersdorf, M. (2011). Depressionen verstehen und bewältigen. Springer Verlag.

Wolpert, L. (2008). Depression in an evolutionary context. Verfügbar unter [www.peh-med.com/content/3/1/8](http://www.peh-med.com/content/3/1/8).

## **Internetangaben**

- o ICD & DSM

[http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Seelische\\_Krankheiten.html](http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Seelische_Krankheiten.html)

- o Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (ICD – 10)

<http://www.icd-code.de>

- o Frauen – Suizidverhalten

<http://www.suizidprophylaxe.de>

- o Suizidmethoden 2008 – Aufgeschlüsselt nach Geschlecht (Abbildung)

[http://www.swissinfo.ch/ger/politik\\_schweiz/abstimmungen/februar\\_2011/Aerzte:\\_Weniger\\_Schusswaffen\\_weniger\\_Suizide.html?cid=29170514](http://www.swissinfo.ch/ger/politik_schweiz/abstimmungen/februar_2011/Aerzte:_Weniger_Schusswaffen_weniger_Suizide.html?cid=29170514)

- o Phasen der Schizophrenie

[http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische\\_Storungen/Schizophrenie/schizophrenie.htm](http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Storungen/Schizophrenie/schizophrenie.htm)

- o The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up (Shepherd et al., 1989) (Abbildung)

[http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische\\_Störungen/Schizophrenie/schizophrenie.htm](http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Störungen/Schizophrenie/schizophrenie.htm)

- o Stigmatisierung – Begriffserklärung

<http://www.duden.de>

- o Stigmatisierung psychisch kranker Menschen

[openthedoors.de](http://openthedoors.de)

- o Familie als erste Sozialisationsinstanz

<http://soziologie.soz.uni-linz.ac.at>

## (7) Anhang

### 7.1. Fragebogen

## Fragebogen zur Diplomarbeit

Liebe Student/innen!

Ich würde euch recht herzlich darum bitten, euch an einer wissenschaftlichen Untersuchung zu meiner Diplomarbeit zu beteiligen. Das Ausfüllen dieses Fragebogens geschieht anonym und nimmt nur wenige Minuten in Anspruch. Dementsprechend werden Eure Antworten streng vertraulich behandelt.

#### I.) Ein paar allgemeine Fragen zu deiner Person

▪ Alter \_\_\_\_\_ Jahre

▪ Geschlecht

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| Männlich | <input type="radio"/> |
| Weiblich | <input type="radio"/> |

#### II.) Ein Rückblick auf die Schulzeit!

##### 1.) Hattest du in deiner Schulzeit „Psychologie – Unterricht“?

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| Ja         | <input type="radio"/> |
| Nein       | <input type="radio"/> |
| Weiß nicht | <input type="radio"/> |

- Wenn Ja – Wurde im Rahmen des Psychologie – Unterrichtes über das Thema psychische Erkrankungen gesprochen?

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| Ja         | <input type="radio"/> |
| Nein       | <input type="radio"/> |
| Weiß nicht | <input type="radio"/> |

- **Wenn Ja – wie ausführlich?**

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| Sehr ausführlich         | <input type="radio"/> |
| Eher ausführlich         | <input type="radio"/> |
| Eher weniger ausführlich | <input type="radio"/> |
| Gar nicht ausführlich    | <input type="radio"/> |

### III.) Allgemeine Fragen rund um das Thema psychische Erkrankungen

- 2.) **Kennst du jemanden in deinem näheren Umfeld (Familien,- Freundeskreis, etc. ...) der an einer psychischen Erkrankung leidet?**

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| Ja         | <input type="radio"/> |
| Nein       | <input type="radio"/> |
| Weiß nicht | <input type="radio"/> |

- **Wenn Ja – Wer ist bzw. war betroffen? (Mehrfachnennungen möglich)**

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| Ein/e Freund/in                 | <input type="radio"/> |
| Ein/e Familienangehörige/r      | <input type="radio"/> |
| Arbeitskolleg/in                | <input type="radio"/> |
| Partner/in                      | <input type="radio"/> |
| Ich selbst                      | <input type="radio"/> |
| Sonstige (bitte spezifizieren): | <input type="radio"/> |
| Keine Angabe                    | <input type="radio"/> |

- **Mit welcher psychischen Erkrankung bist oder wurdest du konfrontiert? (Mehrfachnennungen möglich)**

|                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| „Burn Out“                       | <input type="radio"/> |
| Panik / Angstattacken            | <input type="radio"/> |
| Depression                       | <input type="radio"/> |
| Zwangsstörung                    | <input type="radio"/> |
| Schizophrenie                    | <input type="radio"/> |
| Sonstige (bitte spezifizieren) : | <input type="radio"/> |
| Keine Angabe                     | <input type="radio"/> |

3.) **Was glaubst du – Was sind die Entstehungsgründe einer Depression?**

|   |                                              | 1<br>Definitiv<br>eine<br>Ursache | 2<br>Eher<br>eine<br>Ursache | 3<br>Weder<br>noch | 4<br>Eher<br>keine<br>Ursache | 5<br>Definitiv<br>keine<br>Ursache | Weiß<br>nicht |
|---|----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------|
| 1 | Übermäßiger Alkohol,- Drogenkonsum etc.      | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 2 | Mangel an Willenskraft, schwacher Selbstwert | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 3 | Gehirnerkrankung                             | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 4 | Mangel an elterlicher Zuwendung              | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 5 | Vererbung                                    | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 6 | Negatives Lebensereignis                     | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 7 | Stress in der Arbeit                         | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 8 | „Broken Home“                                | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |

4.) **Was glaubst du – Was sind die Entstehungsgründe einer Schizophrenie?**

|   |                                              | 1<br>Definitiv<br>eine<br>Ursache | 2<br>Eher<br>eine<br>Ursache | 3<br>Weder<br>noch | 4<br>Eher<br>keine<br>Ursache | 5<br>Definitiv<br>keine<br>Ursache | Weiß<br>nicht |
|---|----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------|
| 1 | Übermäßiger Alkohol,- Drogenkonsum etc.      | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 2 | Mangel an Willenskraft, schwacher Selbstwert | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 3 | Gehirnerkrankung                             | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 4 | Mangel an elterlicher Zuwendung              | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 5 | Vererbung                                    | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 6 | Negatives Lebensereignis                     | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 7 | Stress in der Arbeit                         | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |
| 8 | „Broken Home“                                | ①                                 | ②                            | ③                  | ④                             | ⑤                                  | 0             |

5.) **Was schätzt du? – Welches Geschlecht leidet häufiger an depressiven Verstimmungen bzw. an einer klinisch manifesten Depression?**

|               |                       |
|---------------|-----------------------|
| Männer        | <input type="radio"/> |
| Frauen        | <input type="radio"/> |
| Anteil gleich | <input type="radio"/> |
| Weiß nicht    | <input type="radio"/> |

6.) **Was schätzt du? – Bei welchem Geschlecht wird die Diagnose Schizophrenie häufiger gestellt?**

|               |                       |
|---------------|-----------------------|
| Männer        | <input type="radio"/> |
| Frauen        | <input type="radio"/> |
| Anteil gleich | <input type="radio"/> |
| Weiß nicht    | <input type="radio"/> |

7.) **Welche der folgenden Begriffe bzw. Eigenschaften würdest du einer an einer Depression erkrankten Frau zuordnen?** ♀

|   |                                                                            | Stimme<br>völlig<br>zu | Stimme<br>eher<br>zu  | Weder<br>noch         | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht zu | Weiß<br>nicht         |
|---|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1 | Gefährlich für andere                                                      | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 2 | Unberechenbar                                                              | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 3 | Es ist schwer mit der betroffenen Person zu kommunizieren bzw. zu sprechen | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 4 | Selbst schuld an ihrer Situation                                           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 5 | Geringe Genesungschancen                                                   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 6 | Sonstige (bitte spezifizieren)                                             |                        |                       |                       |                                 |                           |                       |

8.) **Was empfindest du gegenüber einer an einer Depression erkrankten Frau?** ♀

|   |                                | Stimme<br>völlig zu | Stimme<br>eher<br>zu | Weder<br>noch | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht<br>zu | Weiß<br>nicht |
|---|--------------------------------|---------------------|----------------------|---------------|---------------------------------|------------------------------|---------------|
| 1 | Mitleid                        | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 2 | Ablehnung                      | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 3 | Wut / Aggression               | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 4 | Angst                          | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 5 | Sonstiges(bitte spezifizieren) |                     |                      |               |                                 |                              |               |

9.) **Welche der folgenden Begriffe bzw. Eigenschaften würdest du einer an Schizophrenie erkrankten Frau zuordnen?** ♀

|   |                                                                            | Stimme<br>völlig<br>zu | Stimme<br>eher<br>zu | Weder<br>noch | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht zu | Weiß<br>nicht |
|---|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------------------------|---------------------------|---------------|
| 1 | Gefährlich für andere                                                      | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 2 | Unberechenbar                                                              | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 3 | Es ist schwer mit der betroffenen Person zu kommunizieren bzw. zu sprechen | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 4 | Selbst schuld an ihrer Situation                                           | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 5 | Geringe Genesungschancen                                                   | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 6 | Sonstige (bitte spezifizieren)                                             |                        |                      |               |                                 |                           |               |

10.) **Was empfindest du gegenüber einer an Schizophrenie erkrankten Frau?** ♀

|   |                                | Stimme<br>völlig zu | Stimme<br>eher<br>zu | Weder<br>noch | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht<br>zu | Weiß<br>nicht |
|---|--------------------------------|---------------------|----------------------|---------------|---------------------------------|------------------------------|---------------|
| 1 | Mitleid                        | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 2 | Ablehnung                      | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 3 | Wut / Aggression               | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 4 | Angst                          | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 5 | Sonstiges(bitte spezifizieren) |                     |                      |               |                                 |                              |               |

11.) **Welche der folgenden Begriffe bzw. Eigenschaften würdest du einem an einer Depression erkrankten Mann zuordnen?** ♂

|   |                                                                            | Stimme<br>völlig<br>zu | Stimme<br>eher<br>zu | Weder<br>noch | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht zu | Weiß<br>nicht |
|---|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------------------------|---------------------------|---------------|
| 1 | Gefährlich für andere                                                      | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 2 | Unberechenbar                                                              | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 3 | Es ist schwer mit der betroffenen Person zu kommunizieren bzw. zu sprechen | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 4 | Selbst schuld an seiner Situation                                          | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 5 | Geringe Genesungschancen                                                   | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 6 | Sonstige (bitte spezifizieren)                                             |                        |                      |               |                                 |                           |               |

12.) **Was empfindest du gegenüber einem an einer Depression erkrankten Mann?** ♂

|   |                                | Stimme<br>völlig zu | Stimme<br>eher<br>zu | Weder<br>noch | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht<br>zu | Weiß<br>nicht |
|---|--------------------------------|---------------------|----------------------|---------------|---------------------------------|------------------------------|---------------|
| 1 | Mitleid                        | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 2 | Ablehnung                      | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 3 | Wut / Aggression               | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 4 | Angst                          | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 5 | Sonstiges(bitte spezifizieren) |                     |                      |               |                                 |                              |               |

13.) **Welche der folgenden Begriffe bzw. Eigenschaften würdest du einem an Schizophrenie erkrankten Mann zuordnen?** ♂

|   |                                                                            | Stimme<br>völlig<br>zu | Stimme<br>eher<br>zu | Weder<br>noch | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht zu | Weiß<br>nicht |
|---|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------------------------|---------------------------|---------------|
| 1 | Gefährlich für andere                                                      | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 2 | Unberechenbar                                                              | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 3 | Es ist schwer mit der betroffenen Person zu kommunizieren bzw. zu sprechen | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 4 | Selbst schuld an seiner Situation                                          | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 5 | Geringe Genesungschancen                                                   | ①                      | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                         | 0             |
| 6 | Sonstige (bitte spezifizieren)                                             |                        |                      |               |                                 |                           |               |

14.) **Was empfindest du gegenüber einem an Schizophrenie erkrankten Mann?** ♂

|   |                                | Stimme<br>völlig zu | Stimme<br>eher<br>zu | Weder<br>noch | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht<br>zu | Weiß<br>nicht |
|---|--------------------------------|---------------------|----------------------|---------------|---------------------------------|------------------------------|---------------|
| 1 | Mitleid                        | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 2 | Ablehnung                      | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 3 | Wut / Aggression               | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 4 | Angst                          | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 5 | Sonstiges(bitte spezifizieren) |                     |                      |               |                                 |                              |               |

15.) **Bei welchen Personen würdest du auf Grund ihrer Depression auf Distanz gehen?**

|   |                                                                | 1<br>Auf<br>jeden<br>Fall | 2<br>Eher<br>schon | 3<br>Weder<br>noch | 4<br>Eher<br>nicht | 5<br>Auf<br>keinen<br>Fall | Weiß<br>nicht |
|---|----------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|---------------|
| 1 | Nachbar/in                                                     | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 2 | Arbeitskolleg/in                                               | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 3 | Kinderbetreuer/in                                              | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 4 | Mitbewohner/in (kein/e Familienangehörige/r<br>oder Freund/in) | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 5 | Familienangehörige/r                                           | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 6 | Partner/in                                                     | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |

**16.) Bei welchen Personen würdest du auf Grund ihrer Schizophrenie auf Distanz gehen?**

|   |                                                                | 1<br>Auf<br>jeden<br>Fall | 2<br>Eher<br>schon | 3<br>Weder<br>noch | 4<br>Eher<br>nicht | 5<br>Auf<br>keinen<br>Fall | Weiß<br>nicht |
|---|----------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|---------------|
| 1 | Nachbar/in                                                     | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 2 | Arbeitskolleg/in                                               | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 3 | Kinderbetreuer/in                                              | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 4 | Mitbewohner/in (kein/e Familienangehörige/r<br>oder Freund/in) | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 5 | Familienangehörige/r                                           | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |
| 6 | Partner/in                                                     | ①                         | ②                  | ③                  | ④                  | ⑤                          | 0             |

**17.) Ist es deiner Meinung nach möglich, dem Ausbruch einer Depression vorzubeugen?**

|            |   |
|------------|---|
| Ja         | 0 |
| Nein       | 0 |
| Weiß nicht | 0 |

• **Wenn Ja – Wie?**

|   |                                      | Stimme<br>völlig zu | Stimme<br>eher<br>zu | Weder<br>noch | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht<br>zu | Weiß<br>nicht |
|---|--------------------------------------|---------------------|----------------------|---------------|---------------------------------|------------------------------|---------------|
| 1 | Yoga und Meditation                  | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 2 | Eine/n Therapeuten aufsuchen         | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 3 | Unterstützung durch die Familie      | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 4 | Viel Arbeit                          | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 5 | Entspannung durch Musik hören        | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 6 | Stabiler Freundeskreis               | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 7 | Ausreichend Schlaf                   | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 8 | Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva) | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |

|    |                                |   |   |   |   |   |   |
|----|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 9  | Religiöser Glaube              | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 0 |
| 10 | Auf Urlaub fahren              | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | 0 |
| 11 | Sonstige (bitte spezifizieren) |   |   |   |   |   |   |

18.) **Ist es deiner Meinung nach möglich, dem Ausbruch einer Schizophrenie vorzubeugen?**

|            |   |
|------------|---|
| Ja         | 0 |
| Nein       | 0 |
| Weiß nicht | 0 |

• **Wenn Ja – Wie?**

|    |                                      | Stimme<br>völlig zu | Stimme<br>eher<br>zu | Weder<br>noch | Stimme<br>eher<br>weniger<br>zu | Stimme<br>gar<br>nicht<br>zu | Weiß<br>nicht |
|----|--------------------------------------|---------------------|----------------------|---------------|---------------------------------|------------------------------|---------------|
| 1  | Yoga und Meditation                  | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 2  | Eine/n Therapeuten aufsuchen         | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 3  | Unterstützung durch die Familie      | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 4  | Viel Arbeit                          | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 5  | Entspannung durch Musik hören        | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 6  | Stabiler Freundeskreis               | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 7  | Ausreichend Schlaf                   | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 8  | Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva) | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 9  | Religiöser Glaube                    | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 10 | Auf Urlaub fahren                    | ①                   | ②                    | ③             | ④                               | ⑤                            | 0             |
| 11 | Sonstige (bitte spezifizieren)       |                     |                      |               |                                 |                              |               |

***VIELEN DANK, DASS DU AN DIESER UNTERSUCHUNG TEILGENOMMEN HAST!!***



## 7.2. Lebenslauf

### Persönliche Angaben

Name: Edita Pekmezovic  
Geburtsort: Zvornik (Bosnien und Herzegowina)  
Staatsbürgerschaft: Österreich

### Schulausbildung

1994 – 1998 Volksschule Strohgasse, 1030 Wien

1998 – 2006 BRG Radetzkystraße 2a, 1030 Wien

ab 2006 Studium (UF Biologie und Umweltkunde & UF Psychologie/Philosophie) an der  
Universität Wien