

Autorinnen und Autoren:
Silvia Krumm, Reinhold Kilian,
Petra Beschoner, Thomas Becker,
Harald Gündel



Wenn Mann sein zum Problem wird Zum Verhältnis von Männlichkeitsorientierung und Depression

Zusammenfassung Frauen erkranken etwa doppelt so häufig an Depression, Männer überwiegen dagegen bei den Suiziden. Dieses Missverhältnis wirft Fragen zu geschlechtsspezifischen Besonderheiten in Diagnose und Behandlung depressiver Erkrankungen bei Männern auf. Der Aufsatz thematisiert vorliegende Befunde zu geschlechtsspezifischen Unterschieden und stellt mit dem Konzept der hegemonialen Männlichkeit eine Folie zum Verständnis des Umgangs von Männern mit depressiven Symptomen vor, das mit empirischen Befunden unterfüttert wird. Abschließend werden einige sich hieraus ergebende Konsequenzen für Praxis und Forschung diskutiert.

Depression und Geschlecht

Die Depression gilt als typische Frauenkrankheit. Frauen weisen mit einer Lebenszeitprävalenz insgesamt und altersgruppenspezifisch etwa doppelt so hohe Prävalenzzahlen für depressive Erkrankungen auf wie Männer. Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression von Frauen liegt bei 15,4% und für Männer bei 7,8% [1]. Als Ursachen der in zahlreichen deutschen und internationalen Studien belegten Überpräsenz von Frauen gelten neben neurobiologischen und hormonellen Faktoren (Östrogen) psychosoziale Faktoren weiblicher Lebenslagen wie z. B. mehrfache Rollenbelastungen alleinerziehender Frauen, mangelnder Bildungsstatus und geringere Erwerbstätigkeit aufgrund von Kindererziehung bzw. höherer Kinderzahl oder das Fehlen von Vertrauensbeziehungen [2]. Weiterhin wird als Ursache auch eine höhere subjektive Morbidität bei Frauen als Folge sozialisatorischer Prägungen (»erlernte Hilflosigkeit«) oder geschlechtsrollenstereotyper Erwartungen diskutiert, wonach Frauen eher Beschwerden wahrnehmen und über diese sprechen [2, 3]. Schließlich ist auch die Artefakt-Hypothese zu nennen, wonach die Geschlechtsunterschiede bei der Depression als Resultat methodischer Verzerrungen entstehen. Erstmals wies die 1970 publizierte Broverman-Studie auf den geschlechtsspezifischen Doppelstandard in der Beurteilung psychischer Gesundheit hin: Demnach ähnelten die psychopathologischen Beschreibungen gesunder Menschen den männlichen Charakteristika,

während weibliche Charakteristika eher einem schlechten Gesundheitszustand gleichen [4]. Die Annahme eines auf bestimmten Items in den Screening-Instrumenten basierenden Gender-Bias, der zu einer Überdiagnostizierung von Frauen führt, konnte in Studien bestätigt werden [2].

Umgekehrt wird seit einigen Jahren die Frage diskutiert, ob und inwieweit die geringere Depressionsprävalenz bei Männern als ein »echter« Geschlechtsunterschied zu verstehen ist oder nicht vielmehr aufgrund einer unzureichend diagnostizierten Depression bei Männern zustande kommt. Das in diesem Zusammenhang entwickelte Konzept der »männlichen Depression« [5] geht davon aus, dass sich Depressionen bei Männern vor allem durch externalisierende Symptome wie Reizbarkeit, Aggression, Feindseligkeit, Substanzgebrauch sowie exzessives Verhalten in Freizeit, Beschäftigung oder im Sexualverhalten auszeichnen – Symptome, die die typischen internalisierenden Depressionszeichen Niedergeschlagenheit, Erschöpfung und Resignation überdecken können [6, 7]. Gleichzeitig würden diese externalisierenden Symptome der »männlichen Depression« weniger erkannt, weil die herkömmlichen, vorwiegend an weiblichen Studienpopulationen entwickelten Screeninginstrumente vor allem internalisierende Symptome erfassen [8, 9].¹ Die These einer Unterdiagnostizierung depressiver Erkrankungen bei Männern wird durch das empirisch gesicherte »Geschlechter-Paradoxon« der Depression gestützt, das auf der einen Seite durch die (scheinbar) geringere

Depressionsprävalenz von Männern und auf der anderen Seite durch ein deutliches Überwiegen der Männer bei Suiziden charakterisiert ist [9]. Wird davon ausgegangen, dass bei der überwiegenden Zahl aller Suizide eine Depression eine Rolle spielt, scheint ein Teil der depressiven Erkrankungen bei Männern nicht (rechtzeitig) erkannt zu werden [5, 9]. Als Gründe für die Unterdiagnostizierung der Depression bei Männern werden neben dem Gender-Bias in der Diagnostik das »riskante Gesundheitsverhalten« von Männern in Form dysfunktionaler Stressverarbeitungsmuster sowie ein unzureichendes Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhalten diskutiert [9]

Gesundheitsverhalten von Männern

Männer in den Industrienationen weisen eine im Vergleich zu Frauen um fünf (z. B. Deutschland) bis 15 Jahre (z. B. Russland) verkürzte Lebenserwartung auf [12]. Die diskrepante Lebenserwartung von Frauen und Männern wird neben einigen biologischen, vor allem hormonellen Faktoren vor allem mit dem riskanteren Gesundheitsverhalten von Männern erklärt [13], wobei die Hälfte der vorzeitigen Mortalität von Männern als prinzipiell vermeidbar gilt [14]. Tatsächlich belegen zahlreiche Studien, dass Männer im Vergleich zu Frauen häufiger rauchen, mehr Alkohol trinken, eher illegale Drogen konsumieren und häufiger Übergewicht haben; zudem sind Männer aufgrund eines riskanteren Sexualverhaltens häufiger von sexuell übertragbaren Krankheiten betroffen, sie

sterben eher durch Unfälle und sind (mit Ausnahme von Sexualstraftaten) auch häufiger Opfer von Gewalttaten [14–16]. Die morbiditäts- und mortalitätsbezogenen Unterschiede zwischen Männern und Frauen werden darüber hinaus durch die mangelnde Inanspruchnahme medizinischer Angebote durch Männer erklärt. Zahlreiche Studien der letzten Jahrzehnte im nationalen wie internationalen Raum weisen nach, dass Männer trotz der höheren gesundheitlichen Risikobelastung seltener bestehende Angebote in Anspruch nehmen [17–22]. Einem Bericht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland zu den Arztkontakten im Jahr 2007 zufolge nahmen Männer mit 14 Kontakten seltener ärztliche Hilfe in Anspruch als Frauen mit 20 Arztkontakten pro Jahr – eine Differenz, die nicht alleine durch die Nutzung reproduktiver Gesundheitsangebote von Frauen erklärt werden kann. Frauen dominierten bei den Psychotherapeutenkontakten, die sie zwei- bis dreimal so häufig wie Männer aufsuchten [23]. Aufgrund der selteneren und verspäteten Kontaktaufnahme erscheinen Männer mit schwerwiegenderen Beeinträchtigungen im medizinischen Hilfesystem [15]. Im Rahmen einer in Schottland durchgeführten Fokusgruppen-Studie über ihr Hilfesuchverhalten berichteten Männer, dass sie leichteren Symptomen weniger Aufmerksamkeit schenken und medizinische Angebote erst ab einer bestimmten Symptomschwelle bzw. ab einem bestimmten Leidensdruck beanspruchten. Da die Aufmerksamkeit gegenüber leichteren Symptomen als Ausdruck von Schwäche galt, wurde das Aufsuchen medizinischer Hilfe so lange vermieden, bis dies durch objektiv eindeutige, offensichtliche Verletzung oder das Vorliegen einer ernsten Erkrankung als »legitim« erscheint [24].

Das Konzept der Hegemonialen Männlichkeit trägt zum Verständnis des männlichen Gesundheitsverhaltens bei [25, 26]. Dabei handelt es sich um ein kulturell verfestigtes Orientierungsmuster, an dem Männer sich selbst und andere messen. Körperliche Kontrolle, Unabhängigkeit, Selbstbezüglichkeit, Stärke, Robustheit und Härte gelten als männlich, wohingegen Schwäche, Verletzlichkeit oder Schmerzen als unmännlich konnotiert sind und dementsprechend verleugnet werden. Männer, die sich am hegemonialen Männlichkeitsideal orientieren, zeichnen sich häufig durch einen riskanten Lebensstil aus, der mit schwerwiegenden Konsequenzen für die Gesundheit verknüpft sein kann. Krankheitserfahrungen

als Zeichen von Schwäche bergen (für den Träger) das Risiko, in der männlichen Hierarchie abzustiegen. Die Konstruktion von Männlichkeit erfolgt neben der in Anlehnung an Männlichkeitsnormen erfolgenden Aneignung bestimmter Verhaltensweisen insbesondere auch durch Abgrenzung von als »weiblich« geltendem Verhalten. Fürsorge für die Gesundheit und für den eigenen Körper und die Inanspruchnahme von Hilfe gelten als typisch weibliches Verhalten, das mit Schwäche assoziiert und daher von Männern negativ bewertet und abgelehnt wird [26].

Subjektive Sicht von Männern

Eine Metasynthese qualitativer Studien zu den Sichtweisen von Männern auf Depression fand, dass Depression häufig mit Schwäche und Kontrollverlust sowie mit einer Erkrankung assoziiert, von der vor allem Frauen betroffen sind. In den subjektiven Krankheitstheorien der befragten Männer finden sich zahlreiche Bezüge zum Kontext der Arbeit, die über den Erfolg als Beleg für Männlichkeit gelten, während umgekehrt mangelnder Erfolg oder finanzielle Probleme von den Männern vielfach als krankheitsauslösend bzw. -erhaltend konstruiert wird. Zu den von Männern genannten Alltagsstrategien im Umgang mit einer Depression gehören vor allem die Geheimhaltung depressiver Symptome sowie ein tabuisierender Umgang, für den die Umbenennung von Depression in »Stress« oder »Burnout« charakteristisch ist. Darüber hinaus scheinen Männer eine depressive Symptomatik eher durch andere Aktivitäten zu »betäuben« bzw. zu »maskieren«. Männer berichten zudem vielfach von Strategien des »Selbstmanagements«, die es ihnen erschweren, rechtzeitig über Symptome zu sprechen und Hilfe zu suchen. Suizid ist ein dominierendes Thema und scheint von Männern als eine männlich konnotierte »Lösung« zu fungieren [27]. Passend dazu wurde auf Basis qualitativer Daten ein Prozessmodell vorgestellt, wonach Männer depressive Symptome zunächst durch ein nach innen gerichtetes Verhalten zu bewältigen versuchen (ignorieren, betäuben, entfliehen), um dann im weiteren Verlauf expressive (z.B. aggressive, selbstschädigende) Verhaltensweisen zu praktizieren, bevor – wenn überhaupt – professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird [28]. Tatsächlich finden sich Hinweise auch dahingehend, dass Konformität zu traditionellen Männlichkeitsnormen die Suizidneigung

erhöht [29]. Eine aktuelle Analyse von 45 Fällen erweiterten Suizids von Männern im US-amerikanischen Raum deutet darauf hin, dass eine nicht behandelte psychische Erkrankung in Verbindung mit einer extremen Form von Maskulinität (»Hypermasculinität«) bei Ereignissen dieser Art eine Rolle spielt [30]. Gleichzeitig deuten vereinzelt vorliegende, neuere Befunde darauf hin, dass ein eindimensionales Verständnis männlichen Gesundheitshandelns die real bestehende Vielfalt von Männlichkeitsentwürfen nicht ausreichend abbildet. Qualitative Studien weisen auf die Vielfalt an Männlichkeitsentwürfen von an Depression erkrankten Männern sowie auf »alternative« Männlichkeitsentwürfe in Form dezidierter Abgrenzungen und/oder Modifikationen traditioneller Männlichkeitsideale hin [27].

Diskussion und Ausblick

Es finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass traditionelle Männlichkeitsorientierungen mit einem erhöhten Risiko für depressive Erkrankungen einhergehen. Allerdings liefern vorliegende Studien bislang nur wenige Erkenntnisse dazu, ob und wie potenziell negative Effekte spezifischer Männlichkeitsorientierungen einer therapeutischen Intervention zugänglich sind. Aufgrund der Studienergebnisse ist die Annahme naheliegend, dass traditionelle Männlichkeitsvorstellungen sich vor allem dann negativ auf das psychische Wohlbefinden von Männern auswirken, wenn sie in Konflikt mit sich verändernden gesellschaftlichen Normen oder den individuellen Möglichkeiten zur Erfüllung der damit verbundenen Anforderungen geraten. Angesichts der zunehmenden Heterogenität und der nicht linearen Dynamik der Veränderung gesellschaftlicher Normen und Wertvorstellungen auf der einen und sozio-ökonomischer Lebensverhältnisse auf der anderen Seite wächst auch die Zahl und Vielfalt möglicher Konfliktpotenziale zwischen Männlichkeitsorientierungen und Umweltbedingungen exponentiell. Strategien, die einseitig auf eine Veränderung der Männlichkeitsorientierung zielen, greifen hier zu kurz, weil sie einerseits von einer uneingeschränkten individuellen Wahlfreiheit hinsichtlich normativer Orientierungen und andererseits von der Existenz einer zumindest idealtypisch, generell das seelische Wohlbefinden fördernden Männlichkeitsorientierung ausgehen. Beide Annahmen sind jedoch weder plausibel noch

erfahrungskonform. Vielmehr lässt sich davon ausgehen, dass Männlichkeitsorientierungen zum seelischen Wohlbefinden beitragen, wenn sie in einem angemessenen Verhältnis sowohl zu den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten als auch den lebenskontextspezifischen Möglichkeiten und Anforderungen stehen. Da unter den aktuellen Lebensbedingungen theoretisch keine der genannten Einflussgrößen konstant ist, kann eine verbesserte Anpassung grundsätzlich durch Veränderungen jeder einzelnen Größe erfolgen. Da gleichzeitig faktisch die Veränderungsmöglichkeiten jeder Einflussgröße individuellen und kontextspezifischen Grenzen unterliegen, führt die Frage nach dem geeigneten Interventionsziel männlicher Depression letztendlich zurück zum Gelassenheitsgebet und zur Stoa. Erscheint diese Einsicht in ihrer alltagsweisheitsgeprägten Schlussfolgerung zunächst simplifizierend, so liefert sie doch Anhaltspunkte sowohl für die Forschung als auch für die therapeutische Intervention. So stellt sich aus therapeutischer Sicht die Frage, welche Männlichkeitsorientierungen und lebenslagespezifischen Kontextfaktoren individuell vorliegen und wo Veränderungen möglich und sinnvoll sind, während aus wissenschaftlicher Sicht die Suche nach überindividuellen Konfliktkonstellationen, deren Ursachen und Lösungsmöglichkeiten auf mikro-, meso- und makrosozialer Ebene das zentrale Erkenntnisinteresse bildet.

Auf der Versorgungsebene haben sich mittlerweile psychotherapeutische Angebote auf die spezifischen Bedarfe von Männern spezialisiert (s. a. Bernhof et al. in diesem Heft) und Themen der (psychischen) Gesundheit von Männern sind zunehmend auf Veranstaltungen und im öffentlichen Diskurs präsent. Über die oftmals stereotypen Vorstellungen zum »typisch männlichen« Gesundheitsverhalten hinaus ist allerdings noch wenig über die vielfältigen Formen des Umgangs von Männern mit einer depressiven Symptomatik bekannt. Entsprechend beklagt der Männergesundheitsbericht ein Forschungsdesiderat »jenseits simpler geschlechtsspezifischer Häufigkeitsverteilungen« und fordert Studien, die »Stresserfahrungen, Bewältigungsverhalten, Einstellungen zur psychischen Gesundheit und Inanspruchnahme medizinischer und psychosomatischer Dienste in Abhängigkeit von sozialen Indikatoren, Männlichkeitskonzepten und Selbststigmatisierung« untersuchen [31: 79]. Die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Studie »Männlichkeitskonstruktionen und psycho-

soziales Gesundheitshandeln von Männern mit depressiven Erkrankungen« (MenDe)² knüpft hier an. Mit einer Analyse der Vielfältigkeit von Männlichkeitsentwürfen im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen trägt das Forschungsprojekt (Kooperation zwischen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II und der Psychosomatischen Klinik der Universität Ulm) zu einem differenzierten Bild der »männlichen Depression« bei und schafft damit eine empirische Grundlage für die Entwicklung einer die spezifischen Untergruppen berücksichtigenden, geschlechtergerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Form einer verbesserten Unterstützung von Männern mit depressiven Erkrankungen.

Anmerkungen

- 1 In den letzten Jahren sind eine Reihe von spezifischen Instrumenten zur Messung der männlichen Depression, allen voran die Gotland Male Depression Scale (GMDS) [10] sowie die Male Depression Risk Scale entwickelt worden [7]. Anwendungen der GMDS an klinischen Stichproben zeigten bei an Depression erkrankten Männern im Vergleich zu Frauen signifikant häufiger externalisierende Symptome [9] sowie einen höheren Alkoholkonsum [11].
- 2 Informationen zur Studie siehe: <http://www.uniklinik-ulm.de/psychiatrieII/forschung> – Projekt MenDe (DFG Fördernummern: KR3879/2, RK792/3, GU805/2). Erste Ergebnisse werden voraussichtlich 2018 publiziert.

Literatur

- 1 BUSCH MA, MASKE UE, RYL L, SCHLACK R, HAPKE U: Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2013; 56: 733–739.
- 2 MÖLLER-LEIMKÜHLER AM: Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2005; 6: 29–35.
- 3 MÜTERS S, HOEBEL J, LANGE C: Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern: GBE kompakt 4 (2). Berlin, 2013.
- 4 BROVERMAN I, BROVERMAN D, CLARKSON F, ROSENKRANTZ P, VOGEL S: Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1970; 34: 1–7.
- 5 RUTZ W, KNORRING L VON, PIHLGREN H, RIHMER Z, WALINDER J: Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. Lancet 1995; 345: 524.

- 6 AZORIN J-M, BELZEAUX R, FAKRA E, KALADJIAN A, HANTOUCHE E, LANCRENON S, ADIDA M: Gender differences in a cohort of major depressive patients: further evidence for the male depression syndrome hypothesis. J Affect Disord 2014; 167: 85–92.
- 7 RICE SM, FALLON BJ, AUCOTE HM, MÖLLER-LEIMKÜHLER AM: Development and preliminary validation of the male depression risk scale: furthering the assessment of depression in men. Journal of affective disorders 2013; 151: 950–958.
- 8 SIGMON S, PELLIS J, BOULARD N, WHITCOMB-SMITH S, EDEN-ELD T, HERMANN B, LAMATTINA S, SCHARTEL J, KUBIK S: Gender differences in self-reports of depression: The response bias hypothesis revisited. Sex Roles 2005; 53: 401–411.
- 9 MÖLLER-LEIMKÜHLER AM: Männer, Depression und »männliche Depression«. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 2009; 77: 412–422.
- 10 SIGURDSSON B, PALSSON SP, AEVARSSON O, OLAFSDOTTIR M, JOHANNSSON M: Validity of Gotland Male Depression Scale for male depression in a community study: The Sudurnesjamenn study. Journal of affective disorders 2015; 173: 81–89.
- 11 STRÖMBERG R, BACKLUND LG, LÖFVANDER M: A comparison between the Beck's Depression Inventory and the Gotland Male Depression Scale in detecting depression among men visiting a drop-in clinic in primary care. Nord J Psychiatry 2010; 64: 258–264.
- 12 GBD: Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014.
- 13 LUY M: Sex differences in mortality – time to take a second look. Z Gerontol Geriatr 2002; 35: 412–429.
- 14 European Commission: The State of Men's Health in Europe, 2011.
- 15 Robert Koch-Institut: Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014.
- 16 PINKHASOV RM, WONG J, KASHANIAN J, LEE M, SAMADI DB, PINKHASOV MM, SHABSIGH R: Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. Int J Clin Pract 2010; 64: 475–487.
- 17 ADDIS ME, MAHALIK JR: Men, masculinity, and the contexts of help seeking. Am Psychol 2003; 58: 5–14.
- 18 MANIERRE MJ: Gaps in knowledge: Tracking and explaining gender differences in health information seeking. Soc Sci Med 2015; 128C: 151–158.
- 19 HIBBARD JH, POPE CR: Gender roles, illness orientation and use of medical services. Soc Sci Med 1983; 17: 129–137.
- 20 SIEVERDING M: Geschlecht und Gesundheit, in: Schwarzer, R – Gesundheitspsychologie, 2005, 55–70.

21 GALDAS PM, CHEATER F, MARSHALL P: Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* 2005; 49: 616–623.

22 MÖLLER-LEIMKÜHLER AM: The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2003; 253: 1–8.

23 RIENS B, ERHART M, MANGIAPANE S: Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen, 2012.

24 O'BRIEN R, HUNT K, HART G: 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Soc Sci Med* 2005; 61: 503–516.

25 CONNELL RW: Der gemachte Mann: Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen, Leske & Budrich, 2000.

26 COURTENAY WH: Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 2000; 50: 1385–1401.

27 KRUMM S, CHECCHIA C, KOESTERS M, KILIAN R, BECKER T: Men's Views on Depression: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Research. *Psychopathology* 2017; 50: 107–124.

28 BROWNHILL S, WILHELM K, BARCLAY L, SCHMIED V: 'Big build': hidden depression in men. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 921–931.

29 COLEMAN D: Traditional Masculinity as a Risk Factor for Suicidal Ideation: Cross-sectional and Prospective Evidence from a Study of Young Adults. *Arch Suicide Res* 2015; 19: 366–384.

30 OLIFFE JL, HAN, CHRISTINA S E, DRUMMOND M, STA MARIA E, BOTTORFF JL, CREIGHTON G: Men, Masculinities, and Murder-Suicide. *American Journal of Men's Health* 2015; 9: 473–485.

31 MÖLLER-LEIMKÜHLER AM: Psychische Gesundheit von Männern: Bedeutung, Ziele, Handlungsbedarf; in Weissbach L, Stiehler M (Hg): *Männergesundheitsbericht 2013*. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern, Hans Huber, 2013, 63–82.

Autorinnen und Autoren

Dr. phil. Silvia Krumm

forscht an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg zu den Themen Geschlecht, Elternschaft und Gewalt.

Prof. Dr. Reinhold Kilian

ist Leiter der Sektion Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg.

Dr. med. Petra Beschoner

ist Oberärztin an der Klinik für Psychosomatik der Universität Ulm und Leiterin der Verhaltenstherapeutischen Behandlungsgruppe.

Prof. Thomas Becker

ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Prof. Harald Gündel

ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin an der Universität Ulm.