

Psychische Erkrankungen des Mannes

Pjrek E, Kasper S

Winkler D

Blickpunkt der Mann 2004; 2 (4)

20-23

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

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

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Psychische Erkrankungen des Mannes

E. Pjrek, D. Winkler, S. Kasper

In der Pathogenese psychischer Erkrankungen ist das Geschlecht als soziale, biologische und genetische Variable von großer Bedeutung. Über geschlechtsspezifische Differenzen in der Manifestation psychischer Störungen existieren bis dato jedoch nur wenige systematische Aufarbeitungen, ein Vorliegen solcher Unterschiede scheint aber unbestritten. In der Prävalenz der meisten psychiatrischen Störungen lassen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennen [1, 2]. Ursache hierfür könnten Unterschiede im Erleben und Ausleben von Affekten (Tab. 1) sowie im Inanspruchnahme- und Hilfesuchverhalten sein. Das Wissen um klinische Unterschiede ist für die Diagnose und die Behandlung von Erkrankungen in der Psychiatrie von großem Interesse.

Gender as a social, biological and genetic factor plays an important role in the pathogenesis of psychiatric disorders. However, its effects are probably not limited to the differences in prevalence rates in depression that have been confirmed by large epidemiological studies: empirical evidence indicates that males and females differ in regard to the clinical picture of depressive disorder. However, up to now there are only a few published studies about gender differences in the symptomatology of psychiatric illnesses. This article reviews this important topic from the male point of view and shows the importance of a gender specific diagnostic and therapeutic approach in psychiatry. **Blickpunkt DER MANN 2004; 2 (4): 20–23.**

Depressive Störungen beim Mann

Geschlechtsdifferenzen in der Diagnostik

Weder die internationale Krankheitsklassifikation (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [4] noch das Diagnostische und Statistische Manual (DSM IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) [5] geben klinische Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Bezug auf affektive Störungen an. Derartige Differenzen ergeben sich aber aus typischen männlichen und weiblichen Rollenmerkmalen, die in der Adoleszenz ihre Ausprägung erlangen. Studien zeigen, daß Frauen auf Krisen und Konflikte meist mit Ängstlichkeit und Traurigkeit, Männer eher mit Ärger und Aggressivität reagieren [6]. Konsensuskonferenzen kamen bislang darin überein, daß Symptome wie Irritabilität, Mißmutigkeit, Verbitterung, Verärgerung und Nachträglichkeit nicht zum Spektrum depressiver Symptome gezählt werden sollen [7]. Die auf der schwedischen Insel Gotland durchgeführten Untersuchungen [8–10] konnten im Gegensatz dazu aber zeigen, daß sich die Depression bei Männern häufig genau mit dieser Symptomatik äußert und deshalb durch die diagnostischen Kriterien in den gängigen Diagnosemanualen nur zum Teil erfaßt wird. Nach wie vor ungeklärt ist weiters, ob epidemiologische und klinische Geschlechtsunterschiede bei psychiatrischen Erkrankungen durch soziale oder biologische Variablen oder aber durch ein Zusammenspiel aus beiden Faktoren verursacht werden.

Prävalenz

Eine internationale Vergleichsstudie mit epidemiologischen Daten aus Ländern unterschiedlicher Kulturkreise zeigte, daß die Erkrankungsrate für unipolare Depression deutlich zwischen den Ländern variiert (1,5–19,0%), was einen kulturellen bzw. sozialen Einfluß auf die Prävalenz nahe legt [11]. Die Depressionsrate von Männern war jedoch in allen Ländern geringer als die der Frauen (Verhältnis 1:1,6–3,1) [12]. Eine offene Frage ist, ob sich die Depressionsrate zwischen Männern und Frauen in Zukunft angleichen wird. Eine Stu-

Tabelle 1: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Ausprägung von Emotionen [3].

Angst	F > M
Traurigkeit, Niedergeschlagenheit	F > M
Aggressivität, Ärger	M > F
Scham, Schuld	F > M
Freude, Glück	F > M
Geselligkeit	F > M
Vertrauen, Zartgefühl	F > M
Selbstwertgefühl	M > F

die fand, daß die Rate der Depressiven in den Geburtsjahrgängen nach 1945 bei Frauen stabil blieb, während bei Männern ein Anstieg beobachtet wurde [13]. Als Ursache für die niedrigere Depressionsprävalenz bei Männern kommt auch das geschlechtsspezifisch unterschiedliche Inanspruchnahme- bzw. Hilfesuchverhalten in Betracht [14]. Die Bereitschaft, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist bei Frauen weit größer als bei Männern. Andere Studien über das Hilfesuchverhalten bei Depression besagen, daß die höhere Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei Frauen auf tatsächlichen Prävalenzunterschieden basiert [15]. Variablen, die das medizinische Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen, sind weiters die soziale Position sowie demographische Faktoren wie Alter, Familienstand, urbaner oder ruraler Wohnsitz und Bildungsniveau [16–18]. Es hat sich gezeigt, daß Geschlechtsunterschiede in der Konsultation von Ärzten mit zunehmendem Schweregrad der Symptome geringer werden [19].

Klinisches Bild

Die meisten Symptome sowie der Schweregrad einer Depression sind bei Männern und Frauen vergleichbar. Die Kernsymptome nach ICD-10, wie depressive Stimmungslage, Antriebsverminderung, depressive Kognitionen sowie Störung des Vegetativums, kommen bei beiden Geschlechtern gleichermaßen vor. Daneben können jedoch auch Ärger, Irritabilität und Feindseligkeit fakultativ zum Symptomenbild der Erkrankung gehören [20, 21] (Tab. 2). Dies wurde auch durch die in Gotland durchgeführten Untersuchungen bestätigt [8–10]. Epidemiologische Studien wie die Epidemiological Catchment Area Study (ECA) konnten ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen Depression einerseits und Aggressivität sowie Irritabilität andererseits nachweisen [22].

Von der Klinischen Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Medizinische Universität Wien.

Korrespondenzadresse: Dr. med. univ. Edda Pjrek, Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien; E-Mail: edda.pjrek@meduniwien.ac.at

Tabelle 2: Charakteristika der Depression beim Mann

- Irritabilität und Dysphorie
- Ärgerattacken
- Verbitterung oder Feindseligkeit anderen gegenüber
- Neigung zu Vorwürfen bzw. nachtragendem Verhalten
- Geringe Streßtoleranz
- Erhöhte Risikobereitschaft
- Verhalten an der Grenze zur sozialen (oder gesetzlichen) Norm
- Substanzabusus (v. a. Alkohol und Nikotin)
- Allgemeine Unzufriedenheit mit sich und seinem Verhalten
- Erhöhte Suizidneigung

Unter Irritabilität wird ein emotionaler Zustand verstanden, der durch reduzierte Impulskontrolle, Ärgerlichkeit, aggressive Tendenzen sowie eine stark negativ getönte Befindlichkeit charakterisiert ist. Im Rahmen dieser affektiven Konstellation neigen Patienten häufig dazu, schon bei geringfügigen Anlässen Konflikte situationsinadäquat auszuagieren, was später oft bereut wird. Hierzu existieren auch Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und gewalttätigem Verhalten gegenüber dem Ehepartner [23]. Ein klinisch wichtiger Punkt scheint weiters die Beobachtung zu sein, daß die Irritabilität häufig schon vor der depressiven Verstimmung vorlag und auch vor dieser auf die antidepressive Therapie repondierte.

Bei Depressionen sind weiters sogenannte Ärgerattacken häufig zu finden. Wie Panikattacken treten sie plötzlich auf, wobei die Beschwerden rasch zu einem Höhepunkt ansteigen. Der Ärger wird von den Betroffenen als ich-dyston (ich-fremd) erlebt und richtet sich häufig gegen nahe Familienangehörige (z. B. Ehepartner, Kinder). Im Rahmen dieser Ärgerattacken kommt es zu einer vegetativen Erregung mit beschleunigtem Puls, Atemnot, Hitzewallungen, Gesichtsrötung, Schwindel, Schwitzen, Parästhesien in den Extremitäten, Zittern, Angst und dem Gefühl des Kontrollverlustes (Tab. 3). Diese Aggressivität bei depressiven Störungen wurde in der letzten Dekade systematisch untersucht [24–26]. Laut eigenen Untersuchungen an 151 stationären depressiven Patienten leiden Männer im Rahmen ihrer Depression etwa doppelt so häufig an Ärgerattacken [27].

Bei Männern besteht eine wesentlich höhere Tendenz zum Ausagieren von Aggressionen im Rahmen von Depressionen. Männer sterben laut der österreichischen Todesursachenstatistik [28] etwa doppelt so häufig an Unfällen wie Frauen. Das Auftreten von Unfällen ist deshalb relevant, weil sie sehr häufig mit erhöhter Risikobereitschaft assoziiert sind und in manchen Fällen ein Zusammenhang mit parasuizidalen Handlungen bestehen kann.

Suizidalität beim Mann

Bei den Suizidversuchen besteht quantitativ kein Geschlechtsunterschied, jedoch führen Männer die Statistik bei den vollzogenen Suiziden im Verhältnis 2:1 an. Depressionen sind eine der wichtigsten Ursachen für Suizidversuche und Suizide und umgekehrt ist die Suizidalität ein integraler Bestandteil des Verhaltens depressiver Patienten, das vor allem bei Männern zu einer nicht unbeträchtlichen Mortalität der Erkrankung führt. Auch die Suizidstrategien weisen einen geschlechtsspezifischen Dimorphismus auf. Frauen wäh-

Tabelle 3: Charakteristika der Ärgerattacken

- Häufiger bei Männern
- Ärger und Wut werden als unangemessen und Ich-dyston erlebt
- Plötzlicher Beginn (ähnlich wie bei einer Panikattacke)
- Vegetative Symptome: Tachykardie, Palpitationen, Dyspnoe, Vertigo, Flush, Schwitzen, Parästhesien in den Extremitäten, Tremor etc.
- Gefühl des Kontrollverlustes
- Häufige Co-Morbidität mit vermeidender, abhängiger, narzißtischer, antisozialer und Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Hypothetischer Pathomechanismus: Serotonerge (ev. dopaminerge) Dysfunktion

len häufiger die Tablettenintoxikation, Männer suizidieren sich öfter durch gewalttätige Methoden wie Erschießen oder Erhängen [29]. Die Ergebnisse des Suizidpräventionsprogramms auf der schwedischen Insel Gotland in den 1980er Jahren und die entsprechenden Nachuntersuchungen von W. Rutz in den 1990er Jahren lieferten eine Bestätigung für die Hypothese eines Geschlechtsdimorphismus bei Suiziden im Rahmen von Depressionen: Gotland wies in den 1970er Jahren eine der höchsten Selbstmordraten Schwedens auf. Eine systematische Schulung lokaler Mediziner konnte die Zahl der Suizide um rund zwei Drittel senken. Allerdings war auffallend, daß zwar die Rate der Selbstmorde bei Frauen um rund 90% sank, die der Männer jedoch nahezu unverändert blieb [8, 9]. Grund dafür war, daß die männliche Depression mit ihrem Beschwerdemuster durch das Präventionsprogramm nicht erfaßt wurde. Erst nach Entwicklung spezifischer Strategien zur Erfassung der Depression bei Männern kam es zu einem Absinken der Suizidrate beim männlichen Geschlecht.

Alkoholismus beim Mann

Auch in der Häufigkeit von Suchterkrankungen bestehen Geschlechtsunterschiede [30]. Bei depressiven Patienten besteht oft zusätzlich ein schädlicher Substanzgebrauch oder ein co-morbides Abhängigkeitsyndrom. Alkoholismus ist häufig im Zusammenhang mit Depressionen zu finden und insgesamt häufiger bei Männern als bei Frauen. Möglicherweise läßt sich die Symptomatik der Depression beim Mann mit reduzierter Impulskontrolle, Neigung zu gewalttätigen Suiziden und vermehrtem Substanzabusus auf eine gemeinsame neurochemische Endstrecke, d. h. auf eine Dysregulation im serotonergen, aber auch im dopaminergen Neurotransmittersystem zurückführen. Zusätzlich wird bei depressiven Störungen eine Beteiligung des noradrenergen Systems diskutiert. Im Bezug auf die Ätiopathogenese von Suchterkrankungen wird weiters angenommen, daß bestimmte Persönlichkeitsstile („Alkoholpersönlichkeit“, „Suchtpersönlichkeit“) als Co-Faktoren die Entwicklung eines süchtigen Verhaltens begünstigen. Eine Alkoholabhängigkeit kann bei unterschiedlichsten Persönlichkeitstypen auftreten, ein größeres Risiko scheint allerdings bei impulsivem und aggressivem Verhalten mit mangelnder Fähigkeit, sich in soziale Strukturen einzuordnen („antisoziale Persönlichkeit“) vorzuliegen. Interessant sind auch geschlechtsspezifische Unterschiede bei co-morbid zu einer Alkoholabhängigkeit vorliegenden psychiatrischen Störungen: So weisen 40–60% der alkoholabhängigen Frauen eine psychiatrische Zusatzdiagnose auf. Angststörungen und depressive Syndrome halten

sich hierbei die Waage. Selten lassen sich auch Persönlichkeitsstörungen beobachten. Bei alkoholabhängigen Männern liegt die psychiatrische Co-Morbidität bei 20–40%, wobei an erster Stelle die depressiven Störungen stehen, gefolgt von Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Hinzu kommen in ca. 10% Abhängigkeiten von anderen Substanzen [31].

Therapie depressiver Störungen beim Mann

Heute steht dem Arzt zur Behandlung von Depressionen eine breite Palette von Antidepressiva zur Verfügung. Zwar gibt es das typische männliche Antidepressivum nicht, neuere serotonerg wirkende Antidepressiva [SSRI (Selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren), SNRI (Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren)] sind jedoch als Therapie der ersten Wahl zu bevorzugen. Besonderes Augenmerk sollte auf das Nebenwirkungsprofil gelegt werden, um die Compliance und damit den Behandlungserfolg zu sichern. Für männliche Patienten als besonders problematisch anzusehen sind vor allem durch Antidepressiva ausgelöste sexuelle Funktionsstörungen: TZA (trizyklische Antidepressiva) und Mianserin, SNRI sowie NARI (Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren) können erektile Dysfunktionen verursachen. Ejakulationsstörungen und Anorgasmie sind vor allem bei TZA, SSRI und SNRI beschrieben. Ein Libidoverlust kann als typisches Depressionssymptom in der Praxis nur sehr schwer von einer Arzneimittelnebenwirkung unterschieden werden. Ein wenn auch nur selten iatrogen ausgelöster Priapismus unter Trazodon wurde beschrieben [32]. Bei der Gabe von sedierenden Antidepressiva (TZA oder z. B. Mirtazapin, Trazodon) kann die Verkehrstauglichkeit zumindest initial vermindert sein. Bei der Verordnung des Antidepressivums sollte unbedingt auf somatische Co-Morbiditäten geachtet werden: TZA können kardiovaskuläre Nebenwirkungen wie arterielle Hypotonie und Tachykardie bewirken; unter NARI und SNRI kann es fallweise zu arterieller Hypertonie kommen. Kurz nach einem Myokardinfarkt sollten eher nur SSRI, z. B. Paroxetin, zur Anwendung kommen, wobei bei Patienten, die mit Antikoagulantien behandelt werden, gelegentlich unter Fluvoxamin Wechselwirkungen beobachtet wurden [33], was eine häufigere Kontrolle der Blutgerinnung notwendig macht. Bei älteren Männern kann bei Vorliegen eines depressiven Syndroms im Rahmen einer inzipienten Demenz das kognitive Leistungsvermögen durch die Gabe eines TZA erheblich verschlechtert werden. Bei renaler Insuffizienz sind TZA und Mianserin sowie RIMA (Reversible Inhibitoren der Monoaminoxidase A) mit einem eher geringen Risiko vergesellschaftet. Bei Lebererkrankungen sind die SSRIs Paroxetin, Citalopram, Escitalopram und insbesondere Milnacipran (welches nicht über das hepatische P450-System metabolisiert wird) empfehlenswert, TZA und irreversible MAO-Hemmer sind zu vermeiden. Bei Diabetes mellitus stellt eine durch Antidepressiva induzierte Gewichtszunahme einen Risikofaktor dar. SSRI dürften bei diesen Patienten relativ risikoarm sein, wengleich unter Fluoxetin (vor allem in der Einstellungsphase) gelegentlich Hypoglykämien beschrieben wurden.

Auch das Suizidrisiko muß abgeschätzt werden und in die Wahl der Behandlung einfließen [34]: es emp-

fehlt sich die Gabe eines Antidepressivums mit großer therapeutischer Breite (z. B. aus der Klasse der SSRI).

Zur Therapie von depressiven Episoden im Rahmen von bipolaren affektiven Störungen sollten Mood-Stabilizer wie z. B. Lithium-Salze, Valproinsäure und Carbamazepin Verwendung finden [35]. Falls die dysphorische Stimmungslage auf eine antidepressive Therapie nicht ausreichend anspricht, kann weiters eine Augmentation durch 5-HT_{1A}-Agonisten (z. B. Bupipion), Antikonvulsiva (z. B. Lamotrigin) oder atypische Neuroleptika (z. B. Risperidon oder Quetiapin) in niedriger Dosierung versucht werden.

Psychotherapeutische Interventionen sind sowohl in der Akut- wie auch in der Langzeittherapie (d. h. Prophylaxe) depressiver Störungen wirksam [36]. Es gilt mittlerweile als gut etabliert, daß die Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie zumindest bei leichten bis mittelgradigen Verlaufsformen besser wirkt als jedes der beiden Verfahren alleine [37]. Männer nehmen Psychotherapie jedoch weit weniger in Anspruch als Frauen. Hinzu kommt, daß gerade diejenige Gruppe, die am stärksten suizidgefährdet ist, nämlich die depressiven älteren Männer, wenig Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten finden. Hier sind verstärkte Motivation durch den behandelnden Arzt und niederschwellige Psychotherapieangebote mit Fokussierung auf die Problematik im „Hier und Jetzt“ sowie Therapien mit definierter Dauer und vertretbaren Kosten notwendig. Eine Implementierung eines Programms in den Behandlungsplan, das Männern Streßbewältigungs- und Streßmanagementfähigkeiten vermittelt, scheint im Sinne eines störungsspezifischen Vorgehens ebenfalls wichtig zu sein.

Resümee

Depressionen bei Männern sind vor allem in bezug auf die differente Symptomatik mit häufig im Vordergrund stehender Dysphorie, Irritabilität sowie Ärgerattacken bemerkenswert. Das geschlechtsspezifische Rollenverhalten von Männern mit verminderter Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen in Kombination mit einer im Vergleich zu Frauen doppelt so hohen Rate an erfolgreichen Suiziden legen die Notwendigkeit zu höherer Aufmerksamkeit in der klinischen Praxis dar. Der Faktor Geschlecht ist auch in bezug auf die Behandlung wesentlich und sollte in eine geschlechtsspezifisch angepaßte Psychopharmakotherapie und Psychotherapie einbezogen werden.

Literatur:

1. Maier W, Gaensicke M, Gater R, Rezaki M, Tiemens B, Urzua RF. Gender differences in the prevalence of depression: A survey in primary care. *J Affect Disord* 1999; 53: 241–52.
2. Frye MA, Altshuler LL, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff K, Nolen WA, Kupka R, Leverich GS, Pollio C, Grunze H, Walden J, Post RM. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 883–9.
3. Riecher-Rössler A, Rohde A (Hrsg.) Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel, 2001.
4. WHO (Weltgesundheitsorganisation); Ed.: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien. Huber, Bern, 1994.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1994.
6. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 1–8.
7. Kasper S, Buchkremer G, Dilling H, Gaebel W, Hautzinger M, Holsboer-Trachsler E, Linden M, Möller HJ, Pöldinger W, Wittchen HU, Wolfersdorf M (eds). *Depressive Störungen erkennen und behandeln*. Karger, Basel, Freiburg, 1994.
8. Rutz W, von Knorring L, Walinder J, Wistedt B. Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 339–403.
9. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 1995; 345: 524.
10. Rutz W, Walinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 1997; 1: 39–46.
11. Boyd CP, Kostanski M, Gullone E, Ollendick TH, Shek DTL. Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: Comparisons with worldwide data. *J Genet Psychol* 2000; 161: 479–92.
12. Sloan DME, Kornstein SG. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26: 581–94.
13. Stordal E, Krueger MB, Dahl NH, Krueger O, Mykletun A, Dahl AA. Depression in relation to age and gender in the general population: The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 210–6.
14. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 2002; 71: 1–9.
15. Kessler RC, Brown RL, Broman CL. Sex Differences in Psychiatric Help-Seeking: Evidence from Four Large-Scale Surveys. *J Health Soc Behav* 1981; 22: 49–64.
16. Bland RC, Newman SC, Orn H. Help-seeking for psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 935–42.
17. Rabinowitz J, Gross R, Feldman D. Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 141–6.
18. Tjihuis MA, Peters L, Foets M. An orientation toward help-seeking for emotional problems. *Soc Sci Med* 1990; 31: 989–95.
19. Briscoe ME. Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP Consultation. *Soc Sci Med* 1987; 25: 507–13.
20. Klerman GL, Gershon ES. Imipramine effects upon hostility in depression. *J Nerv Ment Dis* 1970; 150: 127–32.
21. Riley WT, Teiber FA, Woods MG. Anger and hostility in depression. *J Nerv Ment Dis* 1998; 177: 668–74.
22. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 761–70.
23. Pan H, Neidig P, O'Leary D. Predicting mild and severe husband to wife physical aggression. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 975–81.
24. Fava M, Anderson K, Rosenbaum JF. „Anger attacks“: possible variants of panic and depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 867–70.
25. Fava M. Depression With Anger Attacks. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 18): 18–22.
26. Rosenbaum JF, Fava M, Pava JA, Mc Carthy MK, Steingard RJ, Bouffides E. Anger attacks in unipolar depression, Part 2: Neuroendocrine correlates and changes following treatment. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1164–8.
27. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrom. *Psychother Psychosom* 2004; eingereicht zur Publikation.
28. ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) 1998: *Österreichischer Todesursachenatlas 1988–94*.
29. Kasper S, Schindler S, Neumeister A. Risk of suicide in depression and its implication for psychopharmacological treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 71–9.
30. Lex BW. Gender and cultural influences on substance abuse. In: Eisler RM, Hersen M (eds). *Handbook of gender, culture, and health*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, USA, 2000; 255–97.
31. Pettinati HM, Rukstalis MR, Luck GJ, Volpicelli JR, O'Brien CP. Gender and psychiatric comorbidity: Impact on clinical presentation of alcohol dependence. *Am J Addict* 2000; 9: 242–52.
32. Pecknold JC, Langer SF. Priapism: Trazodone versus nefazodone. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 547–8.
33. Limke KK, Shelton AR, Elliott ES. Fluvoxamine interaction with warfarin. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1890–2.
34. Baldwin D, Bullock T, Montgomery D, Montgomery S. 5-HT reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants and suicidal behaviour. *Int Clin Psychopharmacol* 1991; 6: 49–56.
35. Attarbaschi T, Tauscher J, Kasper S. Bipolare Störungen, Akuttherapie. *Clinicum psy* 03/2003.
36. Winkler D, Tauscher J, Kasper S. Maintenance treatment in depression. *Curr Op Psychiatry* 2002; 15: 63–8.
37. Kasper S, Zapotoczky HG, Stuppäck C, König P, Wuschitz A. Diagnostik und Therapie der Depression. Konsensus-Statement. *Neuropsychiatrie* 1997; 11: 59–67.

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](#)