GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Stop faking good! Wie Männer von Psychotherapie profitieren

Raadts-Misegaes, Stefan

2017

https://doi.org/10.25595/2735

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Raadts-Misegaes, Stefan: *Stop faking good! Wie Männer von Psychotherapie profitieren*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 9 (2017) Nr: 3, 105–116. DOI: https://doi.org/10.25595/2735.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/gender.v9i3.08

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE
UNIVERSITÄT
BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Stefan Raadts-Misegaes

Stop faking good! Wie Männer von Psychotherapie profitieren

Zusammenfassung

Diese Studie beschreibt *faking good* als dysfunktionales Verleugnungsverhalten von Männern anhand der Vorhersage der Resultate stationärer Psychotherapie durch spezifische Persönlichkeitsfaktoren. Die Daten von 1 636 Patientinnen und Patienten einer deutschen Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin wurden in den Jahren 2011 und 2012 dazu untersucht. Vor Therapiebeginn füllten die PatientInnen den PSSI (Kuhl/Kazén 2009 und den SCL-90-R (Franke 2002) aus sowie nach Beendigung der Therapie erneut den SCL-90-R, um den Therapieerfolg zu messen. Korrelationen zwischen den PSSI-Skalen und der Anzahl signifikanter positiver und negativer Veränderungen der Skalen des SCL-90-R wurden berechnet (min. = 0, max. = 9). Für Patienten wurden die Ausprägungen der Skala zur negativistischen Persönlichkeit als Prädiktor für das Therapieergebnis erwartet. Mediationsanalysen bestätigten diese Annahme für beide Jahre mit der selbstkritischen Persönlichkeit als Mediator.

Schlüsselwörter
Männlichkeit, Persönlichkeit, Krankheitsverleugnung, Negativismus, Selbstkritik

Summary

Stop faking good! How men benefit from stationary psychotherapy

This study aims at detecting specific personality predictors of stationary psychotherapy outcomes to describe "faking good" as a dysfunctional male behaviour to deny illness. The data used in the study come from a survey of 1636 male and female patients at a German clinic of psychosomatic medicine and psychotherapy in 2011 and 2012. Prior to therapy, the patients completed the PSSI (Kuhl/Kazén 2010) and the SCL-90-R (Derogatis 2001). After finishing therapy, they again completed the SCL-90-R to control for therapeutic success. Correlations were calculated between the PSSI scales and the level of significant positive and negative changes in SCL-90 scales (min. = 0, max. = 9). For male patients, high scores in negativistic personality were expected to predict the positive outcome and low scores to predict failure. Mediation analyses for both years supported the hypothesis, with self-critical personality scores as the mediator.

Keywords
masculinity, personality, denial of illness, negativism, self-criticism

1 Einleitung

Wenn Männer ihre psychische Erkrankung lange dissimulieren, kann es zum Ende dieser Entwicklung manchmal zu katastrophalen Folgen kommen. Beispiele hierfür sind der in suizidaler Absicht herbeigeführte Flugzeugabsturz durch den Piloten Andreas Lubitz oder die Tatsache, dass zu den Hauptprädiktoren für einen Homizid-Suizid das männliche Geschlecht zählt (Hellen/Lange-Asschenfeldt/Huckenbeck 2014). Außenstehende fragen sich dann häufig, warum ihnen diese Entwicklung nicht vorher bereits aufgefallen ist. Aus persönlichkeitspsychologischer Sicht kann darauf geantwortet wer-

den, dass Männer in ihrer Kindheit und Adolsezenz u. a. emotionsdämpfende (negativistische) Persönlichkeitsanteile entwickeln, um damit die Außenwelt von ihren inneren Gefühlsregungen abzuschirmen (Raadts/Neitzel 2013) und entsprechende Reaktionen (Zweifel, Abwertung, Sorge) zu verhindern. Demgegenüber steht eine gesellschaftliche Stereotypie, in welcher Depression und Angst eher Frauen als Männern zugestanden wird (Möller-Leimkühler 2010) und die eine solche Persönlichkeitsentwicklung fördert. Der Beitrag zeigt auf, wie diese Strategie gerade Männern letztendlich vor dem Aufsuchen und während der Inanspruchnahme professioneller Hilfe im Wege steht, aber auch in einer Therapie wieder aufgelöst werden kann.

2 Soziale Bezüge

Eine Gruppe Studierende der Sozialwissenschaften, vorwiegend Studentinnen, wurde gebeten (Raadts-Misegaes 2015), die Geschichte eines Kindesvaters mit einer schweren psychischen Erkrankung zu lesen und die daraus resultierende Kindeswohlgefährdung einzuschätzen. Exakt dieselbe Geschichte wurde einer zweiten Gruppe Studierender der Sozialwissenschaften, ebenfalls vorwiegend Studentinnen, mit derselben Aufgabe vorgelegt – mit dem einzigen Unterschied, dass es sich darin um eine Kindesmutter handelte. In der Gruppe mit dem Kindesvater wurde die Erkrankung als signifikant weniger kindeswohlgefährdend eingeschätzt als in der Gruppe mit der Kindesmutter. Auch wurde die Kindesmutter als manipulativer eingeschätzt als der Kindesvater. In einer nachfolgenden Entscheidungsaufgabe erlaubten die TeilnehmerInnen dem Kindesvater auf der Basis dieser Beurteilungen signifikant häufiger den unbegleiteten Kindesumgang im Gegensatz zu den TeilnehmerInnen mit der Kindesmutter.

Könnte es demzufolge einen allgemein verbreiteten Bias geben, Männer in erhöhtem Maß mit mentaler Stabilität zu assoziieren im Vergleich zu Frauen? Zwar sind Frauen statistisch zwei Mal häufiger von Depression betroffen als Männer (Robert Koch Institut 2013), doch es gibt Gründe, an diesen Zahlen zu zweifeln (Möller-Leimkühler 2008). In Bevölkerungsgruppen mit hoch konservativen und religiös beeinflussten Einstellungen zu Alkoholismus und Suizid sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen nicht mehr signifikant (Jakubaschk 1994), die Suizidrate ist bei den Männern sogar dreifach höher (Robert Koch Institut 2014). Demzufolge werden Männer anscheinend bei der Schwere und Ernsthaftigkeit ihrer psychischen Instabilitäten massiv unterschätzt. Möller-Leimkühler (2010) bezog entsprechende Befunde auf das Ausmaß der Orientierung an Männlichkeitsnormen: Je stärker der Grad dieser Orientierung, desto weniger gehen Männer zu Vorsorgeuntersuchungen (Hayward/Bright 1997), desto schlechter steht es um ihre psychische Gesundheit (Cochran 2005) und desto stärker sind externalisierende depressive Symptome (Magovcevic/Addis 2008). Addis und Mahalik (2003) erklären dieses Verhalten mit Schamgefühlen und der Reaktivierung frühkindlicher Ängste vor einer möglichen Bedrohung des Selbstwertgefühls. Langfristig laufen Männer auf diese Weise Gefahr, chronische psychosomatische Erkrankungen zu entwickeln (Hildebrandt/Stage/Kragh-Soerensen 2003).

3 Negativismus

Männer scheinen also in besonderem Maß psychische Erkrankungen zu verleugnen, um in der Gesellschaft als Männer funktionsfähig zu erscheinen und auf diese Weise Schamgefühle zu vermeiden. Typische Beispiele für männliche Copingstrategien zur Bewältigung dieser Drucksituation sind Alkoholismus und Suizid. Hartcollis und Hartcollis (1995) zeigen auf, dass an Suchterkrankungen leidende Männer vor allem den Eindruck vermeiden wollen, einen Bedarf nach Hilfe oder Unterstützung zu haben. Patienten versuchen zu Beginn einer Psychotherapie mehr als Patientinnen, das Ausmaß ihrer Symptomatik zu minimieren (Braukhaus/Wollburg/Langs 2013).

Auch Vandereycken und Meermann (2008) sehen darin das Hauptmotiv der Krankheitsverleugnung und benutzen den im angloamerikanischen Raum gebräuchlichen umgangssprachlichen Begriff des *faking good*. *Faking good* steht für Dissimulation als Mittel zur Vermeidung von Stigmatisierung und um die eigene Selbstbestimmung aufrechtzuerhalten (komplementär dazu ist *faking bad* eine umgangssprachliche Umschreibung für Simulation). *Faking good* meint auch das Verstecken oder Überspielen von unangenehmen oder situativ nicht passenden Aspekten der eigenen Persönlichkeit oder der eigenen Biografie und spielt somit beispielsweise für erfolgreiche Beziehungsanbahnungen oder Bewerbungsgespräche eine durchaus sinnvolle Rolle. Aufgrund dieser Überschneidungen und der Alltagsgebräuchlichkeit wird der Begriff hier verwendet, zumal die Ursache dieses Verhaltens eine allgemeine Strategie darstellt, Affekte zu hemmen, und primär nicht direkt auf Erkrankungen bezogen ist.

Raadts und Neitzel (2013) vermuten, dass Persönlichkeitsmaße aufgrund der frühzeitig erlernten und weiterentwickelten Anlehnung an Männlichkeitsnormen einen wichtigen Schlüssel zur Erklärung darstellen. Tatsächlich konnte das Verhalten der Symptomminimierung besonders deutlich bei Männern gefunden werden, die im Persönlichkeitsstil- und -störungsinventar (PSSI; Kuhl/Kazén 2009) hohe Ausprägungen auf der PSSI-Skala zur negativistischen (passiv-aggressiven) Persönlichkeit aufwiesen. Die signifikante Interaktion zwischen negativistischer Ausprägung und Symptomstärke (SCL-90-R) wurde dabei nur zu Beginn der Behandlung gefunden, aber nicht mehr nach deren Beendigung. Die Männer konnten also in der Therapie ihre abwehrende Haltung ablegen. Schon Alfred Adler betrachtete den Negativismus als vornehmlich männlichen Ausdruck von Neurotizismus (Adler 2012 [1912]: 206). Negativismus wird in Kuhls Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (2010) als Hemmung von positiver und negativer affektiver Erregung definiert und drückt insofern einen Bezug zu Stoizismus oder auch Skeptizismus aus.

Faking good äußert sich u. a. in einer flachen Gutgelauntheit, mit welcher die Umwelt dazu gebracht werden soll, nicht so genau hinzusehen. Im Kontext einer fachärztlichen bzw. fachtherapeutischen Behandlung oder Untersuchung erfordert dies einen erhöhten Aufwand, da PsychotherapeutInnen darin trainiert sind, nonverbale und verbale Stimuli zu identifizieren, die auf psychische Erkrankungen hindeuten. Es ist daher eine energieaufwändige und letztlich ineffiziente Leistung, über längere Zeit hinweg die Umwelt und auch Fachpersonal zu der Annahme bewegen zu wollen, dass die Symptome als harmlos zu betrachten sind. Für diese Leistung bedarf es früher Lernerfahrungen im Umgang mit Bedrohung, die im Laufe der Zeit weiterentwickelt wurden. Auch heute

noch sehen sich Jungen mehr als Mädchen in ihrer Peergroup in der Gefahr, abgewertet und ausgeschlossen zu werden oder von den Eltern ermahnt zu werden, wenn sie affektive Regungen äußern (Vingerhoets 2013).

Eine derartige Lernleistung kann jedoch nicht ohne Beteiligung der Umwelt funktionieren (Dorpat 1989). So wird beschrieben, dass typische Kommunikationsmuster von medizinischem Fachpersonal sogar die Verleugnung von Erkrankung forcieren (Vandereycken/Meermann 2008). Depression ist eine hoch tabuisierte Erkrankung im traditionellen Männerbild der westlichen Gesellschaft, sodass sich auch PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen nicht von dem sozialen Bias völlig freisprechen können. Damit Krankheitsverleugnung funktioniert, muss es eine höhere Bereitschaft bei medizinisch-psychiatrischem Fachpersonal geben, eine stillschweigende Übereinkunft mit dem Patienten einzugehen, dass die psychische Erkrankung vielleicht doch noch nicht ernst genug ist, um sich große Sorgen zu machen.

4 Selbstkritik

Negativistische Strategien können erfolgreich über eine gewisse Zeit dazu beitragen, u. a. Stigmatisierung zu verhindern. Langfristig werden sie jedoch zu einem Handicap. Therapeutisches Investment wird unter dieser Bedingung keine ausreichende Reduktion der Symptomatik ermöglichen. Die beständige erhöhte Aufmerksamkeit des Erkrankten, in der Umwelt keine unangenehmen Fragen von KollegInnen oder FreundInnen zu evozieren, kostet eine Menge Energie. Im Vergleich dazu haben PatientInnen mit Anosognosie eine wesentlich einfachere Aufgabe, da sie aufgrund ihrer Läsionen im Gehirn ihre Symptome tatsächlich nicht bemerken und daher auch keinen Bedarf nach einer Fassade haben. Während solche PatientInnen den Zugang zu den Informationen in ihrem Gehirn verlieren, verarbeiten verleugnende Patienten das bedrohliche Material so, dass es in einen Zustand der Konservierung überführt wird (Goldberger 1983; Lazarus 1983). Die Krankheitsverleugnung wird dann ebenfalls zum Gegenstand der Verleugnung, sodass es für die PatientInnen einfacher wird, tatsächlich auch selbst an die eigene Darstellung der Situation zu glauben, was sie überzeugender wirken lässt. Dieser Prozess der schleichenden *Gedächtniskontamination* (Moritz 2008) beeinträchtigt durch Urteilsverzerrungen vergangener Episoden in hohem Maß die Befähigung zur Einsicht und zur Selbstkritik – zwei elementare Voraussetzungen für das Gelingen von Psychotherapie. Je weniger also die Betroffenen ihre Verleugnung verleugnen, desto eher sollten sie in der Lage sein, sich des tatsächlichen Ausmaßes ihrer Symptomatik bewusst zu werden, und umso offener können sie der Idee gegenüber werden, sich auf eine Psychotherapie einzulassen. Therapie erhält dann vorläufig den Stellenwert eines geringeren von zwei Übeln. Insofern könnte die sensible und geschickte Thematisierung der Verleugnung selbst ein therapeutisches Werkzeug werden, was allerdings die Bewusstwerdung über den hier beschriebenen Gendereffekt auf Seiten des Fachpersonals erfordern würde.

5 Hinführung zur Untersuchung

Die Daten aus der Studie von Raadts und Neitzel (2013) legen diese Möglichkeit auch empirisch nahe: Bei den hoch negativistischen Männern korrelierten die Symptomausprägungen signifikant positiv mit den Ausprägungen der PSSI-Skala zur selbstkritischen Persönlichkeit. Dies galt nicht für die untersuchten Patientinnen. Wenn Negativismus in diesem Kontext also einen Ausdruck von Strategien zur Manipulation der Umwelt hinsichtlich der geringeren Wahrnehmung von Symptomen psychischer Erkrankung darstellt, dann sind selbstkritische Anteile offensichtlich Teil des Materials, das mit verleugnet werden soll. Der Sozialisationsprozess von Männern hin zu einer Befähigung zur Krankheitsverleugung besteht demzufolge aus zwei Komponenten: Symptomminimierung (Negativismus) und die Verleugnung von selbstkritischen Gedanken. Eine erhöhte Bereitschaft zur Selbstkritik müsste also dem Patienten Raum für Einsicht in dysfunktionale Gedanken- und Verhaltensmuster eröffnen, der im Kontext der schützenden und haltenden therapeutischen Beziehung weniger bedrohlich wirkt und ausgehalten werden kann. Die erste Hypothese lautet also, dass die stationäre Psychotherapie für negativistische Männer dann erfolgreich verläuft, wenn sie sich darin gleichzeitig erlauben können, selbstkritisch zu sein. Die zweite Hypothese lautet, dass dieses Modell nicht die erfolgreichen Psychotherapieverläufe von Frauen erklären kann.

6 Methode

Mit Bezug auf die im Jahr 2010 erhobenen Daten aus Raadts und Neitzel (2013) wurden für die hier angestrebte Untersuchung zwei Stichproben genommen, nämlich die PatientInnendaten derselben Klinik aus dem Jahr 2012 (N = 808) und zur Replikation die PatientInnendaten derselben Klinik aus dem Jahr 2011 (N = 828). Alle Patientinnen und Patienten füllten den SCL-90-R und den PSSI vor Beginn der Therapie aus. Einen Tag vor der Entlassung füllten sie erneut den SCL-90-R aus. Die Erfassung fand am PC in einem Raum statt, die Daten wurden in Kleingruppen von bis zu acht Personen gleichzeitig erfasst.

Der SCL-90-R (Franke 2002) ist eine Checkliste mit 90 auf neun Skalen verteilten Items. Die Skalen lauten: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus. Hinzu kommen drei globale Skalen: Global Severity Index, Positive Symptom Distress Index und Positive Symptom Total. Im PSSI (Kuhl/Kazén 2009) werden 14 Persönlichkeitsstile anhand von jeweils 10 Items (= 140) abgefragt mit einer Reliabilität von Cronbachs Alpha .73 bis .85. Die Skala zur negativistischen Persönlichkeit hat ein Cronbachs Alpha von .75, die Skala zur selbstkritischen Persönlichkeit hat ein Cronbachs Alpha von .79.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag für Männer und für Frauen zwischen sieben und acht Wochen. Die SCL-90-R-Skalenausprägungen wurden für alle Patientinnen und Patienten (prä-post) voneinander subtrahiert und auf Signifikanz geprüft. Es wurden sowohl die Anzahl signifikanter Verbesserungen (min.: 1; max.: 9) als auch die Anzahl signifikanter Verschlechterungen und indifferenter Resultate (min.: 0; max.: 9) gezählt.

Personen mit Verbesserungen auf einigen und Verschlechterungen auf anderen Skalen wurden aus der Stichprobe entfernt. Nach Trennung der Gruppe der Männer mit Therapieerfolg im Jahr 2012 (n = 139) von der Gruppe der Frauen mit Therapieerfolg (n = 245) wurden für die Gruppe der Männer Pearson-Korrelationen zwischen den Ausprägungen der PSSI-Skalen zur negativistischen und zur selbstkritischen Persönlichkeit gerechnet. Beide Skalen wurden außerdem mit dem Erfolgsscore (Anzahl signifikanter positiver SCL-90-R-Veränderungen) korreliert. Schließlich wurden die drei Variablen in eine Mediationsanalyse (Baron/Kenny 1986) gebracht mit der negativistischen Skala als Prädiktor, der selbstkritischen Skala als Mediator und dem Erfolgsscore als Kriterium. Das Ergebnis wurde auf Signifikanz getestet mit dem Sobel-Test (Sobel 1982). Die vollständige Prozedur wurde danach wiederholt mit der Stichprobe aus dem Jahr 2011 und gesichert mit einem Vergleich der Ergebnisse mit den Stichproben der Gruppe der Frauen.

Tabelle 1: Übersicht über die Substichproben (n)

Substichproben (n)	2011: positive Veränderungen	2011: negative Veränderungen	2012: positive Veränderungen	2012: negative Veränderungen
Männer	n = 107	n = 116	n = 139	n = 127
Frauen	n = 249	n = 171	n = 245	n = 166

7 Resultate

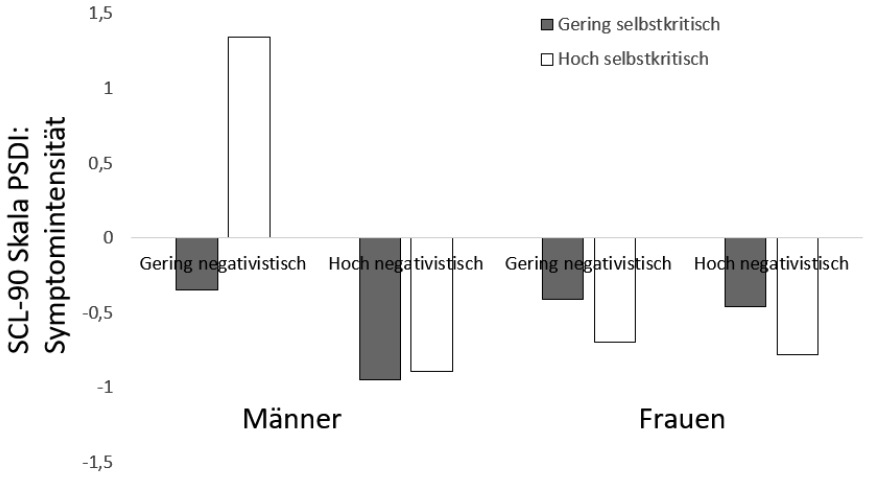
Es wurden zwei statistische Datenexplorationswege gewählt. Der varianzanalytische Ansatz sollte hier als Vorstufe genutzt werden, um Einblick in die grundsätzliche klinische Anwendbarkeit des hier vertretenen Ansatzes zu erhalten. Mit den Mediationsanalysen sollte dann in einem zweiten Schritt die Haupthypothese selbst verifiziert (oder falsifiziert) werden.

7.1 Varianzanalysen

Für die negativistische Skala konnte ein hochsignifikanter Haupteffekt (F = 21,97; p <.000) gefunden werden: Therapieerfolgreiche Männer mit hohen negativistischen Anteilen erzielten eine durchschnittliche Reduktion von t = 13 Punkten auf der SCL-90-R-Skala „Zwanghaftigkeit“, wenn sie gleichzeitig auch hoch selbstkritische Persönlichkeitsanteile hatten gegenüber allen anderen Teilgruppen (durchschnittliche Reduktion von t = 8,3). Unter hohen negativistischen Anteilen werden t-Werte von 60 bis 80 Punkten verstanden (T-Skala: min. 20; max. 80), hier wurde ein Mediansplit angewendet (Männer: md = 53,1; Frauen: md = 48,4).

Ein weiterer hochsignifikanter Haupteffekt wurde für die negativistische Skala gefunden (F = 11,22; p <.001) bei einem signifikanten zweiten Effekt für den Faktor „Geschlecht“ (F = 6,7; p = .01): Männer mit geringen negativistischen Anteilen und hohen selbstkritischen Anteilen erlebten durch die Therapie eine Erhöhung der Symptomintensität (Globale Skala: Positive Symptom Distress Index).

Abbildung 1: Veränderungen der Symptomintensität (SCL-90-R: PSDI) bei Männern und Frauen mit positiven Veränderungen auf den SCL-90-R-Skalen

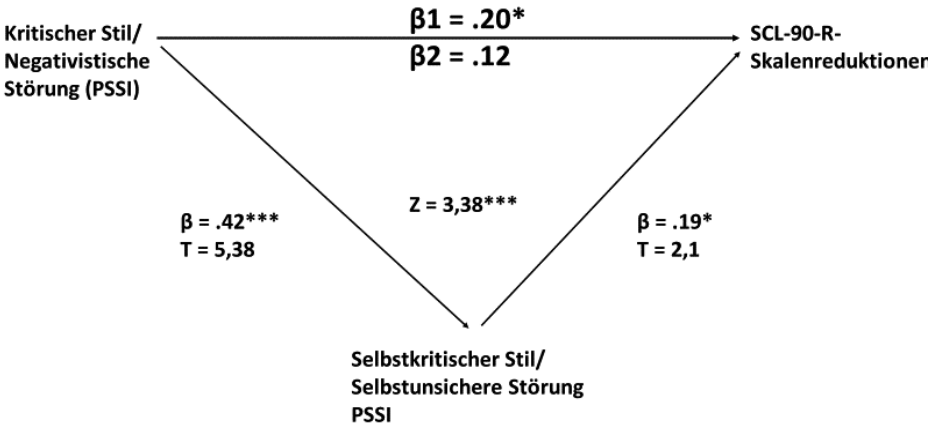


Quelle: eigene Darstellung

7.2 Mediationsanalysen

Der Sobel-Test (Sobel 1982) für die Gruppe von Männern mit signifikanten positiven Veränderungen aus dem Jahr 2012 (n = 139) wies ein hochsignifikantes ($Z = 3.38$***; $s = .06$) positives Ergebnis auf (Abb. 1). Dasselbe Modell konnte die Ergebnisse der Gruppe von Frauen mit signifikant positiven (n = 245) und der Gruppe von Frauen mit signifikant negativen Veränderungen (n = 166) in beiden Fällen nicht erklären.

Abbildung 2: Gerichteter Zusammenhang zwischen Prädiktor, Mediator und Kriterium



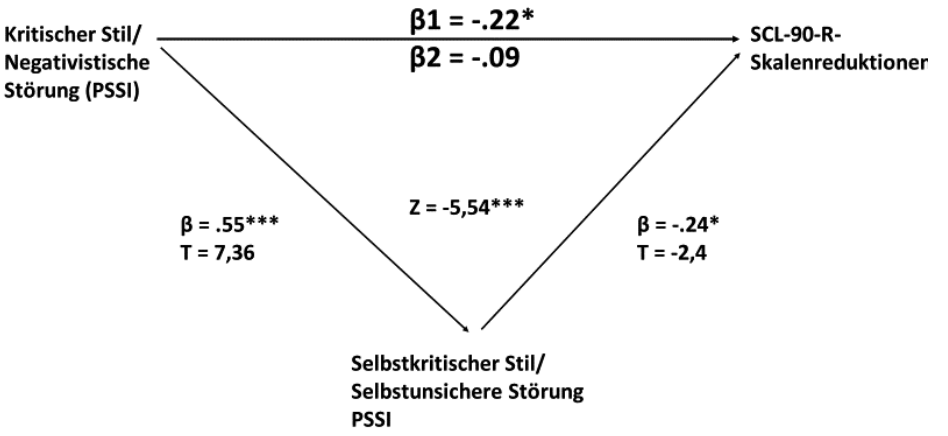
Quelle: eigene Darstellung.

Der signifikante beta-Regressionskoeffizient zwischen Prädiktor (kritischer Stil) und Kriterium wird unsignifikant bei Einsetzen des Mediators (selbstkritischer Stil) und bestätigt das Modell. Der Sobel-Test (*Z*) bestätigt die Signifikanz des Modells.

Nachdem sich beide Hypothesen als bestätigt erwiesen hatten, wurde die Replikation gerechnet. Der Sobel-Test für die Gruppe von Männern mit positiven Veränderungen im Jahr 2011 (n = 107) erwies sich erneut als hoch signifikant (Z = 3.83***; s = .09) und bestätigte das angenommene Modell. Erwartungsgemäß konnte das Modell die Symptomveränderungen bei der Gruppe der Frauen (n = 249) erneut nicht erklären.

Der Versuch, mit dem Modell auch die Symptomverschlimmerungen vorherzusagen, gelang für das Jahr 2012: Der Sobel-Test für die Gruppe von Männern mit signifikanten negativen Veränderungen oder indifferenten Resultaten im Jahr 2012 (n = 127) wies ein hochsignifikant negatives Ergebnis auf (Z = -5.54***; s = .08) und bestätigte das vorherige Ergebnis mit der Umkehrung des Vorzeichens (Abb. 2). Somit wurde die These weiter unterstützt, dass beide Variablen in einem engen Zusammenhang stehen, bezogen auf den hier thematisierten Bezugsrahmen.

Abbildung 3: Gerichteter Zusammenhang zwischen Prädiktor, Mediator und Kriterium



Quelle: eigene Darstellung.

Der signifikante beta-Regressionskoeffizient zwischen Prädiktor (kritischer Stil) und Kriterium wird unsignifikant bei Einsetzen des Mediators (selbstkritischer Stil) und bestätigt das Modell. Der Sobel-Test (*Z*) bestätigt die Signifikanz des Modells.

In allen Fällen wurde auch getestet, ob die Mediation signifikant bleiben würde, wenn Mediator und Prädiktor gegeneinander ausgetauscht werden, doch das war nicht der Fall und stärkte somit die angenommene Positionierung der Variablen. Auch Versuche mit alternativen PSSI-Skalen scheiterten, sodass sich die Konzentration auf die beiden theoretisch angenommenen PSSI-Skalen als korrekt erwies. Bei der Suche nach einem vergleichbaren Modell für die Gruppen der Frauen zeigte sich zwar eine Varianz auf der Prädiktorposition, jedoch konnte die PSSI-Skala „spontaner Persönlichkeitsstil/Borderline-Persönlichkeitsstörung) interessanterweise sowohl für 2011 als auch für 2012 als Mediator eingesetzt und über den Sobel-Test bestätigt werden ($Z = 4.77$*** in 2011 und $Z = 6.34$*** in 2012).

8 Diskussion

Beide Hypothesen erwiesen sich als richtig und konnten repliziert werden. Männer profitieren dann von einer Psychotherapie, wenn die Voraussetzung einer ausreichenden Akzeptanz selbstkritischer Persönlichkeitsanteile vorliegt. Dieser Voraussetzung bedarf es zumindest nicht im expliziten und hier empirisch dargestellten Sinne, damit Frauen von einer stationären Psychotherapie profitieren. Anhand der varianzanalytischen Ergebnisse wird deutlich, dass eine erhöhte Befähigung bzw. Bereitschaft zu selbstkritischer Reflexion bei den Männern mit einer deutlichen Reduzierung von Symptomen

(hier: Zwanghaftigkeit) einhergeht. Es sollte aber mit Blick auf das zweite varianzanalytische Ergebnis bedacht werden, dass in der Therapie diese Befähigung bzw. Bereitschaft bei Männern mit geringer negativistischer Prägung eine Sensibilisierung für die Intensität der vorhandenen Symptome erzeugt. Daran wird deutlich erkennbar, wie sehr die negativistische Prägung für Männer einen Schutz darstellt und daher bevorzugt in der Sozialisierung erworben wird.

Für Frauen ist dieser Erwerb in Kindheit und Jugend weniger sinnvoll, da die Abwehr von Gefühlsausdruck von ihnen nicht in der Form erwartet wird. Ihre Strategie beinhaltet möglicherweise eher einen Erwerb des authentischen Ausdrucks der Gefühle, um diese gut zu kommunizieren. Da die Bahnung dieser Gefühle (positiv wie negativ) durch die Skala zum spontanen Persönlichkeitsstil (Borderline) im PSSI gemessen wird, ist der Befund, dass diese Skala bei der Erklärung der Therapieerfolge der Frauen in beiden Mediationsanalysen eine Rolle spielt, ein wichtiger Beleg für diese These.

In der stationären Praxis von durchschnittlich acht Wochen Aufenthaltsdauer ist in der Regel nicht von einer so fundamentalen Besserung und positiven Prognose auszugehen, wie Befunde von signifikanten Symptomreduktionen auf sieben, acht oder gar allen neun SCL-90-R-Skalen es eventuell nahelegen. Einerseits sind solche Ergebnisse bedingt durch die hohe Interkorrelation der Skalen. Andererseits finden solche Befunde im Zusammenspiel mit den hohen PSSI-Ausprägungen bereits auch ihre Einschränkung, denn in diesen hohen Ausprägungen muss von der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden, die auch in der Selbstwahrnehmung bei der Bearbeitung der Items eine Rolle spielt. Es macht sich an dieser Stelle jedoch auch positiv bemerkbar, dass mit der Wahl des PSSI ein Instrument genutzt wurde, das die gesunde Persönlichkeit nicht kategorial von der Persönlichkeitsstörung differenziert, sondern dimensional aufgreift und Variabilität zulässt. So wird es möglich, auch im Falle von Persönlichkeitsstörungen den darin liegenden nützlichen Kern zu identifizieren und mit dem Patienten aufzugreifen und nutzbar zu machen.

Andreas Lubitz suchte Medienberichten zufolge eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an ÄrztInnen auf. Ob er dies tat, um genaueres Hinsehen und Erkennen der Dimension seiner psychischen Erkrankung zu verschleiern, kann aus heutiger Perspektive nicht gesagt werden. Dennoch passt das Verhalten in das hier dargestellte Bild. Homizid-Suizide sind selten, doch das Potenzial dazu scheint größer zu sein, als es sich selbst ExpertInnen bisher vorgestellt haben, wie die Serie von Attentaten im Sommer 2016 auf erschütternde Weise dokumentiert. Die Prädiktoren für eine solche Tat werden von Hellen, Lange-Asschenfeldt und Huckenbeck (2014) dargestellt: männlich, psychisch erkrankt, narzisstisch leicht kränkbar, impulsiv und Zugang zu Schusswaffen. Während Homizid-Suizide eher von Männern mittleren und höheren Lebensalters verübt werden, scheinen Amokläufe eher von jüngeren Männern begangen zu werden. In jedem Fall bleibt eines festzuhalten: Es bedarf einer enormen intrapsychischen Last, damit es zu diesen Eskalationen kommt. Im Verlauf der Entwicklung hin zu diesem Punkt wird es in der Regel mehrere Möglichkeiten für fachärztliches und fachtherapeutisches Personal, aber auch für andere Personen des näheren Beziehungskreises geben, die Gefahr zu erkennen. Hilfreich wird es in jedem Fall sein, sich der gesellschaftlichen und auch eigenen Tendenz bewusst zu werden, die psychischen Leiden von Männern als weniger gravierend zu betrachten als jene von Frauen. Es kommt dabei keineswegs primär auf

eine Achtsamkeit für die Gefahr einer Gewalttat an, sondern in erster Linie auf eine schnelle Verständigung darüber, dass Männer auch mit ihren Verleugnungsstrategien in den Psychotherapieangeboten willkommen sind. In dieser breiten Ausrichtung liegt möglicherweise ein Schlüssel für die Verhinderung von einzelnen Gewalttaten.

Literaturverzeichnis

Addis, Michael E. & Mahalik, James R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Psychologist, 58*, 5–14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5

Adler, Alfred (2012 [1912]). *Über den nervösen Charakter* (Nachdruck, 3. Aufl.). Bremen: Outlook.

Baron, Ruben M. & Kenny, David A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173–1182. https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173

Braukhaus, Christoph; Wollburg, Eileen & Langs, Gernot (2013). Der benachteiligte Mann? Analysen zur (Gleich-)Behandlung von Männern und Frauen mit Depressionen. *Verhaltenstherapie, 23*, 74–79. https://doi.org/10.1159/000350792

Cochran, Sam V. (2005). Evidence-based assessment with men. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 649–660. https://doi.org/10.1002/jclp.20100

Dorpat, Theodore L. (1989). Interactional perspectives on denial and defense. In Elieser Ludwig Edelstein, Donald L. Nathanson & Andrew M. Stone (Hrsg.), *Denial: A clarification of concepts and research* (S. 17–35). New York: Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-0737-2_2

Franke, Gabriele H. (2002). *Die Symptom-Checkliste nach Derogatis – Deutsche Version* (2. überarbeitete und neunormierte Aufl.). Göttingen: Beltz Test.

Goldberger, Leo (1983). The concept and mechanisms of denial: A selective overview. In Shlomo Breznitz (Hrsg.), *The denial of stress* (S. 83–95). New York: International Universities Press.

Hartcollis, Peter & Hartcollis Peter C. (1995). Alcoholism, borderline and narcissistic disorders. In Jerome D. Levin & Ronna H. Weiss (Hrsg.), *The dynamics and treatment of alcoholism: Essential papers* (S. 207–221). Northvale/New Jersey: Jason Aronson.

Hayward, Peter & Bright, Jennifer (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health, 6*, 345–354. https://doi.org/10.1080/09638239718671

Hellen, Florence; Lange-Asschenfeldt, Bernhard & Huckenbeck, Wolfgang (2014). Der „erweiterte Suizid". Vollendete Homizid-Suizide unter psychopathologischen und kriminologischen Aspekten. *Nervenarzt, 85,* 1144–1150. https://doi.org/10.1007/s00115-013-3942-1

Hildebrandt, Malene Grubbe; Stage, Kurt-Bjerregaard & Kragh-Soerensen, Per (2003). Gender differences in severity, symptomatology and distribution of melancholia in major depression. *Psychopathology, 36*, 204–212. https://doi.org/10.1159/000072791

Houle, Janie; Mishara, Brian L. & Chagnon, François (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders, 107*, 37–43. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.016

Jakubaschk, Jürgen (1994). Depression und Aggression bei Amischen. *Der Nervenarzt, 65*, 590–597.

Kuhl, Julius (2010). *Lehrbuch der Persönlichkeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
Kuhl, Julius & Kazén, Miguel (2009). *Persönlichkeitsstil- und -störungsinventar. Manual* (2., überarbeitete und neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
Lazarus, Richard S. (1983). The costs and benefits of denial. In Shlomo Breznitz (Hrsg.), *The denial of stress* (S. 1–30). New York: International Universities Press.
Magovcevic, Mariola & Addis, Michael E. (2008). The Masculine Depression Scale: development and psychometric evaluation. *Psychology of Men & Masculinity, 9*, 117–132. https://doi.org/10.1037/1524-9220.9.3.117
Möller-Leimkühler, Anne-Maria (2008). Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern? *Gynäkologe, 41*, 381–387. https://doi.org/10.1007/s00129-008-2161-5
Möller-Leimkühler, Anne-Maria (2010). Depression bei Männern: Eine Einführung. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 11,* 11–20.
Moritz, Steffen (2008). Metakognition – Psychologie. In Tilo Kircher & Siegfried Gauggel (Hrsg.), *Neuropsychologie der Schizophrenie* (S. 368–374). Heidelberg: Springer Medizin Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-71147-6_29
Raadts-Misegaes, Stefan (2015). Hat das Geschlecht psychisch erkrankter Eltern Auswirkungen auf die Risikoanalyse? *Recht & Psychiatrie, 33*(3), 123–131.
Raadts, Stefan & Neitzel, Lothar (2013). Männlicher Negativismus. Zwischen Hilferuf und Stigmatisierungsangst. *GENDER, 2*, 139–147.
Robert Koch Institut (2013). *Gesundheitsberichterstattung kompakt – Ausgabe 02/2013*. Zugriff am 26. Juli 2016 unter www.rki.de/gbe-kompakt.
Robert Koch Institut (2014). *Gesundheitsberichterstattung kompakt – Ausgabe 03/2014.* Zugriff am 26. Juli 2016 unter www.rki.de/gbe-kompakt.
Sobel, Michael E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology, 13,* 290–312. https://doi.org/10.2307/270723
Vandereycken, Walter & Meermann, Rolf (2008). Krankheitsverleugnung: Ein noch zu verfeinerndes Konzept. *Psychotherapie, 13*, 7–26.
Vingerhoets, Ad (2013). *Why only humans weep – unravelling the mysteries of tears.* Oxford: University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198570240.001.0001

Zur Person

Stefan Raadts-Misegaes, Dr. rer. nat., Universität Osnabrück. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie, Persönlichkeitsforschung, Psychotherapeutische Praxis.
Kontakt: Weskampstraße 11, 26121 Oldenburg
E-Mail: praxis.srm@gmail.com