

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Gibt es eine effektive Therapie
zur Behandlung von „Male
Depression“? // Is there an
effective therapy concept for
treating “male depression”?**

Rößner V, Krieger J

Knischewitzki-Bohlken V, Menge R

Hilgert M, Hettich M

Graef-Calliess IT

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2017; 18 (2), 52-59

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025
1.-4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.-13. Juni 2026
Würzburg



Gibt es eine effektive Therapie zur Behandlung von „Male Depression“?

Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit von zwei Therapiekonzepten in Hinblick auf die Behandlung geschlechterspezifischer Symptomatik bei depressiven Störungen

V. Rößner, J. Krieger, V. Knischewitzki-Bohlken, R. Menge, M. Hilgert, M. Hettich, I. T. Graef-Calliess

Kurzfassung: *Hintergrund:* Zahlreiche Studien weisen auf eine geschlechterdifferenzierte Symptomäußerung bei Depressivität hin. Zur Diagnostik und Behandlung wird vorwiegend auf den Prototypen von Depression Bezug genommen, der nach aktuellem Erkenntnisstand eher „frauentypisch“ ist. Für die Behandlung von Symptomen wie Aggressivität, Irritierbarkeit, exzessivem Alkoholkonsum etc., die derzeit eher mit dem männlichen Geschlecht assoziiert und als „Male Depression“ (MD) bezeichnet werden, existieren bislang keine evaluierten Therapiekonzepte. *Ziel der Arbeit:* Untersuchung der Wirksamkeit auf die Symptombelastung eines auf MD angepassten Therapiekonzepts.

Material und Methoden: Studienteilnehmer waren männliche Patienten (n = 373) mit der Hauptdiagnose einer depressiven Episode (F32, ICD-10) oder einer rezidivierenden depressiven Störung (F33, ICD-10), die zum einen in einem geschlechtergemischten teilstationären Setting, mit einem auf die Therapie prototypischer Symptome depressiver Störungen ausgerichteten Ansatz, und zum anderen in einem geschlechterspezifischen teilstationären Setting, mit einem auf MD angepassten Therapiekonzept, behandelt wurden. Die Untersuchung zur Wirksamkeit der Therapien innerhalb der beiden Patientengruppen erfolgte nicht auf Basis eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns, sondern anhand einer naturalistischen klinischen Datengrundlage, bei der die Einordnung der Patienten zu dem jeweiligen Behandlungssetting durch ein offenes Zuweiserprinzip erfolgte. Offenes Zuweiserprinzip bedeutet in diesem Fall, dass das zentrale Aufnahmemanagement Patienten, in Berücksichtigung der Diagnosestellung des ein- bzw. überweisenden Facharztes, jedoch ohne eine spezifischere vorgehende Eingangsdiagnostik, dem nächsten verfügbaren teilstationären Therapieplatz des diagnosebezogenen Schwerpunktbereiches zuordnet. Unterschiede in der Reduktion allgemeiner psychiatrischer (SCL-90-R), allgemeiner depressiver (BDI-II) und geschlechts-

spezifisch depressiver Symptome (GMDS) beider Patientengruppen wurden durch eine ANOVA mit Messwiederholung überprüft.

Ergebnisse: Eine signifikante Reduktion der Belastungen konnte in beiden Patientengruppen beobachtet werden ($p < 0,01$). In Bezug auf die geschlechterspezifischen Depressions Symptome wurde eine signifikant größere Verbesserung bei den Patienten des geschlechterspezifischen Settings festgestellt, die mit dem auf MD angepassten Therapiekonzept behandelt wurden ($p < 0,01$).

Diskussion: Zum Ermöglichen einer adäquaten Versorgung sollte verstärkt für die Berücksichtigung auch „untypischer“ Symptomäußerungen bei der Depression sensibilisiert werden. Auch empfiehlt es sich, (geschlechter-) spezifische Problembereiche und damit zusammenhängende Bedürfnisse und Belastungen systematischer in bestehende therapeutische Ansätze zu integrieren.

Schlüsselwörter: Männerdepression, geschlechterspezifisch depressive Symptome, geschlechtersensible Therapie, Therapiekonzept Männerdepression, Gotland Male Depression Scale

Abstract: Is there an effective therapy concept for treating „male depression“? Study to examine the effectiveness of two therapy concepts for treating a gender-specific burden of depressive symptoms. *Background:* The literature shows a gender-specific presentation of depressive symptoms. For diagnosing and treating depression, clinicians often take under consideration only a „female“ prototype of depression with symptoms as dejection, retirement or loss of concern. Symptoms as aggressiveness, irritability, alcohol misuse are constituted as „male depression“ (MD). Actually, there do not exist any scientifically evaluated therapeutic concepts for treating such „male-specific“ depressive symptoms. *Objective:* The aim of the article was to examine the effect of a MD-specific therapy concept on reducing the burden of symptoms in male patients.

Materials and Methods: The study examined male patients with a diagnosis of a depressive episode (F32, ICD-10) or a recurrent depressive disorder (F33, ICD-10). Patients were treated in either a day clinic gender-mixed treatment-as-usual setting, which is oriented to the treatment of prototype depressive symptoms or a day clinic gender-specific setting, which was developed for treating male depressive symptoms. The investigation of the effectiveness of both therapy concepts was based upon a naturalistic clinical data set and was not conceived as a randomized-controlled study design. The assignment of patients to one of both settings was managed by the admission department. With respect to the diagnosis at admission following medical referral, patients were assigned to the next available day clinic treatment place. Analyses of differences in reduction of common psychiatric (SCL-90-R), common depressive (BDI-II) and gender-specific depressive symptoms (GMDS) in both groups of patients was conducted by an ANOVA with repeated measurement.

Results: A significant reduction of burden of all symptoms was found ($p < 0,01$). The reduction of gender-specific depressive symptoms was greater in patients that were treated by the MD specific therapy concept than in patients who underwent treatment-as-usual ($p < 0,01$).

Conclusions: When diagnosing depression, clinicians should be more aware of atypical symptoms in order to be able to provide a need-adapted and individually tailored treatment. In addition a systematic integration of gender-related problems and resulting burdens in existing therapeutic approaches is recommendable. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2017; 18 (2): 52–9.**

Keywords: Male Depression, gender-specific depressive symptoms, gender-sensitive therapy, Therapy concept of Male Depression, Gotland Male Depression Scale

■ Einleitung

Obwohl Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören, werden mögliche (geschlechterspezifische)

Eingelangt am 19.10.2015, angenommen nach Review am 14.01.2016, Pre-Publishing Online am 01.08.2016

Aus dem Klinikum Wahrendorff GmbH, Abteilung Neue Versorgungskonzepte - Forschung und Entwicklung, Sehnde/Ilten, Deutschland

Korrespondenzadresse: M.A. Soziologin Vanessa Rößner, Klinikum Wahrendorff GmbH, Neue Versorgungskonzepte - Forschung & Entwicklung, D-31319 Sehnde / Ilten, Hindenburgstraße 1, E-mail: roessner@Wahrendorff.de

Subdifferenzierungen in der Symptomäußerung bislang nur wenig berücksichtigt. Vorwiegend wird bei der Diagnostik und Therapie derzeit auf den Prototyp der Depression Bezug genommen, der sich vornehmlich durch klassische Symptome wie Niedergeschlagenheit, Grübeln, Rückzug, Antriebs- und Interessenverlust etc. äußert und eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wird. Einige Studien legen nahe, dass insbesondere Männer häufig als bisher „untypisch“ geltende Symptome einer Depression wie Aggressivität, Irritabilität, Alkoholkonsum etc. aufweisen. Depressivität bei Männern wird dadurch häufig nicht entsprechend erkannt oder falsch

behandelt. In diesem Beitrag wird deshalb die Auswirkung eines speziell für „Male Depression“ (MD) entwickelten Therapiekonzepts auf die Symptombelastung untersucht.

Die soziale Geschlechterrolle („Gender“), welche über die gesellschaftliche Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit gestaltet wird, hat Auswirkungen auf die Identität und das Selbstkonzept des Individuums: Durch die Vorgabe spezifischer Werte und Normen wird festgelegt, welche Fähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen und Verhaltensweisen für eine Frau und für einen Mann angemessen und sozial erwünscht sind. Andererseits gliedert sie den Zugang zu personalen, sozialen und materiellen Ressourcen [1]. Gender übt zudem einen großen Einfluss auf die Vorstellung von (geschlechts-) spezifischen Gesundheitskonzepten aus und strukturiert somit auch die Grundlagen und Risiken für körperliche und psychische Erkrankungen [1–3].

Empirische Befunde geben Hinweise darauf, dass Gender insbesondere bei depressiven Erkrankungen eine hohe Bedeutung aufzuweisen scheint [1, 2, 4]. Internationale Studien zeigen, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein 2- bis 3-fach höheres Risiko haben, eine unipolare Depression diagnostiziert zu bekommen [1, 2]. Nach aktuellen Daten wird alleine in Deutschland innerhalb von 12 Monaten bei 10 % der erwachsenen Frauen – im Vergleich dazu bei 5 % der Männer – eine Depression diagnostiziert [5]. Allerdings gibt es bislang keine belastbaren Daten, die die Ursachen eines tatsächlich geringeren Depressionsrisikos bei Männern belegen [1, 3]. Vielmehr gibt die 3- bis 10-mal höhere Suizidrate von Männern Hinweise darauf, dass beide Geschlechter ein eher vergleichbares Risiko aufweisen könnten [1, 5, 6]. Hierbei muss natürlich berücksichtigt werden, dass Suizide mit multiplen Faktoren in Zusammenhang stehen und nicht ausschließlich aufgrund von depressiven Störungen vorgenommen werden. Dies legt die Vermutung nahe, dass Depression bei Männern häufiger unerkannt und unbehandelt bleibt [1, 7, 8]. Auf Grundlage des bisherigen Forschungsstandes lässt sich diese Vermutung auf drei zentrale Faktoren zurückführen: mangelnde Hilfesuche, dysfunktionale Stressverarbeitungsmuster und Gender Bias in der Depressionsdiagnostik [1, 3].

Die traditionelle männliche Geschlechterrolle ist orientiert an Leistung und Erfolg sowie der Ausübung von Macht bzw. Dominanz und somit charakterisiert durch Kontrolle, Mut, Autonomie, Rationalität und Unverletzlichkeit [9]. Dieses Ideal „hegemonialer Männlichkeit“ erfordert eine ständige Bewältigung von Bedrohungen und Schwierigkeiten, bei gleichzeitiger Unterdrückung von als weiblich geltenden Emotionen wie Angst, Unsicherheit, Schwäche, Traurigkeit und Hilflosigkeit [3, 9]. Zudem ist im Männlichkeitsstereotyp Hilfesuchverhalten nicht vorgesehen, da dies Statusverlust und damit die Aufgabe von Autonomie bedeuten würde [1]. Auf dieser Basis bedeutet für Männer Gesundheit in erster Linie körperliche Funktionsfähigkeit und „Abwesenheit von Krankheit“ [3]. Dieses verringerte Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhalten führt zu einer Unterrepräsentation von Männern in nahezu allen medizinischen Versorgungsstrukturen [1, 3]. Darüber hinaus sind Männer insgesamt stärker an sozialem Status orientiert und weisen stärkere psychobiologische Stressreaktionen bei Stressoren auf, die ihren sozialen Status bedrohen [1, 10].

Wird eine Statusbedrohung des Männlichkeitsideals – und damit verbundene Rollen- und Identitätskonflikte – wahrgenommen, wird häufig mit dem „fight or flight“-Muster reagiert und versucht, die bedrohte Männlichkeit mit rollenkompatiblen ausagierendem Verhalten zu kompensieren [1, 3].

Auch in Bezug auf die Äußerung depressiver Symptome zeigen sich ähnliche Ergebnisse: Zwar weisen beide Geschlechter Kernsymptome wie Niedergeschlagenheit, Antriebs- und Interessenverlust, Schuldgefühle etc. auf, aber Männer berichteten diese als „typisch“ bezeichneten depressiven Symptome signifikant weniger häufig als Frauen [11, 12]. Insbesondere wurden neben den üblichen Symptomen vor allem auch Symptomäußerungen wie Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, antisoziales sowie Risiko- und Suchtverhalten bei depressiven Männern festgestellt [1, 11–13]. Unter dem Konzept „Male Depression“ (MD) zusammengefasst, wird die Annahme vertreten, dass geschlechtsspezifisch unterschiedliche Stressverarbeitungsmuster existieren, die dazu führen, dass Männer Depressivität und emotionale Belastung anders wahrnehmen, äußern und bewältigen als Frauen. Während Frauen sich mit ihren Gefühlen auseinandersetzen, ins Grübeln verfallen etc., können depressive Symptome bei Männern eher durch geschlechtstypische Stresssymptome maskiert sein [5].

Für die Diagnostik einer Depression wird allerdings vorwiegend auf den Prototyp der Depression Bezug genommen, der hauptsächlich auf internalisierenden Copingstrategien bzw. Symptomen basiert und dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wird [1, 3]. Bei externalisierenden Strategien bzw. Symptomen wie Aggressivität, Irritabilität, Aktivismus, Feindseligkeit oder exzessiver Alkoholkonsum [14] handelt es sich hingegen um eher „untypische“ Verhaltensweisen, die überwiegend als „männliche“ Abwehrstrategien interpretiert werden und somit nicht in den führenden Depressionsinventarien enthalten sind [1, 7, 13].

Folge: Depressivität wird bei einem Großteil der betroffenen Männer nicht erkannt und somit nicht behandelt [1, 2, 7, 15]. Zudem ist die Gefahr von Fehldiagnosen wie dissozialer Persönlichkeitsstörung oder Alkoholabhängigkeit begünstigt [1, 15]. Obwohl bereits an dieser Stelle kritisch anzumerken sei, dass zur Absicherung bzw. Abgrenzung des Konzepts MD von anderen psychiatrischen Störungsbildern (bspw. Persönlichkeitsstörungen/-akzentuierungen, Substanzabusus) und dem Einfluss von Komorbiditäten auf MD weitere wissenschaftliche Untersuchungen vorgenommen werden sollten.

Ziel dieses Artikels ist es, zu untersuchen, ob die Behandlung von männlichen depressiven Patienten nach einer für sie angepassten Therapie erfolgreicher ist als eine bisher übliche Behandlung. Hierfür wurde die Entwicklung der Symptombelastung im Behandlungsverlauf auf Grundlage einer naturalistischen klinischen Datenbasis betrachtet. Neben den allgemeinen psychiatrischen Symptomen wurde der Fokus auf den Vergleich der Entwicklung von MD kennzeichnender Symptomausprägung gelegt. Die MD kennzeichnende Symptomausprägung wurde erhoben durch ein validiertes Instrument, welches speziell zur Erfassung geschlechtsspezifisch depressiver Symptomausprägung bereits international eingesetzt wird.

Tabelle 1: Gegenüberstellung der therapeutischen Settings

	Patientengruppe 1	Patientengruppe 2
Setting	Geschlechtergemischt	Geschlechterspezifisch
Zielgruppe	Männliche & weibliche Patienten	Ausschließlich männliche Patienten
Behandlungsplatzanzahl	43 (2 Tageskliniken)	24 (1 Tagesklinik)
Symptombereich	Ausschließlich klassische Depressionssymptomatik (bspw. Niedergeschlagenheit, Interessenlosigkeit), unabhängig von Geschlecht	Geschlechterspezifische Depressionssymptomatik (bspw. Irritabilität und Risikoverhalten) in Berücksichtigung von männlichem Rollenverständnis sowie klassischer depressiver Symptomatik
Therapiebausteine Einzel- und Gruppentherapie	<p>Psychoedukation inkl. Motivationsgruppen</p> <p>Emotionsregulationstraining, Problembewältigungstraining</p> <p>Gruppentraining sozialer Kompetenzen</p> <p>Sporttherapie, Progressive Muskelrelaxation</p> <p>Achtsamkeitstraining, Imagination</p> <p>Ergotherapie</p>	<p>Psychoedukation inkl. themenzentrierte Männergruppe (Themenbereiche: Integration männlicher sozialer Belastungen, wie Doppelbelastung Beruf/Familie, Einsamkeit, männliche Sexualität)</p> <p>Emotionsregulationstraining mit Fokus auf Überwindung „männerspezifischer“ dysfunktionaler Bewältigungsstrategien (bspw. „Gefühlen Raum zu geben statt Verdrängung“), Stresstoleranz/-regulationstraining, Problembewältigungstraining, Anti-Gewalt-Training</p> <p>Gruppentraining sozialer Kompetenzen mit Fokus auf männlicher Rolle (gegen Rückzug und „Nichtsprechen“)</p> <p>Erhöhte Körperbezogene Therapie: insbesondere Außenaktivitäten z. B. Fußball, Nordic Walking, Physioyoga, Progressive Muskelrelaxation</p> <p>Achtsamkeitstraining, Imagination</p> <p>Ergotherapie, „Cook Mahl“ (gemeinsames Kochen)</p>

Gegenüberstellung relevanter Therapieschwerpunkte, getrennt nach geschlechtergemischtem therapeutischen Setting (Patientengruppe 1) und geschlechterspezifischem therapeutischen Setting (Patientengruppe 2)

In der Studie wurde eine männliche Patientengruppe (PG) in einem geschlechterdifferenzierten, mit einem auf MD angepassten Therapiekonzept und eine in einem geschlechtergemischtem Setting, mit einem auf die Therapie prototypischer Symptome ausgerichteten Ansatz, behandelt. Die Zuordnung zu den jeweiligen teilstationären Behandlungssettings erfolgte nicht durch Randomisierung, sondern auf Basis eines offenen Zuweiserprinzips. Offenes Zuweiserprinzip bedeutet, dass das zentrale Aufnahmemanagement Patienten, in Berücksichtigung der Diagnosestellung des ein- bzw. überweisenden Facharztes, jedoch ohne eine spezifischere vorgehende Eingangsdagnostik dem nächsten verfügbaren teilstationären Therapieplatz des diagnosebezogenen Schwerpunktbereiches zuordnet. Das bedeutet, dass die Patienten des geschlechterspezifischen Settings für die Behandlung mit einem auf MD angepassten Therapiekonzept auch nicht zwangsläufig durch eine MD-spezifischere Symptomatik gekennzeichnet sein mussten. Durch die Möglichkeit der Zuweisung nach Verfügbarkeit eines freien Therapieplatzes sollen lange Wartezeiten bzw. Abbrüche in der Behandlungskette vermieden werden. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte in einer psychiatrisch-psychosomatischen Klinik im Großraum Hannover, welche ein speziell auf die Behandlung der Symptome einer MD ausgerichtetes Therapiekonzept entwickelt hat. Ein überblicksartiger Vergleich beider Therapiekonzepte kann der Tabelle 1 entnommen werden. Die Behandlung mittels eines auf MD angepassten Therapiekonzepts ist unter anderem durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

Innerhalb des geschlechterspezifischen Settings werden ausschließlich männliche Patienten behandelt. Neben prototypischen depressiven Symptomen wird der Fokus zudem vor allem auf die Behandlung nicht prototypischer, MD-kennzeichnender Symptome gelegt. Es wird unter anderem eine themenzentrierte Männergruppe angeboten, in der männliche Patienten Probleme in Bezug auf „heikle“ Themenbereiche, wie bspw. Sexualität und Aggression (auch innerhalb des häuslichen Umfelds), offen ansprechen und besprechen können. Dieses „Unter-sich-sein“ kann von den männlichen Patienten als eine deutliche Erleichterung empfunden werden und somit die Offenheit im therapeutischen Geschehen fördern. Darüber hinaus wird, zum Abbau unter anderem von Aggressivität und innerer Unruhe, eine verstärkte körperbezogene Therapie in Form eines deutlich erhöhten Sport- und Bewegungsangebots durchgeführt.

■ Patienten und Methoden

Einschlusskriterien Patienten

In die Studie eingeschlossen wurden männliche Patienten, die im Zeitraum vom 01.01.2013 bis 31.12.2014 mit der Hauptdiagnose (HD) einer depressiven Episode (F32, ICD-10) oder einer rezidivierenden depressiven Störung (F33, ICD-10) teilstationär in das Klinikum Wahrenndorf aufgenommen wurden. Auf Basis des offenen Zuweiserprinzips wurden die Patienten entweder in einem geschlechtergemischtem Setting (PG 1), mit einem auf die Therapie prototypischer Symptome ausge-

Tabelle 2: Charakterisierung der Gesamtstichprobe (n = 373)

Merkmal	Kennwert	Patientengruppe 1 (geschlechter- gemischtes Setting)	Patientengruppe 2 (geschlechter- spezifisches Setting)	p
Hauptdiagnose (ICD-10)				
depressive Episode (F32)	n (%)	51 (35,4)	109 (47,6)	0,021 ¹
rezidivierende depressive Störung (F33)		93 (64,6)	120 (52,4)	
Nebendiagnose (ICD-10)				
Psychische und Verhaltensstörungen durch psycho- trope Substanzen (F1)		63 (55,8)	48 (33,3)	0,008 ¹
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	n (%)	35 (30,9)	61 (42,4)	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)		10 (8,9)	19 (13,2)	
Sonstige		5 (4,4)	16 (11,1)	
Erkrankungsdauer				
< 6 Monate	n (%)	19 (16,9)	52 (26,4)	0,058 ¹
> 6 Monate		93 (83,1)	145 (73,6)	
Verweildauer in Tagen				
	MW (SD)	44,3 (18,9)	56,9 (21,2)	0,000 ²
Suizidalität				
Ja	n (%)	13 (11,6)	35 (17,9)	0,141 ¹
Nein		99 (88,4)	160 (82,1)	
Autoaggression				
Ja	n (%)	10 (8,9)	12 (6,2)	0,381 ¹
Nein		103 (91,1)	183 (93,8)	
Fremdaggression				
Ja	n (%)	6 (5,4)	10 (5,1)	0,921 ¹
Nein		105 (94,6)	185 (94,9)	
Alter in Jahren				
	MW (SD)	42,8 (11,7)	43,5 (10,7)	0,522 ²
Familienstand				
ledig	n (%)	65 (48,8)	79 (35)	0,013 ¹
verheiratet		40 (30,1)	106 (46,9)	
geschieden / getrennt		28 (21,1)	41 (18,1)	
Wohnverhältnis				
Privatwohnung / Wohngemeinschaft	n (%)	111 (99,1)	200 (100)	0,181 ¹
Psychiatrisches Wohnheim		1 (0,89)		
Lebensform				
allein	n (%)	55 (49,1)	56 (28)	0,000 ¹
nicht allein		57 (50,9)	144 (72)	
Schulbildung				
Hauptschule	n (%)	33 (29,5)	67 (34,2)	0,837 ¹
Realschule		54 (48,2)	82 (41,8)	
Abitur		22 (19,6)	42 (21,4)	
ohne		2 (1,8)	4 (2,1)	
Sonderschule		1 (0,9)	1 (0,5)	
Berufsausbildung				
Lehre	n (%)	76 (67,9)	113 (57,4)	0,067 ¹
(Fach-)Hochschule		18 (16,1)	28 (14,2)	
Fach- / Meisterschule		6 (5,4)	26 (13,2)	
ohne		10 (8,9)	29 (40,7)	
Sonstige		2 (1,8)	1 (0,5)	
Beschäftigung				
Arbeitslos / -suchend	n (%)	39 (35,1)	40 (20,2)	0,021 ¹
Vollzeit		49 (44,1)	131 (66,2)	
Teilzeit		6 (5,4)	6 (3,1)	
Sonstige		17 (15,4)	21 (10,5)	

Verteilung klinischer und soziodemografischer Merkmale von Patientengruppe 1 (geschlechtergemischtes therapeutisches Setting, Behandlung mittels regulärem Therapiekonzept) und Patientengruppe 2 (geschlechterspezifisches therapeutisches Setting, Behandlung mittels auf MD angepasstem Therapiekonzept)

Abkürzungen: n Anzahl Patienten; MW Mittelwert; SD Standard Deviation; p zweiseitige Signifikanz, p-Wert auf Grundlage Prüfwert

¹Chi²-Test, ²Student t-Test

richteten Ansatz, oder in einem geschlechterspezifischen Setting (PG 2), das durch spezielle Module verstärkt auf die Therapie der Symptome einer MD ausgerichtet ist, behandelt. Es erfolgten keine Altersbegrenzung und kein Ausschluss auf Grundlage bestimmter Nebendiagnosen oder soziodemografischer Merkmale.

Instrumente

Untersucht wurde die allgemeine psychiatrische, allgemeine depressive und geschlechterspezifische depressive Symptombelastung bei Aufnahme und Entlassung. Die Mindestaufenthaltsdauer wurde auf vier Tage festgelegt.

Die allgemeine psychiatrische Symptombelastung wurde durch die Symptom-Checklist-90 (SCL-90-R) erfasst¹⁾. Als Kennwert für die grundsätzliche psychische Belastung wurde der Global Severity Index (GSI) verwendet. Die allgemeine depressive Symptomatik wurde durch das Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II) und die geschlechtsspezifisch depressive Symptomausprägung durch die Gotland Male Depression Scale (GMDS) gemessen²⁾. Das international eingesetzte Instrument erfasst die Symptome einer MD [13]. Sie besteht aus 13 Items, wobei die Symptomausprägung auf einer 4-stufigen Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 3 („stimmt genau“) eingeschätzt und durch einen Gesamtwert berechnet wird³⁾. Alle in der Studie eingesetzten Testungen sind Selbstbeurteilungsinstrumente.

Statistische Verfahren

Die statistische Analyse wurde mittels SPSS 22 und STATA 13.1 durchgeführt. Für den Vergleich der Prä- und Post-Symptomwerte der beiden Patientengruppen wurde eine zweifaktorielle univariate Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung durchgeführt. Die Gruppendifferenzen wurden über χ^2 -Test und Student t-Test verglichen. Die Voraussetzungen für die Testdurchführungen waren gegeben.

■ Ergebnisse

Stichprobe

Das Alter der 373 Probanden lag zwischen 17 und 73 Jahren (MW = 43,2). Der Anteil an Patienten aus PG 1 (N = 144) mit der HD einer rezidivierenden depressiven Störung (F33, ICD-10) war signifikant höher (65 %) als bei PG 2 (N = 229). Hier verteilten sich die Hauptdiagnosen einer depressiven Episode (F32, ICD-10) und einer rezidivierenden depressiven Störung (F33, ICD-10) annähernd gleich (F32: 48 %, F33: 52 %).

Signifikante Unterschiede wurden auch hinsichtlich der Nebendiagnosen deutlich: Während in PG 1 vorwiegend Störungen aus dem ICD-Diagnosecluster psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1: 56 %), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4: 31 %) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6: 9 %) vorlagen,

bezogen sie sich in PG 2 vorwiegend auf die Cluster neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4: 42 %), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1: 33 %) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6: 13 %).

Keine signifikanten Unterschiede existierten hinsichtlich der Suizidalität und Aggression. Der überwiegende Anteil der Patienten war bei Aufnahme nicht suizidal (85 %) und zeigte weder Auto- (93 %) noch Fremdaggression (95 %). Zudem lag die Erkrankungsdauer bei 77 % bereits über 6 Monate. Die Patienten aus PG 2 waren signifikant 12,6 Tage länger in Behandlung als Patienten aus PG 1. In einer Privatwohnung wohnte 99 % der Gesamtklientel, wobei in PG 2 signifikant mehr gemeinsam mit anderen Personen in einem Haushalt lebten (72 %). In PG 1 verteilte sich die Anzahl Alleinlebender (49 %) annähernd gleich mit Nichtalleinlebenden (51 %). Darüber hinaus waren signifikant mehr Probanden in PG 2 verheiratet (47 %). Keine Unterschiede ergaben sich beim Schulabschluss und der Berufsausbildung. In PG 1 waren mehr Patienten arbeitslos/-suchend (35 %) und weniger Vollzeit beschäftigt (44 %) (Tabelle 2).

Symptombelastung

Die ANOVA ergab bei allen Skalen signifikante Haupteffekte (HE) für den Faktor Zeit. Zudem waren signifikante Interaktionseffekte (IE) der Faktoren Zeit und PG für den GSI und die GMDS feststellbar (Tab. 3). Die Effektstärken verwiesen auf einen großen Einfluss des HE Zeit auf die Reduktion der Symptomausprägungen (Tab. 3). Die Wechselwirkung zwischen der Zeit und Gruppenzugehörigkeit (IE) hat in Hinblick auf die Verbesserung der Prä- und Postsymptome bei dem GSI und der GMDS einen kleinen sowie bei dem BDI-II keinen relevanten Effekt (Tab. 3).

Kontrasttests zeigten signifikante Veränderungen gegenüber dem Ausgangswert bei allen Fragebögen: Die Symptombelastung reduzierte sich, unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit, von der Aufnahme zur Entlassung bei allen Patienten ($p = 0,00$) (Tab. 4). Signifikante Unterschiede bzgl. des Ausmaßes der Reduktion zwischen beiden PG konnten bei dem BDI-II nicht nachgewiesen werden. Die Reduktion der allgemeinen psychiatrischen Symptomausprägung und der geschlechtsspezifischen Depressionssymptomatik war in PG 2 signifikant höher: Im Vergleich zu PG 1 fiel die Verbesserung von der Prä- zur Postmessung bei dem GSI in PG 2 im Durchschnitt um 3,12 Punkte ($p < 0,05$) und bei der GMDS um 3,57 Punkte ($p < 0,01$) höher aus (Tab. 4)⁴⁾.

Um zu ermitteln, ob die in der deskriptiven Statistik aufgeführten Merkmale, insbesondere die signifikanten Merkmalsunterschiede der beiden Stichproben, einen Effekt auf die Reduktion der Symptomausprägungen ausüben, wurden diese als Kovariaten zunächst jeweils separat und im zweiten Schritt in einem vollständigen ANOVA-Modell eingeschlossen. Hierbei zeigte sich allerdings jeweils kein signifikanter Einfluss der betrachteten klinischen bzw. soziodemografischen Merk-

¹⁾ Standardisierung Gesamtwert GSI: 60–64 = leicht / 65–69 = deutlich / 70–74 = stark / 75–80 = sehr stark erhöhte psychische Belastung

²⁾ Standardisierung Gesamtwert BDI-II: < 13 = klinisch unauffälliges / 13–19 = leichtes / 20–28 = mittelgradiges / = 29 schweres depressives Syndrom

³⁾ Standardisierung Gesamtwert GMDS: 0–12 = keine / 13–26 = mögliche / 27–39 = klare Anzeichen einer Depression

⁴⁾ GSI: Δ MW Prä-Post: PG 1 = 6,98; PG 2 = 10,1; GMDS: Δ MW Prä-Post: PG 1 = 7,88; PG 2 = 11,45

male auf die festgestellten Unterschiede in der Entwicklung der Symptomausprägung.

■ Diskussion

Der derzeitige Forschungsstand bezüglich der geschlechter-spezifischen Wirkung psychotherapeutischer Methoden in der Behandlung von Depression ist eher begrenzt [1]. Studien von Hautzinger und de Jong-Meyer sowie Schneider et al., die die geschlechterspezifische Effektivität interpersoneller und kognitiver Verhaltenstherapie untersuchten, konnten keine Wirkungsunterschiede bei Männern und Frauen nachweisen [16, 17]. Diesen Ergebnissen zufolge würden Männer mit prototypischen depressiven Symptomen von derartigen Therapien genauso gut profitieren wie Frauen [16, 17]. Darüber hinaus weisen Ergebnisse verschiedener Studien im Bereich der Pharmakotherapie darauf hin, dass durch die Einnahme von Antidepressiva Depressivität sowie Aggressivität als Symptome einer depressiven Störung gleichermaßen reduziert werden konnten [18, 19].

In dieser Studie wurde die Wirksamkeit eines speziellen Therapieprogrammes bei Depressivität mit möglicher geschlechter-spezifischer Symptomatik wie bspw. Gereiztheit, Irritabilität, antisozialem und Risikoverhalten untersucht. Da dieses Thema derzeit kaum im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen steht, sollte mit dieser Studie ein Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke geleistet werden. Zunächst sollte berücksichtigt werden, dass sich die beiden PG dieser Studie nicht in den jeweiligen betrachteten Symptombelastungen bei Aufnahme unterschieden haben (Tab. 4). Darüber hinaus waren die Patienten in PG 2 auch nicht durch eine MD-spezifischere Symptomatik auf Basis klinischer Merkmale (Nebendiagnose, Fremdaggression) gekennzeichnet (Tab. 2)⁵⁾. Dies ist der Zuordnung der Patienten zum jeweiligen Behandlungssetting durch das Zuweiserprinzip bzw. der Datenbasis in Form einer naturalistischen klinischen Stichprobe und einer daher nicht durchgeführten spezifischeren Eingangsdiagnostik geschuldet.

Die Ergebnisse der durchgeführten Studie belegen insgesamt einen positiven Behandlungseffekt: In beiden PG reduzierten sich die betrachteten Symptombelastungen signifikant von einem (deutlich) erhöhten bis mittleren Niveau auf ein geringeres bis klinisch unauffälliges (Tab. 4). Insbesondere die geschlechtsspezifische Depressionssymptomatik als auch die allgemeine psychiatrische Symptombelastung haben sich durch die angepasste kognitive Therapie in einem stärkeren Maß reduziert als mit der Standardbehandlung (Tab. 4). Durch

⁵⁾ Einschränkung sollte an dieser Stelle angebracht werden, dass das Aggressionspotential auf Grundlage der in den jeweiligen Settings verwendeten Basisdokumentation erfasst wurde. Zur genauen Abklärung von Auto- und Fremdaggression sollte innerhalb weiterführender Untersuchungen darüber hinaus auch der psychopathologische Befund berücksichtigt werden.

Tabelle 3: Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung (df = 1)

Testung	F	p	η ²
GSI (SCL-90-R)			
Haupteffekt: Zeit	150,48	0,00	0,43
Interaktionseffekt Zeit*PG	5,03	0,02	0,03
BDI-II			
Haupteffekt: Zeit	302,54	0,00	0,58
Interaktionseffekt: Zeit*PG	1,64	0,21	0,01
GMDS			
Haupteffekt: Zeit	269,19	0,00	0,56
Interaktionseffekt: Zeit*PG	9,18	0,00	0,04

Überblick über berechnete F-Werte, zweiseitige Signifikanzen und Effektstärken des Haupteffekts Zeit und des Interaktionseffekts Zeit*Patientengruppe nach durchgeführter Varianzanalyse mit Messwiederholung, getrennt nach Testung / Symptombelastung
Abkürzungen: ANOVA Analysis of Variance; df Anzahl Freiheitsgrade; F F-Wert; p zweiseitige Signifikanz; η² Partielles Eta-Quadrat; GSI Global Severity Index (SCL-90-R); BDI-II Beck-Depressions-Inventar-II; GMDS Gotland Male Depression Scale; PG Patienten-
gruppe

die Behandlung reduzierte sich die Symptomatik in PG 2 sogar auf ein klinisch unauffälliges Niveau. Obwohl die Patienten der PG 1 in einem vergleichbaren Ausmaß von einer geschlechtsspezifischen Depressionsbelastung betroffen waren (Tab. 4) sowie durch entsprechende klinische Merkmale (Nebendiagnose) ein höheres Risiko für MD aufwiesen (Tab. 2), konnte mittels der klassischen Therapie innerhalb der PG 1 keine derartige Verbesserung erzielt werden (Tab 4). Dies legt die Vermutung nahe, dass bereits eine per se verstärkte Integration „männerspezifischer“ Problembereiche in sowohl einzel- als auch gruppentherapeutische Angebote sowie die Behandlung von Männern „unter sich“ erheblich zum Behandlungserfolg bezüglich der Reduktion der Belastung durch „untypische“ beziehungsweise nicht prototypische depressive Symptome beitragen könnte (Tab. 1) – insbesondere da es Männern innerhalb einer Psychotherapie häufig schwerer

Tabelle 4: Mittelwerte der Testungen von Prä- & Postmessung

Testung	n	Patientengruppe 1 (geschlechtergemischtes Setting)		n	Patientengruppe 2 (geschlechterspezifisches Setting)	
		MW (SD)	MW (SD)		MW (SD)	MW (SD)
		Prä	Post		Prä	Post
GSI	55	67,31 (6,97)	60,33 (9,52)	150	67,71 (8,05)	57,61 (9,69)
BDI-II	65	26,66 (11,47)	14,69 (10,76)	154	25,36 (9,26)	11,49 (9,69)
GMDS	57	20,79 (7,97)	12,91 (7,69)	157	20,87 (7,02)	9,42 (6,91)

Überblick über berechnete Mittelwerte und Standardabweichungen nach durchgeführter Varianzanalyse mit Messwiederholung, getrennt nach Testung / Symptombelastung und Patientengruppe, bezogen auf den Zeitpunkt Prä (Aufnahme) und Post (Entlassung)
Abkürzungen: n Anzahl Patienten; MW Mittelwert; SD Standard Deviation; GSI Global Severity Index (SCL-90-R); BDI-II Beck-Depressions-Inventar-II; GMDS Gotland Male Depression Scale

Anmerkung: Signifikante Reduktion aller Testungen / Symptombelastungen von Prä zu Post sowohl in Patientengruppe 1 (geschlechtergemischtes therapeutisches Setting, Behandlung mittels regulärem Therapiekonzept) als auch Patientengruppe 2 (geschlechterspezifisches therapeutisches Setting, Behandlung mittels auf MD angepassten Therapiekonzepts).

Das Ausmaß der Reduktion der Symptombelastungen hat sich zwischen Patientengruppe 1 und Patientengruppe 2 signifikant bei der Testung SCL-90-R (GSI) und der GMDS unterschieden. Für einen Überblick über Signifikanzen und Effektstärken des Haupteffekts Zeit und des Interaktionseffektes Zeit*Patientengruppe: Siehe Tab. 3.

fällt, über eigene Gefühle und Konflikte zu sprechen als Frauen [20].

Darüber hinaus verweisen die Ergebnisse der Studie darauf, dass sich die klassisch depressive Stimmungslage (BDI-II) durch die Therapie in beiden PG zwar reduzierte, sich hierbei aber keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes zwischen beiden PG feststellen ließen. Bei der Behandlung von klassisch depressiven Symptomen können demnach in beiden Settings entsprechende Erfolge erzielt werden. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass für die Behandlung als bislang „untypisch“ geltender depressiver Symptome geschlechtersensible Therapien bzw. Therapiebestandteile zu empfehlen sind. Hierfür wären nicht zwangsläufig neue Methoden notwendig [3]. Insbesondere sollte das Wissen über ein geschlechtsspezifisches Verständnis von Gesundheit/Krankheit sowie die Berücksichtigung geschlechtsabhängiger Bedürfnisse und Belastungen, die im Zusammenhang mit den jeweiligen sozialen Rollen und Normen stehen, in bestehende therapeutische Ansätze systematisch integriert werden (Tab. 1) [1, 3]. Insgesamt lässt sich festhalten, dass zur Vorbeugung von Fehldiagnostizierung, -versorgung und -behandlung geschlechtersensible Forschung, Sensibilisierung für den Einbezug „depressionsuntypischer“ Symptome in die Diagnosestellung und Therapie sowie Aufklärung und Gesundheitsförderung zu empfehlen sind.

Das Konzept der MD erscheint zunehmend klinisch evident und wird verstärkt in Gesundheitsinstitutionen rezipiert [1, 7]. Auf Grundlage des derzeitigen Forschungsstandes bedarf es allerdings weiterer wissenschaftlicher Absicherung [1, 7]. Insbesondere zur Klärung der Frage, inwieweit es sich bei den bisher „untypischen“ Symptomen wie bspw. Irritabilität, Aggressivität, Alkoholmissbrauch um geschlechterabhängige depressive Symptome und damit explizit um eine MD handelt, muss weitere Forschung erfolgen. Dies macht die Untersuchung möglicher „männerspezifischer“ Depressivitätssymptome bei Frauen unerlässlich. Möller-Leimkühler und Yücel haben dies an einer studentischen Stichprobe (n = 1018) untersucht [15]. Entgegen bisheriger Erkenntnisse aus Studien zur MD kamen sie zu dem Ergebnis, dass Studentinnen sowohl ein höheres Risiko für eine MD aufweisen, als auch prototypisch depressive sowie externalisierende Symptome bei ihnen deutlich ausgeprägter sind als bei Studenten [15].

Da eine derartige Analyse auf Basis einer klinischen Stichprobe bisher nur in zwei Studien von Winkler et al. und Möller-Leimkühler et al. vorgenommen wurde, wird dies derzeit von der Erstautorin durchgeführt [12, 21]. Die Resultate sollen einen weiteren Aufschluss darüber geben, inwieweit die als bislang „männertypisch“ bezeichneten Symptome auch bei Frauen auftreten bzw. inwieweit sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern abzeichnen. Möglicherweise ließe sich mittels dieser Ergebnisse eine konkretere Ausgestaltung des Konzepts der MD vornehmen oder Hinweise auf einen eventuellen neuen Subtypus von Depression finden. Für eine letztlich gesicherte Zuordnung derartiger Symptome zu einer Depression müssten allerdings weitere Untersuchungen vorgenommen werden, da bislang nicht hinreichend geklärt ist, inwieweit es sich hierbei auch um Persönlichkeitseigenschaften, dysfunktionale Stressverarbeitungsmuster oder Symptomkategorien anderer psy-

chiatrischer Störungsbilder bspw. aus dem ICD-10-Diagnosecluster psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) handeln könnte [7]. Insbesondere zur Erfassung des Zusammenhangs zwischen MD und Persönlichkeitseigenschaften bzw. Stressverarbeitungsmustern wären der Einsatz weiterer psychometrischer Skalen sowie die Durchführung qualitativer Interviews empfehlenswert.

■ Limitationen

Zur Erhöhung der Aussagekraft der Ergebnisse wären folgende Änderungen hinsichtlich des Studiendesigns notwendig:

- Vergrößerung und Randomisierung der Stichprobe
- Verblindung bzw. zusätzliche Absicherung der Symptomatik durch Fremdbeurteilung
- Annähernde Gleichverteilung der Gruppengrößen
- Follow-ups zur Erfassung der Nachhaltigkeit

■ Danksagung

Wir danken unseren Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen für ihre Unterstützung bei der Studiendurchführung!

■ Relevanz für die Praxis

- Sensibilisierung für als bislang „untypisch“ bezeichnete Symptomäußerungen bei Depression zur Vermeidung von möglicher Fehl- und Unterdiagnostizierung.
- Bei Patienten mit untypischen Depressionssymptomen bzw. Symptomäußerungen sollte ein verstärkter Verweis auf oder Überweisung an spezielle Settings vorgenommen werden, die derartige Symptome und Belastungen durch einzel- und gruppentherapeutische Angebote in ihr Behandlungsrepertoire einbinden.
- Generell verstärkte Integration „depressionsuntypischer“ Symptome und zugehöriger Belastungen in bestehende therapeutische Ansätze.
- Weiterführende Forschung zur wissenschaftlichen Absicherung des Konzepts MD, insbesondere mit kritischem Fokus auf eine tatsächliche Geschlechterabhängigkeit.

■ Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Möller-Leimkühler AM. Depression bei Männern: Eine Einführung. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2010; 11: 11–20.
2. Karger A. Geschlechtsspezifische Aspekte bei depressiven Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl* 2014; 57: 1092–8.
3. Möller-Leimkühler AM. Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2005; 6: 29–35.
4. Rodgers S, Holtforth MG, Müller M, Hengartner MP, Rössler W, Vladeta AG. Symptom-based subtypes of depression and their psychosocial correlates: A person-centered approach focusing on the influence of sex. *J Affect Disord* 2014; 156: 92–103.
5. Beutler J, Gerlinger G. Die männliche Psyche leidet anders. In: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (eds). *Psyche im Fokus. Das Magazin der DGPPN*. Berlin, 2015; 7.
6. Sigurdsson B, Palsson SP, Aevarsson O, Olafsdottir M, Johannsson M. Validity of Gotland Male Depression Scale for male depression in a community study: The Sudurnesjarmenn study. *J Affect Disord* 2015; 173: 81–9.
7. Möller-Leimkühler AM, Heller J, Paulus NC. Geschlechterrollenorientierung, Risiko

einer Male Depression und Hilfesucheverhalten bei jungen Männern. Psychiatr Prax 2007; 34: 173–5.

8. Wittchen HU, Schuster P, Pfister H, Müller N, Storz S, Isensee B. Depressionen in der Allgemeinbevölkerung – schlecht erkannt und selten behandelt. Nervenheilkunde 1999; 18: 202–29.

9. Connel RW. Masculinities. Polity Press, Cambridge, 1995.

10. Trosi A. Gender differences in vulnerability to social stress. A Darwinian perspective. Physiol Behav 2001; 73: 443–9.

11. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. JAMA Psychiatry 2013; 70: 1100–6.

12. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. Psychother Psychosom 2005; 74: 303–7.

13. Walinder J, Rutz W. Male Depression and suicide. Int Clin Psychopharmacol 2001; 16 (suppl 2): 21–4.

14. Bech P. Male Depression: stress and aggression as pathways to major depression. In: Dawson A, Tylee A (eds). Depression – Social and Economic Timebomb. British Medical Journal Books, London, 2001; 63–6.

15. Möller-Leimkühler AM, Yücel M. Male Depression in Females. J Affect Disord 2010; 121: 22–9.

16. Hautzinger M, de Jong-Meyer R. Depression. Ergebnisse von zwei multizentrischen Vergleichsstudien bei unipolarer Depression. Z Klin Psychol 1996; 26: 80–160.

17. Schneider D, Zobel I, Härter M, Kech S, Berger M, Schramm E. Wirkt die interpersonelle Psychotherapie besser bei Frauen als bei Männern? Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie. PpM 2008; 58: 23–31.

18. Fava M, Rosenbaum, JF. Anger attacks in depression. Depress Anxiety 1998; 8 (Suppl 1): 59–63.

19. Mischoulon D, Dougherty DD, Bottonari KA, Gresham RL, Sonawalla SB, Fischman AJ, Fava M. An open pilot study of nefazodone in depression with anger attacks: relationship

between clinical response and receptor binding. Psychiatry Res 2002; 116: 151–61.

20. Neumann W, Süfke B. Den Mann zur Sprache bringen. Psychotherapie mit Männern. DGVZ-Verlag, Tübingen, 2004.

21. Möller-Leimkühler AM, Bottlender R, Strauß A, Rutz W. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression. J Affect Disord 2004; 80: 87–93.

Vanessa Rößner (MA Soziologie)

2007–2010 Studium der Soziologie an der TU Chemnitz (Abschluss: B.A. Soziologie), 2010–2013 Studium der Soziologie an der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg (Abschluss: M.A. Soziologie). 2013 bis heute: Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Neue Versorgungskonzepte – Forschung und Entwicklung am Klinikum Wahrendorff.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)