KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

Forum liberale Männer

Vortrag am 16. Februar 2022

Psychische Gesundheit bei Männern – Terra Incognita?

Michael Klein, Köln

Vortrag: Psychische Gesundheit von Männern

Die **psychische Gesundheit von Männern** ist im **geschlechtsspezifischen Sinne** immer noch ein wenig erschlossenes Thema. Erst seit 15 Jahren erscheinen Männergesundheitsberichte. Viele Aspekte der psychischen Gesundheit von Männern sind immer noch wenig erforscht und fließen noch zu wenig in Präventions- und Behandlungskonzepte ein: **Die erhöhten Quoten bei Suchterkrankungen, Suiziden, Straffälligkeit und Wohnungslosigkeit sind die wichtigsten Beispiele dafür**. Aber auch in vermeintlich „unmännlichen“ Bereichen wie **Depression und Angst** sind zahlreiche Mythen zu entzaubern. Seit einigen Jahren wird das Konzept der **Männerdepression („male depression“)** diskutiert. Forschungsstudien zeigen, dass es **männerspezifische Ausdrucksformen depressiver Störungen** gibt, die oft nicht als solche erkannt werden. Es bedarf einer Neuorientierung in der Erforschung und Behandlung psychischer Störungen, die geschlechtsübergreifende genauso wie geschlechtsspezifische Aspekte umfasst. Wie dies für Männer aussehen kann, wird in dem heutigen Beitrag begründet und skizziert.

Gliederung

1. Einführung und Überblick (psychische Störungen)
2. Wichtige psychische Störungen

2.1 Depression

2.2 Suizid

2.3 Sucht

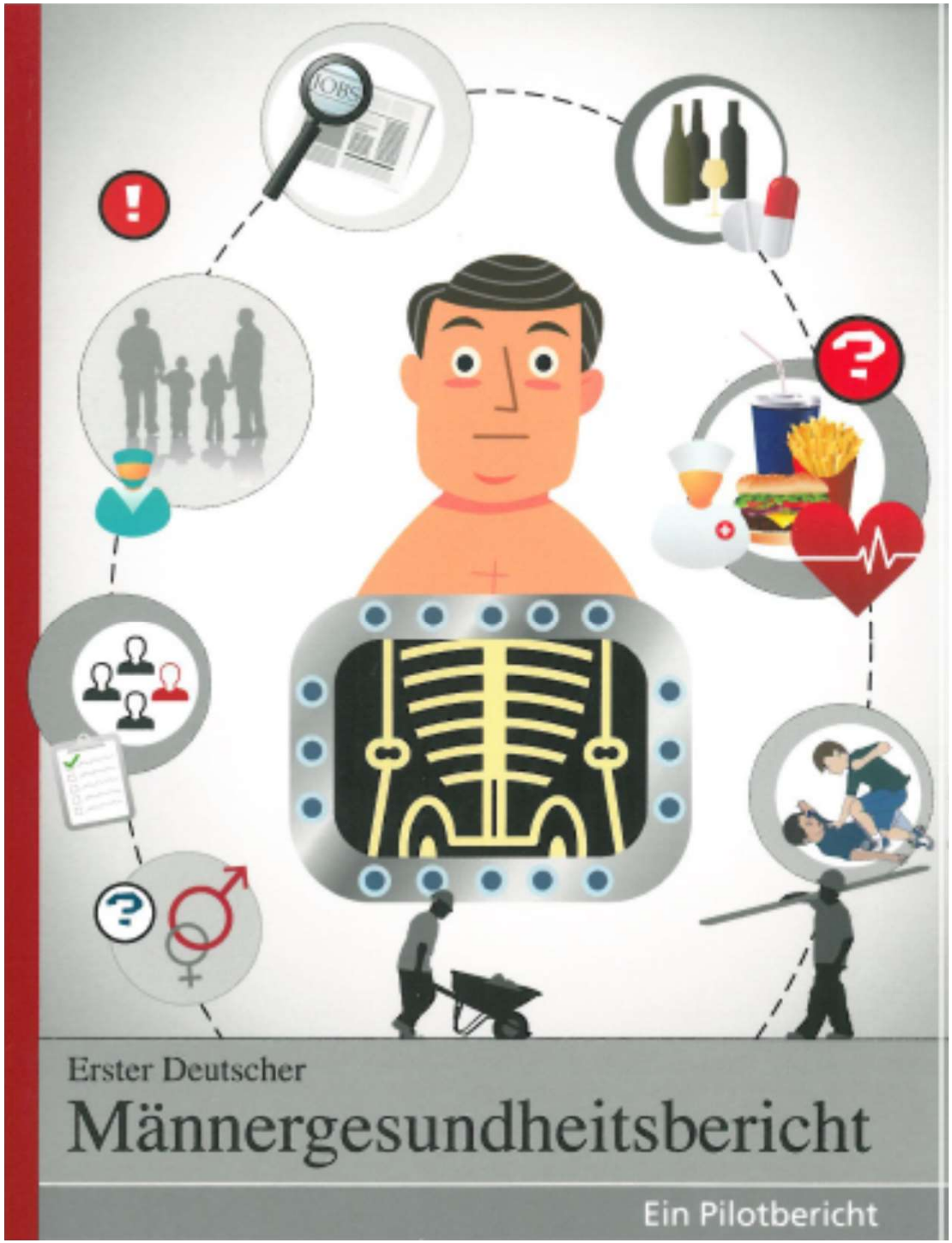
3. Schlussfolgerungen für Versorgung, Behandlung, Prävention

Männergesundheit – die unbekannte Größe

https://mens-mental-health.de/maennergesundheit/

Dass Männer sich weniger um ihre Gesundheit kümmern als Frauen, ist schon lange bekannt. Eine der Folgen ist, dass über Männergesundheit vergleichsweise weniger bekannt ist. Krebserkrankungen der Hoden, des Penis oder der Prostata sind bei weitem nicht so bekannt und gut erforscht wie andere Karzinome, vor allem etwa Lungen- und Brustkrebs. Oft gilt inzwischen schon eine Fokussierung auf Männer automatisch als frauenfeindlich. Dies ist aber nur auf eine zunehmende Verwirrung der öffentlichen Meinung zurückzuführen. Um es klar zu sagen: **Die Gesundheit von Frauen und Männern und vor allem auch die von Kindern ist wichtig und sollte alle beschäftigen.**

Frauengesundheit ist wichtig. **Aber was ist mit Männergesundheit?** Männer stellen immer noch das selbst- und fremdvergessene Geschlecht dar. **Der Terminus „women´s health“ taucht in den bei PubMed gelisteten Texten 10-mal häufiger auf als der Begriff „men´s health“** (1970-2020).



1. Deutscher Männergesundheits-bericht (2011); inzwischen liegen vier Berichte in der Reihe vor.

Allgemeine Gesundheit bei Männern und Frauen

Tabelle 2.8.1
Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes nach Alter und Geschlecht (in Prozent)
Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen

Alter (Jahre)	Männer			Frauen		
	sehr gut/gut	mittelmäßig	schlecht/ sehr schlecht	sehr gut/gut	mittelmäßig	schlecht/ sehr schlecht
18–24	91,7	7,3	1,0	87,5	10,8	1,7
25–34	88,4	9,7	1,9	84,2	12,8	3,1
35–44	83,8	13,2	3,0	81,3	16,3	2,5
45–54	74,9	18,9	6,1	71,1	22,1	6,8
55–64	62,6	26,3	11,0	61,3	29,2	9,4
>=65	55,9	33,9	10,2	48,8	38,7	12,6

Erster Deutscher Männergesundheitsbericht (2011)

Tabelle 2: Prävalenz psychischer Störungen nach Geschlecht

Störung	Gesamt, %	Frauen, %	Männer, %	Prävalenz
Angststörungen [a]	14,5	19,8	9,2	12-Monate
Affektive Störungen [a]	11,9	15,4	8,5	12-Monate
Somatoforme Störungen [a]	11,0	15,0	7,1	12-Monate
Schmerz-Störung [a]	8,1	11,4	4,9	12-Monate
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit [a]	4,1	1,3	6,8	12-Monate
Illegale Substanzen, Missbrauch/Abhängigkeit [a]	0,7	0,5	1,0	12-Monate
Persönlichkeitsstörungen [b] Dissoziale Persönlichkeitsstörung [c]	10,0 3,6	10,3 1,9	9,6 5,5	Lebenszeit

[a] Bundes-Gesundheitssurvey 1998/9, Zusatzsurvey „Psychische Störungen" (nach Jakobi et al. 2004);
[b] Maier et al. 1992; [c] Compton et al. 2005

Möller-Leimkühler & Kasper, 2010, S. 137

Erster Deutscher Männergesundheitsbericht (2011)

Tabelle 1: Geschlechterrelation psychischer Störungen

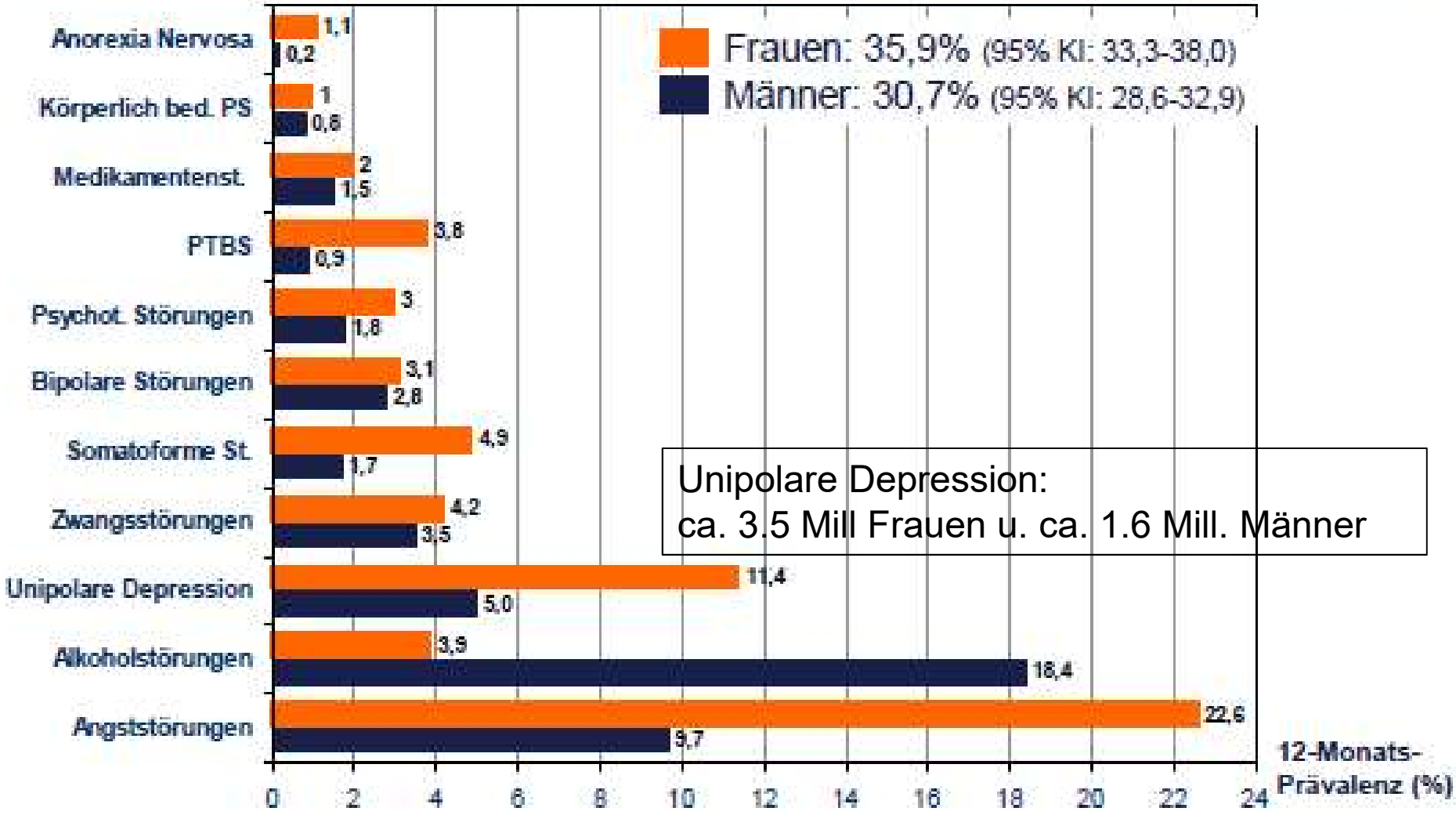
	Männer : Frauen
Phobien	1 : 2
Alkoholabusus/-abhängigkeit	5 : 1
Generalisierte Angststörung	1 : 2
Depressive Episode	1 : 2
Drogenabusus/-abhängigkeit	2 : 1
Dysthymie	1 : 2–3
Antisoziale Persönlichkeit	4 : 1
Zwangsstörung	1 : 1
Panikstörung	1 : 3
Schizophrenie	1 : 1
Manische Episode	1 : 1

Quelle: Robins LN, Regier DA (eds.) (1991). Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, Free Press.

DEGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen



Unipolare Depression:
ca. 3.5 Mill Frauen u. ca. 1.6 Mill. Männer

Fakten zur Männergesundheit in Deutschland

(https://www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/psychologie/maennergesundheit-warum-vorsorge-fuer-maenner-wichtig-ist/)

- **Übergewicht:** Fast zwei Drittel der Männer (61,6 Prozent) sind übergewichtig (Frauen: 46,7 Prozent).
- **Herzinfarkt:** Jährlich werden 142 470 Männer wegen eines Infarkts im Krankenhaus behandelt (Frauen: 69 752).
- **Rauchen:** Mehr Männer (26,4 Prozent) als Frauen (20,2 Prozent) rauchen.
- **Alkohol:** Männer trinken durchschnittlich 16.2 Alkohol täglich (Frauen 8.5 g)
- **Erschöpfung:** Immer mehr Männer klagen über körperliche und geistige Erschöpfung (seit 2010 hat sich ihre Zahl verdreifacht).
- **Alter:** Männer (Lebenserwartung 78,5 Jahre) sterben knapp fünf Jahre früher als Frauen (83,3 Jahre).

Fakten[1] zum Risiko Mann:

- Die Lebenserwartung der Männer in NRW liegt derzeit bei 76,2 Jahren.
- Mehr Männer als Frauen rauchen.
- Männer konsumieren mehr und häufiger Alkohol.
- Mehr Männer als Frauen sind sportlich aktiv, mehr Frauen als Männer bewegen sich im Alltag.
- Frauen ernähren sich gesundheitsbewusster.
- Die Unfallhäufigkeit bei Männern ist höher.
- Frauen nehmen häufiger Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch.
- Todesursache (ICD-10) Verhältnis Frauen : Männer
    - Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) 1 : 2,5
        - darunter durch Drogenkonsum (F10-F19) 1 : 2,7
        - darunter durch Alkoholkonsum (F10) 1 : 2,7
    - Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 –I99) 1 : 2,5
        - darunter Ischämische Herzkrankheit (I20-I25) 1 : 3,3
        - darunter akuter Myokardinfarkt (I21) 1 : 3,3
    - Vorsätzliche Selbstschädigung (X60-X84) 1 : 3,4

[1] Quelle: „*Gesundheit in NRW - kurz und informativ, August 2008*“, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW)

Einleitende Facts in Bezug auf Männer

35-40% aller **Psychotherapie**-Patienten sind Männer

Gesundheitsverhalten von Männern ungünstiger

Ca. 75% aller **Suizide** Männer

Häufigste psychische Störung bei Männern: **Sucht**

Schwierige Sozialisationsbedingungen von Männern („Boy Crisis“): **Bildungs-Gap**

Negativzuschreibungen zuhauf: „Toxizität“

Psychische Gesundheit von Männern

How much do you know about male psychology? – YouTube

https://www.youtube.com/watch?v=eRCLBpHifJo

https://www.centreformalepsychology.com/the-centre-for-male-psychology-newsletter

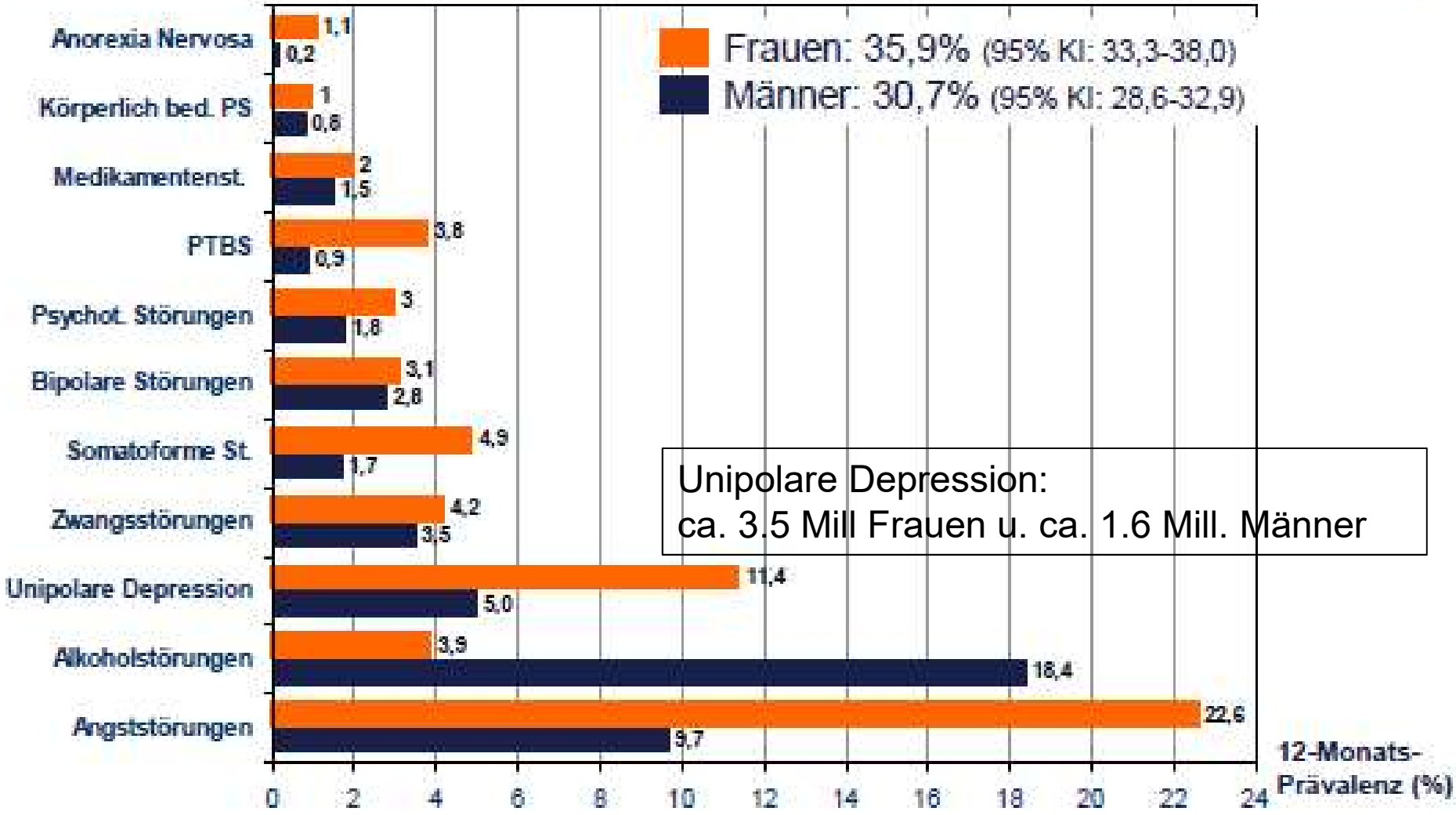
2.1 Affektive Störungen bei Männern

Schwerpunkt „Depression“

DEGS

ROBERT KOCH INSTITUT

Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen



Unipolare Depression:
ca. 3.5 Mill Frauen u. ca. 1.6 Mill. Männer

Symptomatik

Generelle depressive Befindlichkeiten bei allen Betroffenen

Dauerhafte Störung der Stimmungslage

Männerspezifische Merkmale – gibt es eine „Male Depression“?

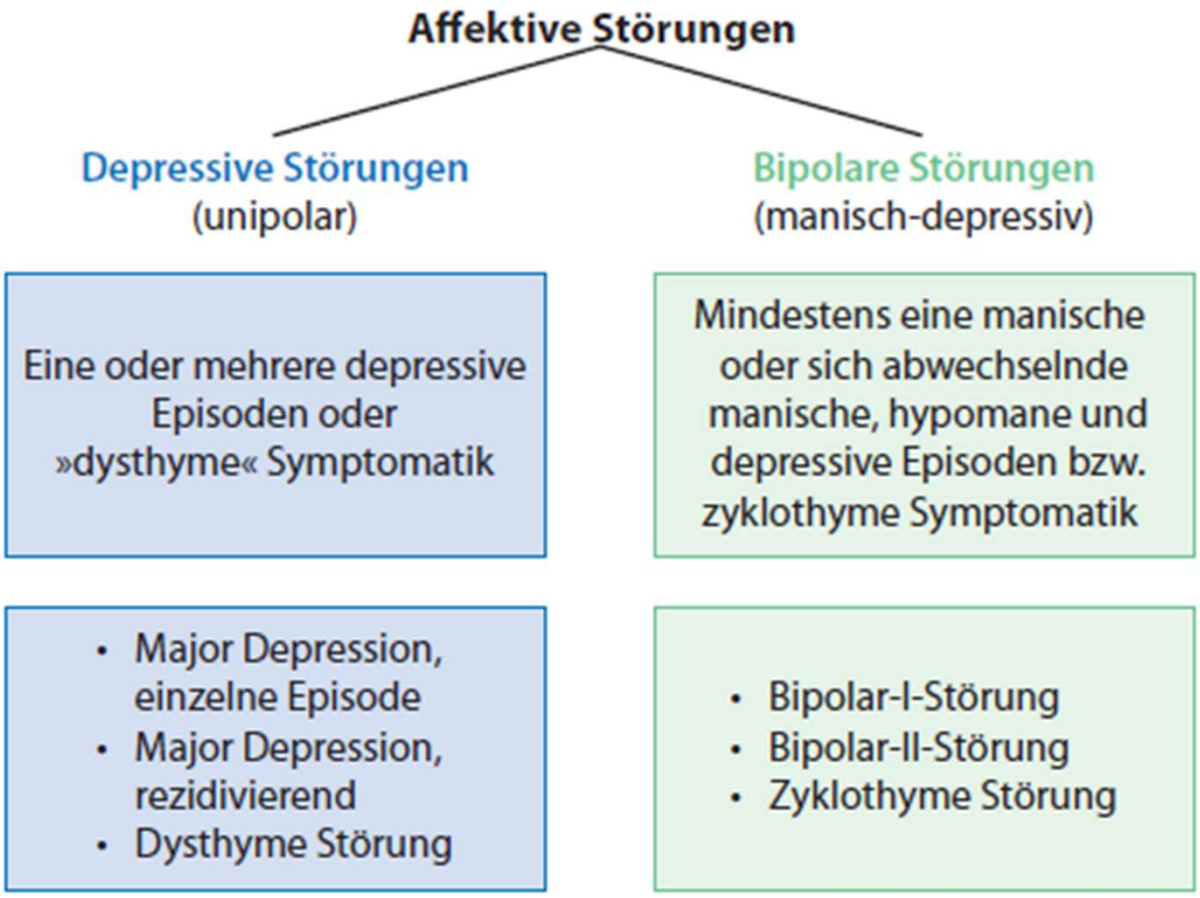


Abb. 37.1. Überblick – Affektive Störungen im DSM-IV

Wittchen & Hoyer (2006, p. 733)

Die vielen Symptome einer Depression

- **Die Symptome einer Depression** können mannigfaltig sein, so dass die Erkrankung – besonders am Anfang – oft schwer zu erkennen ist. Sie äußern sich in den Bereichen:
- **Kognition** – negatives Denken in Bezug auf sich selbst, andere und die Zukunft
- **Emotion** – Gefühle von Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Aussichtslosigkeit, Hoffnungslosigkeit
- **Motivation** – Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Gleichgültigkeit
- **Verhalten** – Verlangsamung, Leistungsprobleme, Rückzug, häufiges Weinen
- **Körper** – Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Körperschmerzen.

Majore Depression (DSM-5)

Zur Diagnose einer schweren Depression müssen ≥ 5 der folgenden Punkte in der selben 2-wöchige Periode fast jeden Tag auftreten, und einer von diesen muss depressive Stimmung oder Verlust von Interesse oder Freude sein:

- Depressive Stimmung fast den ganzen Tag
- Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten für die meiste Zeit des Tages
- Signifikante (>5%) Gewichtszu- oder abnahme oder verminderter oder gesteigerter Appetit
- Insomnia (Durchschlafstörungen) oder Hypersomnie
- Von anderen beobachtete psychomotorische Unruhe oder Retardierung (nicht selbst berichtet)
- Müdigkeit oder Antriebslosigkeit
- Gefühle der Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle
- Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder Unentschlossenheit
- Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Selbstmord, Selbstmordversuch oder einen bestimmten Plan, um Selbstmord zu begehen

Gemeinsame Symptomatik

Gemeinsame depressive Symptome bei Männern und Frauen (“shared symptoms”):

Gefühle von unbestimmter Traurigkeit und Leere, Drang zum Weinen, Schuldgefühle, Verlust von Freude und Lust, Appetit und Gewichtsverlust, Schlafprobleme (Defizite), sich gehetzt und erschöpft fühlen, Konzentrationsprobleme

Nicht alle Symptome müssen gleichzeitig auftreten!

Männer und Depression („Male Depression“) I

Es gibt die Annahme einer **männerspezifischen Form der Depression** („male depression“). Bei dieser dominieren besonders **Reizbarkeit und Aggressivität** als **Abwehrmechanismen gegenüber der depressiven Grundproblematik**. Auch **Alkohol- und Drogenkonsum als Versuch der Affektmanipulation** (antidepressive Effekte) können auftreten.

Die antidepressive Wirkung der Substanzen hält jedoch nicht lange an, und der betroffene Mann muss wieder und nach und nach mehr konsumieren. So kann **ein Teufelskreis aus Depressionsbekämpfung und zunehmendem Substanzkonsum** entstehen und in einer Komorbidität.

Für Männer stellt außerdem **der Entzug des Kontaktes zu eigenen Kindern** nach einer Scheidung (siehe „Parental Alienation Syndrome“ PAS) ein **Risiko für eine depressive Erkrankung** dar.

https://www.deutsche-depressionshilfe.de/start
https://robert-enke-stiftung.de/

Männer und Depression („Male Depression“) II

Empirisch gesichert ist, dass **depressive Männer** etwas häufiger von Schlaflosigkeit betroffen sind und mit höherer Gereiztheit reagieren als depressive Frauen. Auf Dauer können auch **suizidale Gedanken und Phantasien** auftreten („Parasuizidalität“). **Männer begehen drei- und viermal häufiger Suizid als Frauen**, oft ohne darüber vorher zu sprechen.

Die meisten dieser Männer leiden (unerkannt) an Depressionen. Bei einer Depression empfiehlt sich eine **intensive Psychotherapie** (ambulant oder stationär), oft anfangs in Kombination mit einer antidepressiven Medikation. Begleitend sollte auch **Sport** wegen seiner antidepressiven Wirkung betrieben werden. Eine der männlichen Depression nicht unähnliche Form einer psychischen Störung, die langanhaltend sein kann und mit starker Vereinsamung einhergeht, ist die **Verbitterungsstörung**.

https://mens-mental-health.de/psychische-stoerungen/#t-1611256986759

Verhaltenssymptome bei Männern

Die Verhaltensanzeichen bei Depression können sich zwischen Frauen und Männern unterscheiden.
Vor allem zeigen Männer häufiger Alkohol- und Drogengebrauch und reagieren öfter mit Ärgerattacken und riskantem Verhalten.

Männer mit depressiver Symptomatik zeigen vor allem folgende Merkmale:

1. **Mehr Alkohol trinken, Tabak rauchen, Drogen einnehmen**
2. **Vermeidung von familiären und sozialen Kontakten**
3. **Leugnung, Verschlossenheit, Abwehr**
4. **Exzessives Arbeiten ohne angemessene Pausen**
5. **Schwierigkeiten mit Verpflichtungen (Arbeit, Familie) zurechtzukommen**
6. **In Beziehungen kontrollierender und negativer werden**
7. **Mehr Risikoverhaltensweisen (Glücksspiel, Pornographie)**
8. **Suizidversuch**

Ausdruck depressiver Befindlichkeit

Depression betrifft den emotionalen Zustand von Menschen, indem sie dauerhaft eine dysphorische Stimmung erzeugt.
Frauen drücken dies meist in Traurigkeit und Verzweifelung aus.

Viele Männer zeigen ihre Befindlichkeit nicht direkt nach außen und lenken die depressive Befindlichkeit um in andere Symptome.
Frühzeichen von Depression bei Männern sind insbesondere:

Ärgerlichkeit
Gereiztheit
Verwirrtheit
leichte Frustrierbarkeit
Aggressivität

Männer im Übergang – primäre Risikophasen für Depressionen

Elternhaus – Studium oder Berufsleben

Partnerschaft – ein Kind kommt

Berufsleben – Arbeitsplatzverlust, Übergang zur Rente

Partnerschaft – Trennung, Verlust des Kindes, EKE

→Primäre Risikokontexte zur Entstehung von „Male Depression“

Emotionsausdruck bei Männern und Frauen (beobachtbar)

Although there are a few exceptions, the majority of studies reveal that women express emotions more frequently and intensely (e.g., wider smile) than men (Buck, Savin, Miller & Caul, 1972; J.J. Gross & John, 1998; Kring & Gordon, 1998; Vigil, in press), although women's and men's expressiveness is moderated by social context (Buck, Miller, & Caul, 1974; M.L. Hoffman, 1977). Gross and John identified five affective facets or subdomains that are common across measures of emotions and feelings: expressive confidence (the ability to act out emotions without feeling them), positive expressivity (the expression of positive emotions), negative expressivity, impulse intensity (intensity of feelings and difficulty controlling their expression), and masking (suppression of feelings). There were no sex differences in expressive confidence, but about 3 out of 4 women reported more positive expressivity than the average man, and 2 out of 3 reported more negative expressivity than the average man.

https://allesevolution.wordpress.com/2013/04/30/geschlechtsunterschiede-bei-gefuhlen/

Emotionserleben bei Männern und Frauen (physiologisch)

The physiological and brain imaging studies reveal a much more nuanced picture. Sometimes women show more intense physiological reactivity (e.g., sweating) than men to affect-eliciting situations (e.g., viewing an injury), consistent with their reports of more intense feelings, but sometimes they do not (Eisenberg & Lennon, 1983; Gard & Kring, 2007; Wager, Plan, Liberzon, & S.F. Taylor, 2003). Buck et al. (1974) found disconnections between expressed emotions, reported intensity of accompanying feelings, and physiological indicators of affective reactivity. In situations designed to elicit a range of affective reactions, more women than men expressed emotions, reported intense reactions, but showed little physiological indication of reactivity. In support of Grossand John's (1998) finding that men report more masking, Buck et al. found more men than women inhibited emotional expressions, reported less intense feelings, but at the same time showed stronger physiological reactivity to the situation.

https://allesevolution.wordpress.com/2013/04/30/geschlechtsunterschiede-bei-gefuhlen/

Synopse (Gehirnaktivität und Emotionen)

In a meta-analysis of brain imaging studies in this area, Wager et al. (2003) found no evidence for more overall brain activation in women than in men during the processing of affective information (e.g., car accident), but there were sex differences in the pattern of activation. The brain activity of men suggested that **they focus more on the „sensory aspects of emotional stimuli and tend to process them in terms of implications for required actions, whereas women direct more attention to the feeling state engendered by the emotional stimuli„**. If Wager et al. are correct, many women experience feelings in a more personally intense way than men.

David C. Geary; 2010: Male, Female - The Evolution of Human Sex Differences

Männerspezifische Depressionsformen

Erschöpfungsdepression (oft nach „Burn-Out“) nach chronischem Auspowern: völliger Rückzug, Leere, Suizidgedanken

Aggressionsdepression: chronische Übellaunigkeit, Schuldsuche bei anderen, Unerreichbarkeit, verbale Erregbarkeit, Negativität

Substanzinduzierte Depression: Rückzug unter Alkoholeinfluss, emotionale Unerreichbarkeit, Selbstvernachlässigung

Verbitterungsdepression: Rückzug und Vereinsamung nach Kränkungen und Zurückweisungen, selbst- und fremdabwertende Kognitionen, Feindseligkeit, „Grantigkeit“

Verlust- oder „Witwerdepression“: Verlust des Partners im Alter (Yu et al., 2021)

Männer bevorzugen handlungsorientierte Metaphern, um Gefühle auszudrücken

„The action orientation of the male brain also explains why males also tend to favour action metaphors in describing feelings. This should be considered less as an emotional deficit than as a different form of emotional literacy or language“ (Ashfield & Gouws, 2019, p. 634).

Beispiele (Depression): Ich bin in ein dunkles Loch gefallen; ich kämpfe, um über Wasser zu bleiben; ich schleppe mich seit Wochen durch die Gegend; was ich erlebe, stoppt mich auf meiner Spur; ich bin wie in einem völlig dunklen Ort eingesperrt; …)

Verbitterungsstörung

Häufiger bei Männern

Nach unerwarteten oder iterierenden Kränkungen und Verlusten

Feindseligkeit gegenüber anderen

Sozialer Rückzug, Vereinsamung

Mangel an Flexibilität und kognitiver Bewältigung

Zu den wichtigsten Symptomen der Verbitterungsstörung gehören (Linden, 2017):

- Es ist ein **schwerwiegendes negatives Lebensereignis** zu identifizieren, in dessen unmittelbarer Folge sich die psychische Störung entwickelt hat.
- Dieses Ereignis wird als **grob ungerecht, persönlich herabwürdigend oder kränkend erlebt**.
- Es besteht **ein Leiden, das aus wiederkehrenden, sich aufdrängenden und schwer kontrollierbaren Erinnerungen an dieses Ereignis** besteht.
- Es erfolgt **eine dauerhafte Reaktion mit Verbitterung und emotionaler Erregung**, wenn die Erinnerung an das Ereignis auftritt.

Verbitterungsstörung

- Zusätzlich können noch einzelne **weitere Symptome** auftreten: **Dauerhafte Herabgestimmtheit; dysphorische Grundstimmung; bei Ablenkung normaler Affekt; Gefühl der Antriebsblockade oder Antriebsverharrung; klares und durchgängiges Opfer-Selbstbild; Hilflosigkeitsgefühl gegenüber Ereignis und auslösenden Personen; Selbstvorwürfe, das Ereignis nicht verhindert zu haben; Gefühl, das Ereignis nicht bewältigen zu können; Gleichgültigkeits- und Resignationsgefühle; unspezifische somatische Beschwerden, wie Appetitverlust, Schlafprobleme, Schmerzen; phobische Reaktionen gegenüber Ort und Urheber des kritischen Ereignisses; Lebensüberdruss und Suizidgedanken; wiederkehrende Rache- und Aggressionsphantasien**.
- Die Symptome einer Verbitterungsstörung sind vielfältig und vor allem langanhaltend. Deshalb **kann sich auch zusätzlich eine depressive Störung entwickeln**, da Verbitterung als Gemütszustand schwerlich lange auszuhalten ist.

Negative Sicht der eigenen Person

Negative Sicht
der Umwelt

Negative Sicht
der Zukunft

Problem: Psychische Komorbidität (hier: die vier häufigsten psychischen Störungen)

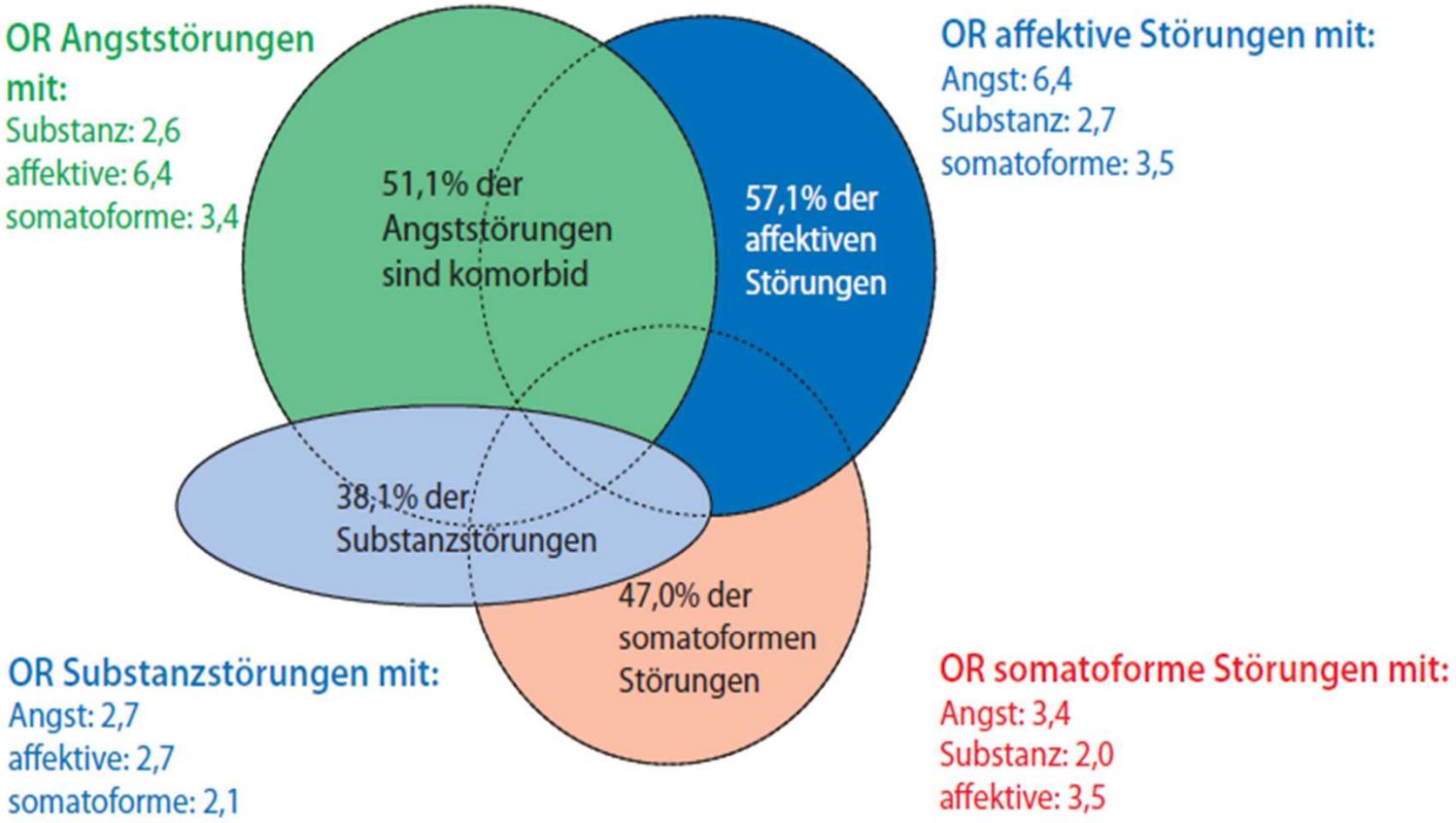


Abb. 3.7. 2-Monats-Komorbidität psychischer Störungen; OR: Odds Ratio (bivariate Zusammenhänge zwischen den Störungsgruppen), kontrolliert nach Alter und Geschlecht; alle ORs sind signifikant ($p<0,05$)

Hoyer & Wittchen, 2011

Bindungsmuster bei psychisch kranken Müttern (Cicchetti et al., 1995)

Erkrankung der Mutter	Anteil unsicherer Bindung bei Kindern
schwere Depression	47%
leichte Depression	24%
bipolare Depression	79%
Schwere Angsterkrankungen	80%
Alkoholmissbrauch	52% (davon 35% ambivalent)
Drogenmissbrauch	85% (davon 75% ambivalent)

Konfliktuelle traditionelle Rollenbilder

Männer müssen stark und ausdauernd sein, dürfen keine Schwächen zeigen (oder zumindest so wenige wie möglich).

Männer müssen erfolgreich sein, Status erlangen, Frau und Familie ernähren und dies auch im Falle einer Scheidung fortführen

Männer dürfen nicht zusammenbrechen, Schwäche zeigen, kollabieren

Männer müssen konkurrieren, rivalisieren und nach Möglichkeit gewinnen; um eine Frau - wenigstens symbolisch - kämpfen

Männer müssen klug und gebildet sein

Männer müssen attraktiv, stark und sportlich sein (modern?)

Maßnahmen gegen Gender-Empathy-Gap bis zur Misandrie („Männerverachtung und -hass“)

Vom Gender-Emapthy-Gap bis zur Misandrie

Botschaften wie „toxische Männlichkeit“, „Detox Masculinity“ usw. vergiften zunehmend die Geschlechteratmosphäre und machen es Männern immer schwieriger, sich zu öffnen (zB mit depressiven Befindlichkeiten), andere Meinungen zu vertreten (gg. den medialen Main-Stream) und Schwächen zu zeigen.

Wo Akzeptanz, Empathie und Respekt sein sollten, entsteht zunehmend Feindseligkeit und Intoleranz.

Inadäquate Bewältigungsversuche

Sedierung, Selbstintoxikation, Eskapismus

Intromovierung (Abkapselung von Umwelt)

Agitiertheit, Hyperaktivität, Aggressivität

Selbststigmatisierung (Oliffe et al., 2016)

Was hilft gegen Depression? (Frühintervention)

- **Regelmäßige körperliche Aktivität: Joggen, walken, gehen** (→ Stimmungsaufhellung durch endorphine Reaktion)

- **Tagesstruktur und Rituale schaffen**: Die Tage sind leichter zu bewältigen, wenn vorstruktuieriet und gegliedert (→ Überschaubarkeit)

- **Größere Aufgaben unterteilen:** Unüberwindlich erscheinende Aufgaben in kleinere Einheiten aufteilen (“small steps”)

- **Achtsamkeit und Meditation:** Die Gedanken unter Kontrolle bringen (Yoga, Autogenes Training, PRM), um Stress zu reduzieren und Wohlbefinden zu erzeugen

- **Sich mitteilen**: Mit Familie und Freunden reden, Gefühle mitteilen, Negativität abbauen

- **Alkohol und Drogen vermeiden:** Weniger Substanzen verbessern die Stimmung langfristig

Beispiel: Psychoedukation bei psychischen Störungen

Matthew und Ainsley Johnstone

Mit dem schwarzen Hund leben

Wie Angehörige und Freunde depressiven Menschen helfen können, ohne sich dabei selbst zu verlieren

Kunstmann

Böse Schmetterlinge

https://www.youtube.com/watch?v=7gcmcTukw5M (Krömer & Sträter)

Männlichkeit: Ein Schutzfaktor vor Depression?

In contrast, a recent meta-analysis (Lin et al, 2021) of 58 studies found #masculinity is protective against depression. The meta-analysis measured masculinity using scales like the PAQ and BSRI, which take a less negative view of masculinity than does the Man Box.

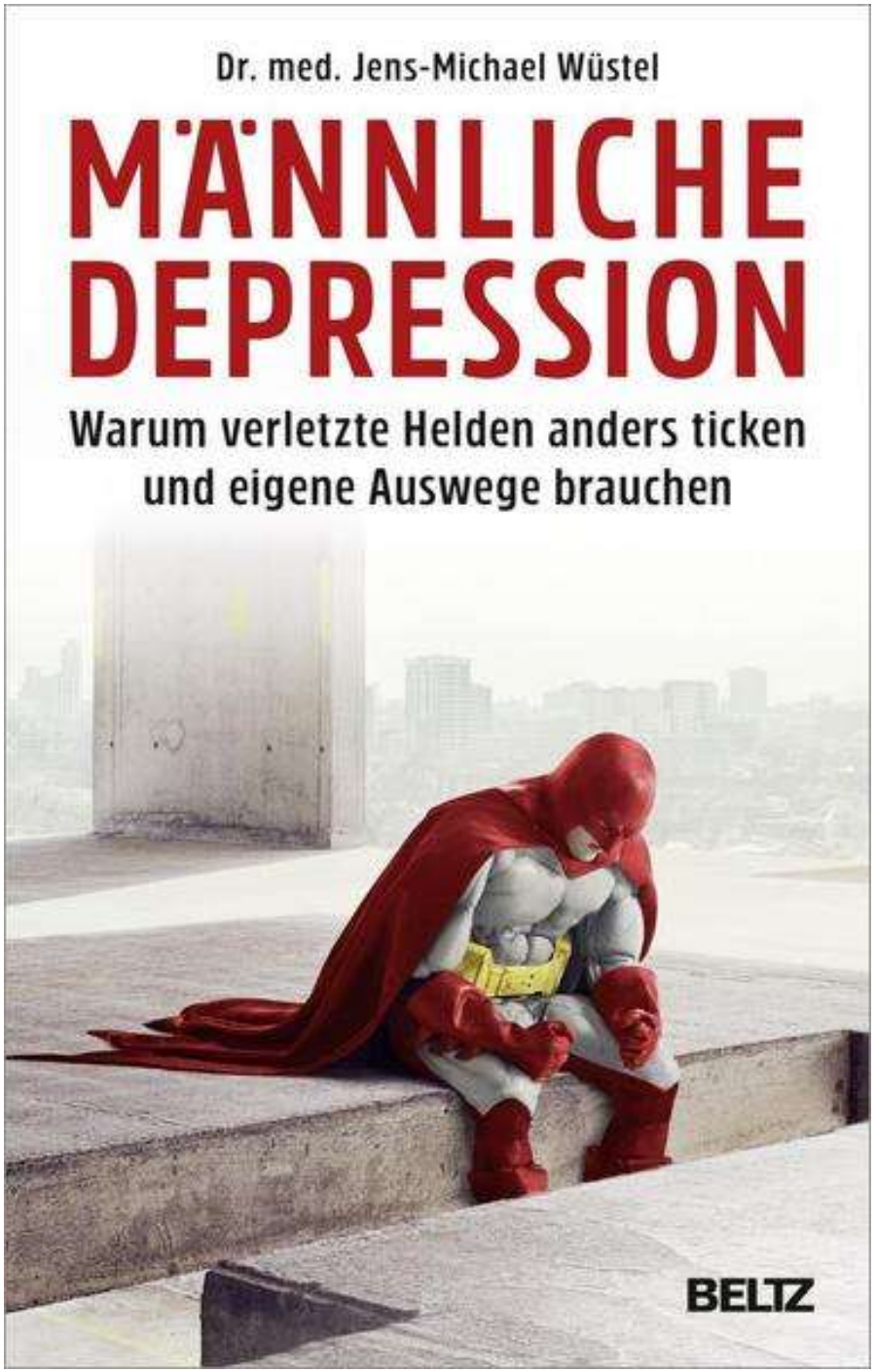
Internetadressen (Infos und Hilfen)

https://www.deutsche-depressionshilfe.de/

https://mens-mental-health.de/psychische-stoerungen

Hilfen für Männer bei Depression:

https://www.youtube.com/watch?v=zxKedBTQklk


Dr. med. Jens-Michael Wüstel
MÄNNLICHE DEPRESSION
Warum verletzte Helden anders ticken und eigene Auswege brauchen
BELTZ

WENN DAS NOCH GEHT KANN ES NICHT SO SCHLIMM SEIN
Benjamin Maack
Suhrkamp Nova

2.2 Suizide bei Männern

Stigmatisierung statt Empathie

(aus: Liddon & Barry, 2021, p. 226)

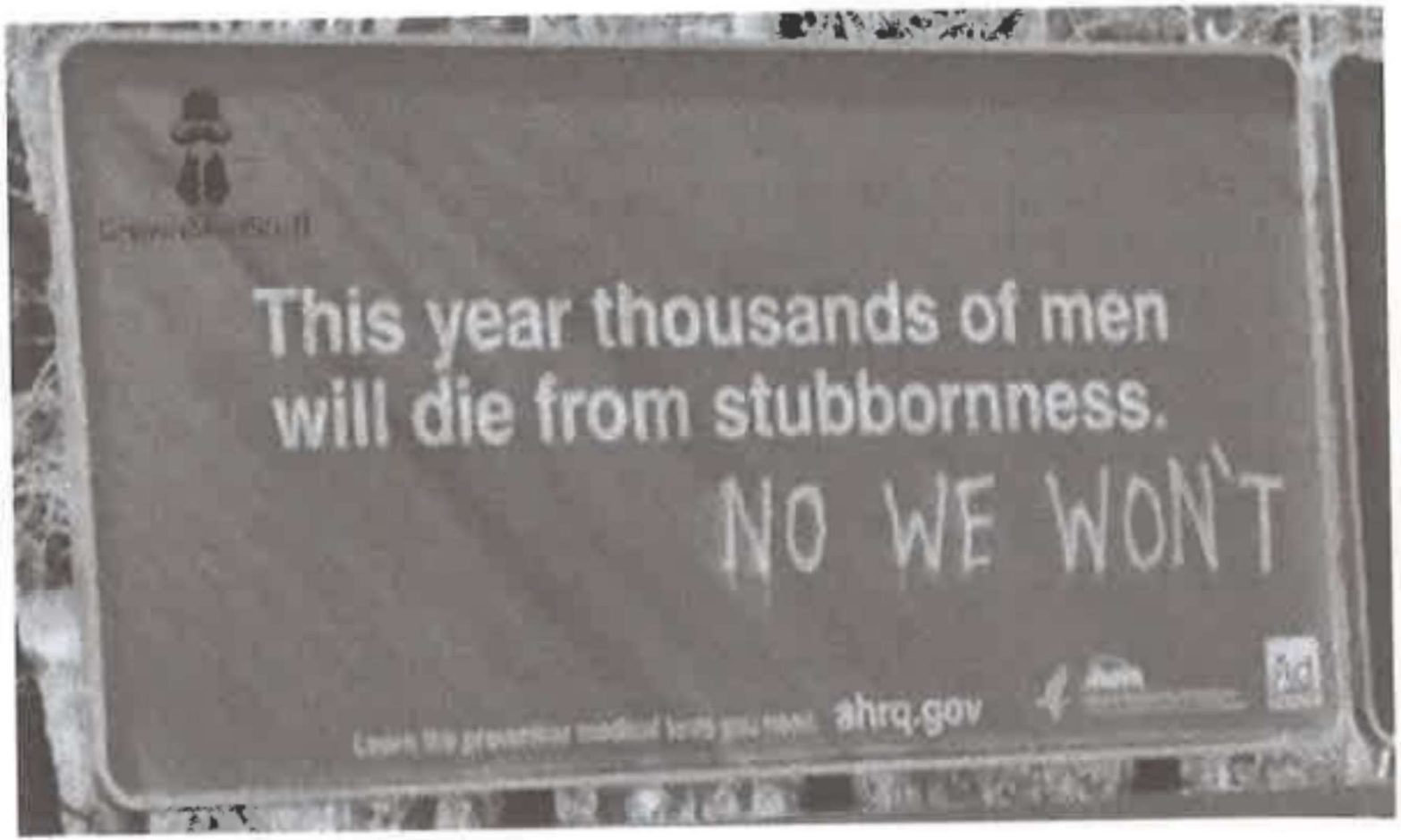


FIGURE 11.2 *Graffitied billboard. The advertising campaign was by the US Agency for Healthcare Research and Quality, designed to reduce male suicide by encouraging men to seek help.*

Problem Suizid bei Männern

3-mal häufiger als bei Frauen

Begehen etwa 75% aller Suizide (= ca. 5.500 jährlich)

Oft in Kombination mit vorheriger Depression (> 80%)

Symptomatisch für den Umgang mit depressiver Befindlichkeit

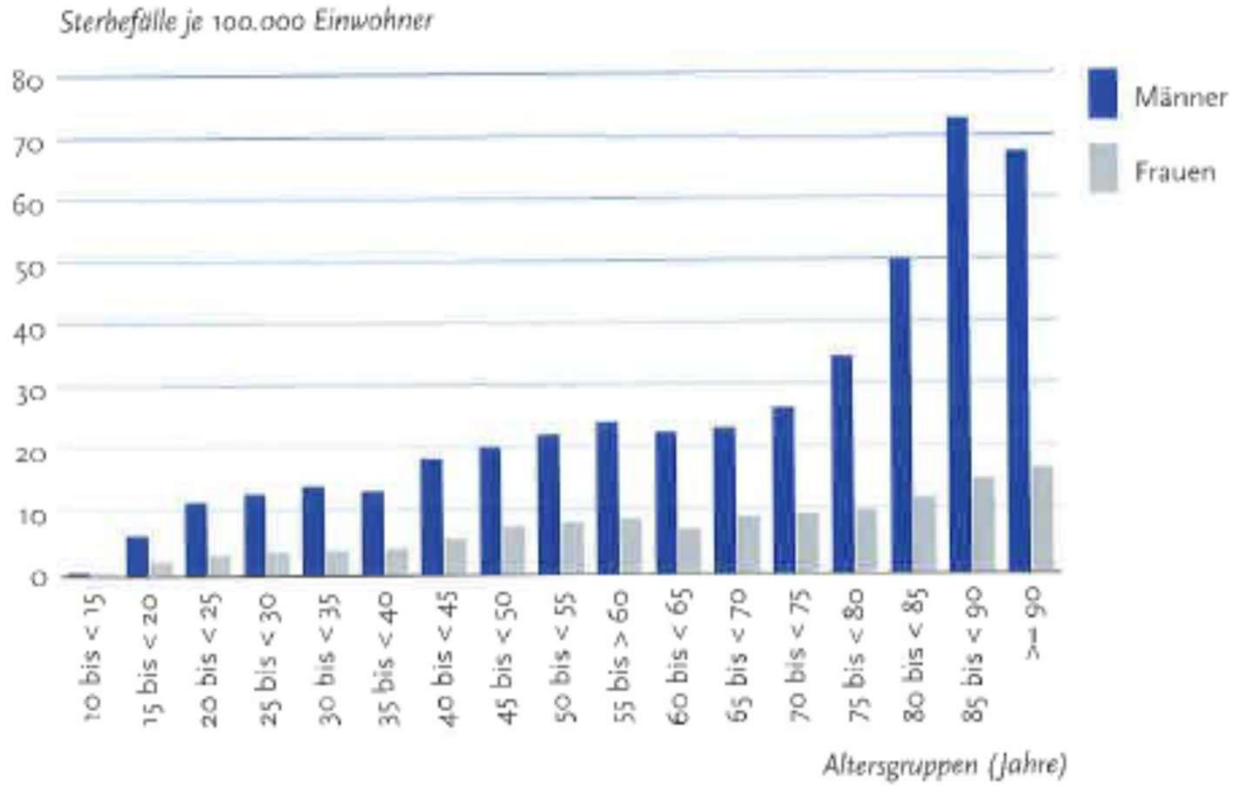
Oft ohne Suiziddrohung im Vorfeld

Psychischer Rückzug und soziale Isolation als Problemanzeigen

Selbstmord bei Männern

Weniger Suizidandrohungen (parasuizidales Geschehen), mehr Suizide. Problem: Kaum öffentliches Bewusstsein, zu wenige männerspezifische Hilfen und Anlaufstellen.

Abbildung 2.5.1
Suizid-Sterbefälle nach Geschlecht je 100.000 Einwohner im Jahr 2012
Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt [41]



Selbstmord bei Männern

(Whitley, 2021, pp. 25)

Wichtige Prognosefaktoren für Suizid bei Männern:

Mittleres Lebensalter (40-60 Lj.)

Leben in ländlichen und abgelegenen Gegenden („rurality“): OR 1.8

Weiße Ethnizität

Straffälligkeit OR: 3.0 (in Haft)

Einsamkeit und soziale Isolation

Arbeitslosigkeit und von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssituation

Getrennt, geschieden (M>F); OR: 2.01

Selbstmord bei Männern

(Whitley, 2021, pp. 33)

Suizid und Mental Health Problems

Li et al., 2011

OR:

any mental disorder 7.5

Schizophrenie 11.9

Affektive Störungen 11.0

Suchtstörung 6.9

Persönlichkeitsstörung 4.1

PTSD 3.96 (Fox et al., 2021)

Suizid bei Männern

Komorbide Konstellationen:

Besonders häufig nach Trennung und Verlusterlebnissen (auch bei EKF/PAS!)

Bei gleichzeitiger Depression am häufigsten!

Aber auch: Bei persistierender Suchtstörung

2.3 Suchtstörungen bei Männern

Suchtstörungen bei Männern

Häufigste psychische Störungen bei Männern

Ca. 70% aller Suchtkranken, besonders Alkohol, Drogen, Glücksspiel, Medien

Schlechte Erreichungsquote (Alkoholabhängigkeit ca. 18%)

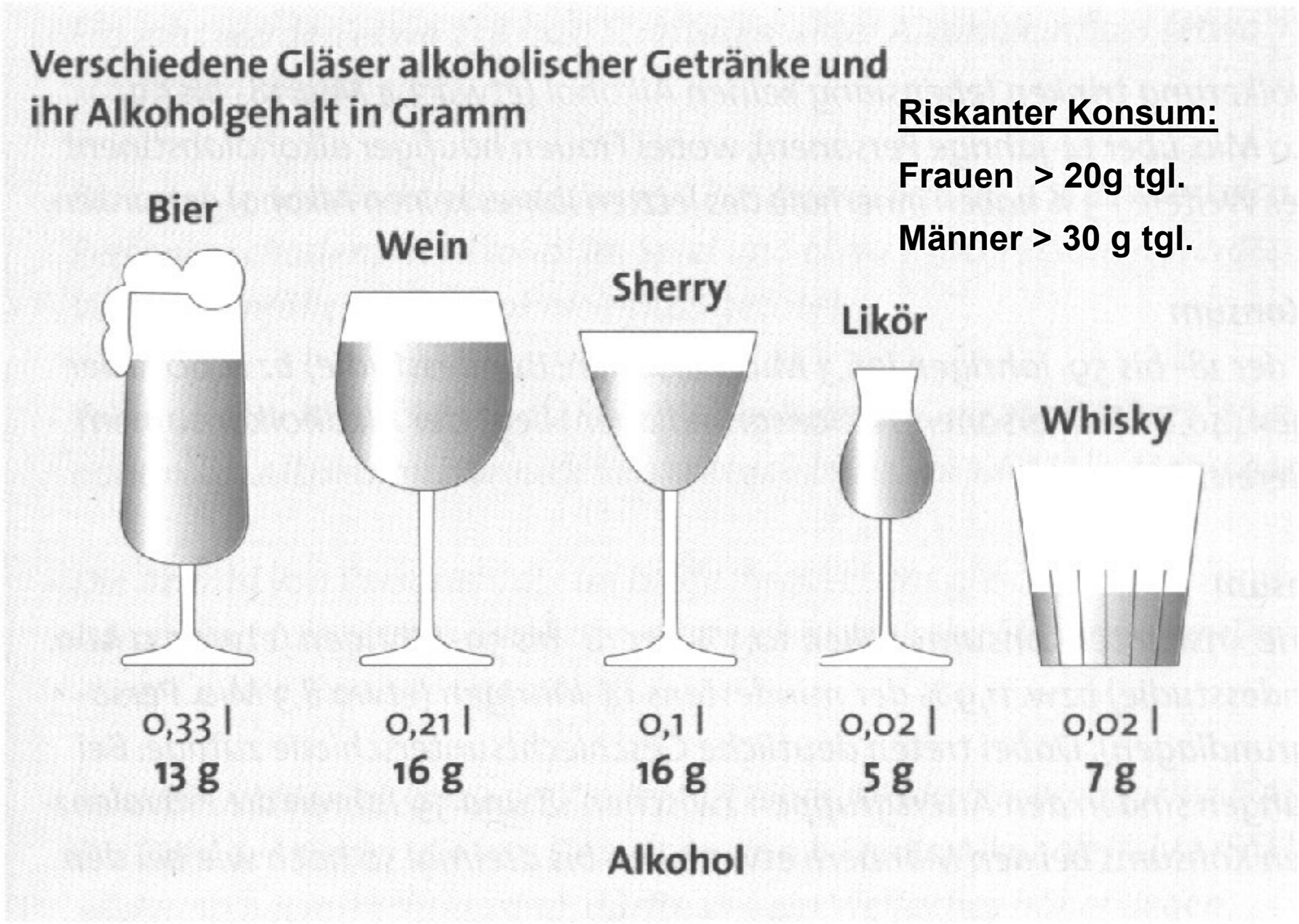
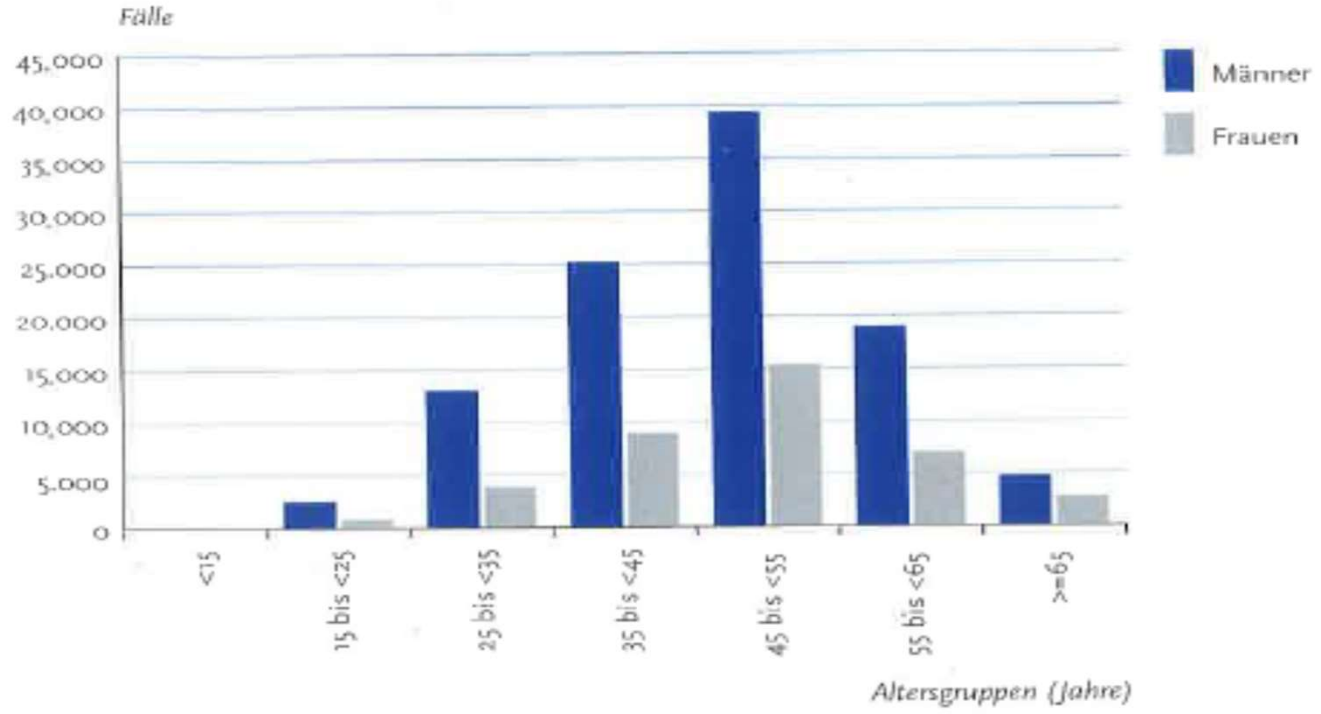


Abbildung 2.1: Verschiedene Gläser alkoholischer Getränke und ihr Alkoholgehalt in Gramm

Behandlungsfälle Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht und Alter

Abbildung 2.5-2
Fälle von Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) nach Geschlecht nach der Krankenhausdiagnosestatistik im Jahr 2012
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt [61]



Rauchen, Männer und Sozialstatus

Tabelle 3.3.1
Anteil männlicher Raucher nach sozioökonomischem Status und Altersgruppen (in Prozent)
Quelle: GEDA 2009, Robert Koch-Institut [15]

Alter	Niedriger Sozialstatus	Mittlerer Sozialstatus	Hoher Sozialstatus	Niedriger vs. hoher Sozialstatus
	Anteil (%)	Anteil (%)	Anteil (%)	OR*
18–24 Jahre	42,6	39,9	35,0	1,7
25–34 Jahre	57,9	48,4	36,8	2,4
35–44 Jahre	47,0	44,0	30,2	2,1
45–54 Jahre	45,1	38,9	28,4	2,1
55–64 Jahre	41,4	30,7	25,8	2,0
65+ Jahre	12,0	14,4	13,7	0,9
Gesamt	38,4	35,4	27,0	1,7

*OR=Odds Ratio bei statistischer Kontrolle des Alterseinflusses

Suchtstörungen bei Männern I

Der Klassiker bei Männern unter den psychischen Störungen und **die häufigste psychische Störung bei Männern** überhaupt. Die häufigsten Suchtstörungen sind **Nikotin- und Alkoholabhängigkeit**, gefolgt von der Abhängigkeit von **illegalisierten Drogen** (Opioide, Kokain, Amphetamine, Cannabis). Hinzuzufügen sind **Verhaltenssüchte**, die im ICD-11 zu den Impulskontrollstörungen zählen. Suchtstörungen sind **mit Abstand die häufigsten psychischen Störungen bei Männern**.

Suchtstörungen bei Männern II

Die Jahresprävalenz für Alkoholstörungen bei Männern beträgt 18%, d.h. **etwa jeder sechste Mann erfüllte im letzten Jahr die Kriterien einer Alkoholstörung** (Abhängigkeit oder Missbrauch). Hinzu kommen ca. 10.8% für **Nikotinabhängigkeit** (2016) und 2% für **Drogenabhängigkeit**. Drogenkonsum hat bei Männern und Frauen oft unterschiedliche Ursachen (DEGS 2, 2012). Bei Männern spielen soziale Motive (Mittrinken, Dazugehörigkeit, Konformität) oft eine besonders große Rolle.

Suchtstörungen bei Männern III

Auch dient der Alkoholkonsum auch zur Reduktion von Ängsten, Spannungen und negativen Gedanken ebenso wie zur Erhöhung des Selbstwertgefühls. Männer haben Drogen gegenüber eine **positivere Einstellung** als Frauen, sind **experimentierfreudiger** mit Drogen und **gehen eher Risiken** ein. Gerade die Überschreitung von Grenzen und Verboten kann für männliche Jugendliche ein wichtiger Anreiz sein.

Mit Hilfe von Drogen kann Männlichkeit dargestellt und inszeniert werden. Dadurch werden **Männer von der ungerechten Drogengesetzgebung**, die in der Praxis vor allem die Kleindealer und Süchtigen erwischt und bestraft, **besonders hart getroffen**

ABHÄNGIGKEITSSYNDROM (ICD-10)

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren. *(Craving)*
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums *(Kontrollverlust)*
3. Ein körperliches Entzugsyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums *(Körperliche Abhängigkeit)*
4. Nachweis einer Substanztoleranz *(Toleranzentwicklung)*
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen *(Psychische Abhängigkeit I)*
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen *(Psychische Abhängigkeit II)*

Analog einer Klassifikation der WHO wird im ICD-10 zwischen psychischen und verhaltensbezogenen Störungen durch folgende Substanzen unterschieden:

F10	Störungen durch Alkohol
F11	Störungen durch Opioide
F12	Störungen durch Cannabinoide
F13	Störungen durch Sedative oder Hypnotika
F14	Störungen durch Kokain
F15	Störungen durch andere Stimulanzien, einschl. Koffein
F16	Störungen durch Halluzinogene
F17	Störungen durch Tabak
F18	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Wieso gibt es mehr suchtkranke Männer als Frauen?

Höheres genetisches Risiko bei Jungen (Alkoholreagibilität)

Soziokulturelle Tradition zum (Mit-)Trinken

Mehr Männer- und Vätermodelle

Peer-Druck (Gleichaltrigengruppen)

Höhere Explorations- und Risikoneigung

Selbstmedikation (Störung des Sozialverhaltens)

Männerspezifische Form der Emotionsregulation

Mangelnde Copingalternativen bei Stress und Einsamkeit

Psychische Regulations- und Identifikationsprobleme (Vaterlosigkeiten)

[…]

Selbstmedikation

Ein männlicher Weg der Problembewältigung ist die Selbstmedikation von Symptomen, Emotionen und Hyperstress. Vor allem mit Alkohol, Stimulantien und riskantem Verhalten. Dieses Verhalten setzt oft ein, bevor die Symptome bewusst wahrgenommen wurden, ist also dann implizit und wird automatisiert.

Funktionalität des Substanzkonsums bei Männern

Emotionsregulation

Stressreduktion

Selbstmedikation (bei Depressivität, Angstproblemen…)

Abwehr von Ohnmachtsgefühlen

Steigerung des Männlichkeitsgefühls

Steigerung der Aggressivität

Klassisch: Macht-Ohnmacht-Alkohol-/Drogenkonsum

„Need for Power Syndrome“

„Men drink primarily to feel stronger. Those for whom personalized power is a particular concern drink more heavily“ (Mc Clelland et. al.. 1972 S.54).

Tiefenpsychologisch

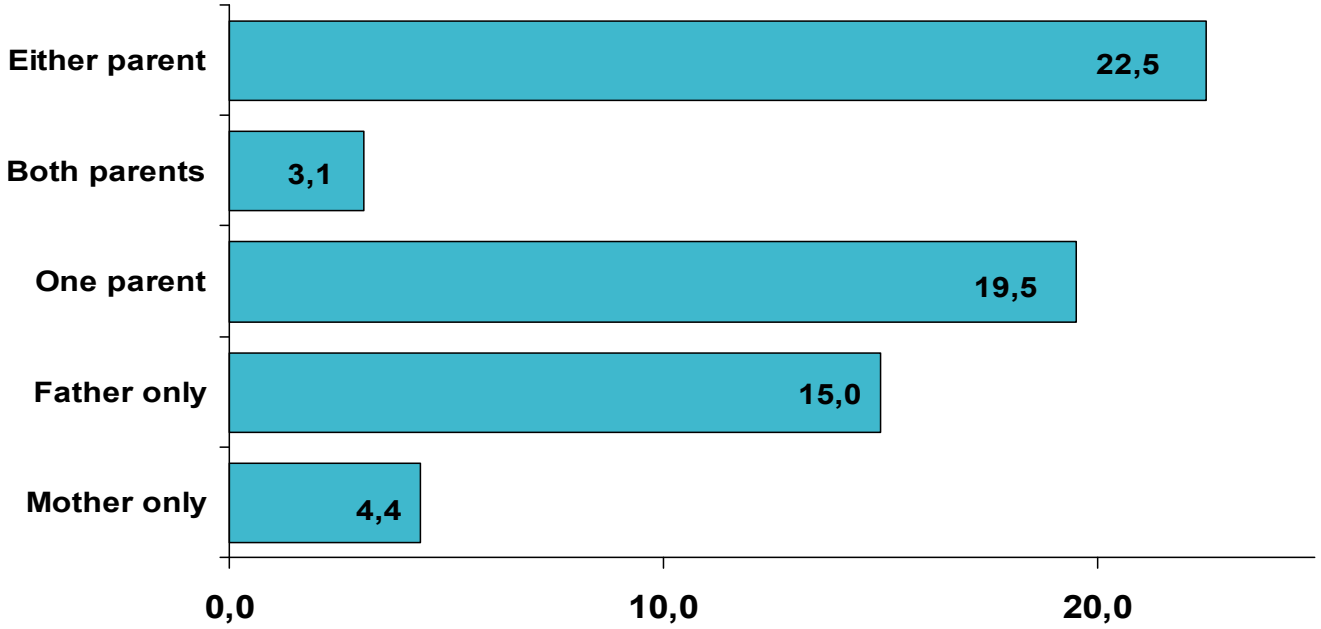
Autonomie-Abhängigkeitskonflikte

1. Abhängigkeit vs. Individuation: Im einen Extrem sucht ein Mensch mit diesem Grundkonflikt eine Abhängigkeit erzeugende Beziehung als „willkommene Abhängigkeit“, im anderen Extrem baut er dagegen eine emotionale Unabhängigkeit auf und unterdrückt alle Bindungswünsche.

2. Unterwerfung vs. Kontrolle: Im einen Extrem nimmt der Mensch die Gegebenheiten hin als Schicksal, dem er sich fügt, dabei sind Erleben und Verhalten geprägt von Gehorsam und Unterwerfung. Im anderen Extrem bestimmen Kontrolle und Auflehnung („Bekämpfen“) das Erleben und Verhalten.

3. Versorgung vs. Autarkie: Im einen Extrem führen Versorgungs- und Geborgenheitswünsche zu starker Abhängigkeit, und der Mensch wirkt passiv und anklammernd. Im anderen Extrem nimmt der Mensch keine Hilfe an und wehrt die Wünsche nach Hilfe ab, indem er sich als anspruchslos darstellt. In einer altruistischen Konfliktverarbeitung bekommen Andere die Versorgung, nach der er sich selbst unbewusst sehnt.

Frequency of alcohol problems in parents (N = 2427; Lifetime, %w; source: EDSP-study; Lieb et al., 2006)



Problem: Gleichgeschlechtliche Exposition (Väter)

Hast Du manchmal Angst vor dem Vater?

Elternteil mit Alkoholdiagnose	ja	nein	gesamt
Vater	75 (59.5%)	51 (40.5%)	126
Stiefvater	8 (66.7%)	4 (33.3%)	12
Kontrollgruppe	4 (6.6%)	57 (93.4%)	61

Klein, et al. (2009) : 11- bis 16-Jährige aus repräsentativer Jugendlichenstichprobe (N=251)

Männerspezifische Copingversuche

Bei Stress und psychischen Belastungen:

Parasuizidalität bei depressiver Befindlichkeit (Kelly et al., 2021)

Alkohol- und Nikotinkonsum

Rückzug und Vereinsamung

Exzessivität (Arbeit, Sexualität, Sport…)

Der Arbeitskreis
Mann & Sucht (LWL Münster)

Arbeitskreis für Fachkräfte aus
der Suchthilfe und angrenzenden Fachgebieten.
Dieser Arbeitskreis möchte die Profis und
Multiplikatoren in der Suchthilfe ermutigen
geschlechtsspezifische Angebote zu entwickeln,
Erfahrungen auszutauschen
und in diesem Kreis eine kollegiale
Reflexionsrunde bieten.

https://www.lwl-ks.de/de/Mann-und-Sucht/

Vaterführerschein (VAFÜ) [Klein, 2020]

- Ich als Mann: Meine Geschichte, meine Stärken und Schwächen, mein einzigartiges Profil
- Ich als Vater: Was kann ich gut, was weniger gut? Meine Ziele, Prinzipien, Zukunft
- Ich als Junge: Ein Blick auf mein Gewordensein, meine Geschichte, nötige Lösungen
- Ich und die anderen: Meine Beziehung zu meiner Herkunftsfamilie, meinen Partnern und meinen Kindern
- Beziehungen führen: Meine Stärken, meine Schwächen, mein Profil
- Ich und meine Gesundheit: Wie war´s? Wie wird´s?
- Ich und der Alkohol: Wozu? Woher? und Wie geht´s weiter?
- Ich und meine Kinder: Was war? Was ist? Was wird? Mut zur Zukunft?

Wie kann die Geschlechtsspezifität (hier: Männerspezifität) in der Suchttherapie umgesetzt werden?

- Reine Männerkliniken (von der Trinkerheilstätte des 19. Jahrhunderts zur gendersensiblen Behandlungsstätte)
- Reine Männergruppen in co-edukativen Kliniken
- Indikative Gruppen (Männer) bei co-edukativen Stammgruppen
- Männerspezifische Einzeltherapie bei ansonsten co-edukativen therapeutischen Angeboten

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

Inhalte und Module einer männerspezifischen Suchttherapie (in Anlehnung an LWL-Modell):

1. Sucht und Männlichkeit („cool und trinkfest“)
2. Der lernende Mann („Biographien in die Sucht“)
3. Mein Vater (Wo warst DU?)
4. Männerfreundschaft (nahe und doch fern?)
5. Beziehung zu Frauen (Mama, Madonna, Hure, Partnerin)
6. Gesundheit (Inspektion vergessen?)

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

Inhalte und Module einer männerspezifischen Suchttherapie:

7. **Arbeit und Freizeit („Life-Work in balance?“)**
8. **Körper und Sexualität (hardware, software, heartware)**
9. **Gewalt (Opfer, Täter, Retter und das ganze wieder von vorne)**
10. **Vaterschaft reloaded („Ich ändere den Fluss der Generationen“)**

Schlussfolgerungen

<u>Individualebene</u>

Männer sollten und können …

Mehr Selbstfürsorge entwickeln

Mehr für psychisches Wohlbefinden sorgen lernen

Ihre Verfügbarkeit (Selbstaufopferungs- und Selbstverschleißungstendenz) reduzieren

<u>Systemfragen</u>

Gesundheitliche Probleme bei Männern werden weniger fokussiert

Gesundheitliche Ungleichheiten bei Männern werden eher akzeptiert

Perspektiven, Lösungen, Hilfen

Entstigmatisierung psychischer Störungen

Bekämpfung der gesellschaftlichen Misandrie („Männerhass“)

Maßnahmen gg. „Boy Crisis“ (Bildungsversagen der Jungen) einfordern

Frühzeitige selbstwertsteigernde Hilfen im Bildungssystem

Jungen- und männerspezifische Hilfen („How to become a man?“)

Geschlechtsrollendiskurse (Wie stark und erfolgreich sollen/müssen Männer sein ?)

Männerspezifische Hilfen und Therapien (online, hybrid, real)

Inadäquate Bewältigungsversuche

Sedierung, Selbstintoxikation, Eskapismus

Intromovierung (Abkapselung von Umwelt)

Agitiertheit, Hyperaktivität, Aggressivität

Selbststigmatisierung (Oliffe et al., 2016)

Ziel: Psychisches Wohlbefinden

Das Wohlbefinden von Menschen ist zentral für die Gesamtheit der psychischen Gesundheit. Dabei führt psychisches Wohlbefinden zu subjektivem Wohlbefinden, so dass der intrapsychischen, mentalen Komponente die zentrale Bedeutung zukommt. Dieners Konzept des subjektiven Wohlbefindens mit einer affektiven und kognitiven Dimension bezieht sich auf die übliche Vorstellung von Glück. Hinzu kommen Flow-Erlebnisse als akute, tief spürbare Höhepunkte des Glückserlebens. Die amerikanische Psychologieprofessorin Carol Ryff beschäftigte sich mit der Frage, aus welchen Bestandteilen das psychische Wohlbefinden von Menschen sich zusammensetzt. Ryff (1989) fasst dabei psychisches Wohlbefinden breiter und überdauernder als subjektives Wohlbefinden. Die Dimensionen des psychischen Wohlbefindens hinsichtlich hoher Ausprägungen sind:

(1) **Autonomie** – Selbstbestimmtheit, Unabhängigkeit, Widerstandsfähigkeit gegenüber sozialem Druck, hohe Selbststeuerungsfähigkeit, Selbstevaluation durch stabiles Wertesystem.

(2) **Flexible Bewältigung** der Anforderungen der Umwelt im Lebenslauf – Hohe Kompetenz mit verschiedenen Anforderungen, gute Kontrolle über Stressoren, Zugang zu Ressourcen

Ziel: Psychisches Wohlbefinden

(3) **Persönliches Wachstum** – sieht sich als entwickelnde Person, berichtet über Wachstum und Expansion, Offenheit für neue Erfahrungen, kann seine Potentiale erkennen und realisieren, verändert und erweitert seine Potentiale über die Zeit im positiven Sinne, verändert sich durch Selbsterkenntnis und Selbstwirksamkeit

(4) **Positive Beziehungen zu anderen** – warme, intensive und vertrauensvolle Beziehungen mit anderen, kümmert sich um das Wohlergehen nahestehender Personen, fähig zu Empathie, Mitgefühl und Intimität, versteht und beachtet die Wechselbeziehung von Geben und Nehmen in persönlichen Beziehungen

(5) **Selbstakzeptanz** – Positive Einstellung zu sich selbst, Anerkennung und Akzeptanz aller Facetten des eigenen Selbst, positiver Bezug zum eigenen Lebenslauf

(6) **Sinnerfülltheit im Leben** – Ziele und Gerichtetheit im Leben, Erkennen von Bedeutungen im Leben und in der eigenen Vergangenheit, Werte in Bezug auf Lebensinhalte und Lebenszweck, aktuelle und überdauernde Sinnerfülltheit des eigenen Lebens.

Zweifaktorentheorie des menschlichen Wohlbefindens: Hedonie und Eudaimonie

Wohlbefinden und gelingendes, zufriedenes Leben unterliegt vielen Einflüssen. Dabei zeigen sich im Umgang damit immer wieder zwei Pole als besonders erfolgreich und wichtig:

Allgemeine und spezifische Lebenszufriedenheit, Selbst- und Fremdbezug, Affekte und Kognitionen. Ganz ähnlich wird dies im Zweifaktorenmodell von **„pleasure“ and „happiness“** nach Seligman & Csikszentmihályi (2001) und Ryan & Deci (2001) gesehen:

- Dabei wird davon ausgegangen, dass **zwei Hauptströmungen** für menschliches Wohlbefinden verantwortlich sind. In der **hedonistischen** Sichtweise stehen das Erleben von Vergnügen und Lust beziehungsweise die Erfüllung von subjektiv empfundenen Bedürfnissen im Vordergrund und führen zu subjektivem Wohlbefinden.
- Im Gegensatz dazu legt die **eudaimonische** Sichtweise ihren Schwerpunkt auf Bedürfnisse, die in der menschlichen Natur verwurzelt sind und im Falle der Verwirklichung zu Wachstum und Eudaimonie führen. Eudaimonie bezeichnet das **umfassende Wohlbefinden** von Menschen und kann mit dem Begriff **Glückseligkeit** erklärt werden. Wohlbefinden ist demnach im Ausdruck von Tugenden gegründet – das bedeutet, das zu tun, was wertvoll ist und in Übereinstimmung mit dem wahren Selbst zu leben. Diese beiden Bereiche sollen beide verfolgt und möglichst in Balance zueinander gebracht werden.

Die „kleinen“ Unterschiede …

Männer:
… öffnen sich nicht so schnell und es fällt ihnen schwer, sich problembelastet zu zeigen.
Und dies ist völlig normal und keine Pathologie!

Für die **Psychotherapie** heißt dies: Weg vom „One fits all“-Modell. Die übermäßig starke Emotionsfokussierung vieler Therapien entspricht dem feministischen Modell von PT. Männer brauchen eher lösungs- und prozessorientierte Psychotherapien.

Die innere Haltung von Psychotherapeuten gegenüber Männern ist entscheidend… (Barry et al., 2020)

In einer Pilotstudie mit 44 niedergelassenen Psychotherapeuten (M/W) fanden die Autoren, dass diejenigen, die an das Patriarchatsmodell im Geschlechterverhältnis glaubten, negativere Einstellungen gegenüber ihren männlichen Patienten aufwiesen.

Approach	Element	Application
Therapist	*Empathy.*	The key element for therapeutic alliance. Must be authentic.
	Client-centred.	Resist making assumptions e.g. if client says he is a victim of domestic violence, don't presume he is a perpetrator.
	Value masculine norms.	Respect masculine norms e.g. controlling feelings: 'seeking help means you are taking control of your feelings, and then better able to fix the problem'.
	Utilisation.	Use client's characteristics to their benefit e.g. if interested in sports, use sports as a metaphor for recovery.
	Demographics.	Understand specific issues based on age, background, education, ethnic group, sexuality, disability etc.
	Sex of therapist.	Check whether the client would prefer a male therapist.
Therapy	*Indirect approach.*	Start with solution focused approach and direct therapy to feelings only when client is ready to. Client may prefer to fix the problem rather than discuss feelings.
	Group.	Offer all-male groups as well as one-to-one therapy.
Techniques	*Language.*	Some language can be off-putting for men e.g. 'therapy'. Use other terms e.g. 'strategies for living'.
	Banter.	Men might use humour to deal with stress, build rapport & communicate meaningful information.
	Non-verbal communication.	Eye contact might be uncomfortable for men, especially if rapport is not established.

Männer-freundliche Psychotherapie? Es geht…

(Liddon & Barry, 2021, p. 230)

Perspektiven, Lösungen, Hilfen

Entstigmatisierung psychischer Störungen

Bekämpfung der gesellschaftlichen Misandrie („Männerhass“)

Maßnahmen gg. „Boy Crisis“ (Bildungsversagen der Jungen)

Frühzeitige selbstwertsteigernde Hilfen

Jungen- und männerspezifische Hilfen („How to become a man?“)

Geschlechtsrollendiskurse (Wie stark und erfolgreich sollen/müssen Männer sein ?)

Männerspezifische Hilfen und Therapien (online, hybrid, real), auch in der Ausbildung von PTn

Problemursache: Fehlende und mangelnde männerspezifische Sozialisation

Durch Vaterlosigkeit und Vaterabwesenheit bedingte Probleme…

Die Sozialisation zum Mann wird zum Zufallsprozess (Versuch und Irrtum durch mangelndes Feedback)

Übermäßig starke Rolle der Peers

Verunglimpfung des Männlichen in Gesellschaft und Medien

Femininisierung des Bildungsbereichs

Selbst die Jungenarbeit ist in weiten Bereichen durch genderistische Konzepte unbrauchbar

Konfliktuelle traditionelle Rollenbilder

Männer müssen stark und ausdauernd sein, dürfen keine Schwächen zeigen (oder zumindest so wenige wie möglich).

Männer müssen erfolgreich sein, Status erlangen, Frau und Familie ernähren und dies auch im Falle einer Scheidung fortführen

Männer dürfen nicht zusammenbrechen, Schwäche zeigen, kollabieren

Männer müssen konkurrieren, rivalisieren und nach Möglichkeit gewinnen; um eine Frau - wenigstens symbolisch - kämpfen

Männer müssen klug und gebildet sein

Männer müssen attraktiv, stark und sportlich sein (modern?)

Maßnahmen gegen Gender-Empathy-Gap bis zur Misandrie („Männerhass“)

Vom Gender-Emapthy-Gap bis zur Misandrie

Botschaften wie „toxische Männlichkeit“, „Detox Masculinity“ usw. vergiften zunehmend die Geschlechteratmosphäre und machen es Männern immer schwieriger, sich zu öffnen und Schwächen zu zeigen.

Wo Akzeptanz, Empathie und Respekt sein sollten, entsteht zunehmende Feindseligkeit und Intoleranz.

Digitalisierte und hybride Therapieformen als Chancen für Männer

Therapien mit mehr emotionaler Distanz bieten Chancen für Männer, die keine zu große Nähe (am Anfang) eines Hilfeprozesses möchten.

Außerdem beinhalten sie die Chance, dass der Mann mehr Kontrolle über den Therapieprozess behält und mehr steuern kann.

Beispiele:

www.hellobetter.de; www.selfapy.com; www.betterhelp.com; www.minddistrict.com; www.minddoc.de; www.instahelp.de; www.mentavio.com

What is Male Psychology? (Dr. J. Barry)

The Centre For Male Psychology Newsletter — The Centre for Male Psychology

ROBERT KOCH INSTITUT

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

The only series to be approved by the BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY

BPS TEXTBOOKS

PERSPECTIVES IN MALE PSYCHOLOGY

AN INTRODUCTION

LOUISE LIDDON
&
JOHN BARRY

The British Psychological Society

WILEY Blackwell

Thema Gendersprache als ideologisches Projekt der Misandrie

Literatur

Liddon, L., Kingerlee, R., Seager, M., & Barry, J. A. (2019). What are the factors that make a male-friendly therapy? In J. A. Barry, R. Kingerlee, M. Seager, & L. Sullivan (Eds.), The Palgrave handbook of male psychology and mental Health (pp. 671–694). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-04384-1_32

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)
Wörthstraße 10
D-50668 Köln
Email: Mikle@katho-nrw.de
www.mens-mental-health.de
www.addiction.de