

**Männer-Depression: Ein  
vernachlässigtes Thema -  
ein therapeutisches  
Problem**

Wolfersdorf M

Schulte-Wefers H

Straub R, Klotz T

*Blickpunkt der Mann 2006; 4 (2)*

6-9

**Homepage:**

**[www.kup.at/dermann](http://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

# Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem

M. Wolfersdorf<sup>1</sup>, H. Schulte-Wefers<sup>1</sup>, R. Straub<sup>2</sup>, T. Klotz<sup>3</sup>

*Depression bei Männern ist ein wenig bearbeitetes Thema auch in der Psychiatrie und Psychotherapie. Wir stellen Ergebnisse eigener Untersuchungen dar.*

*Depression in men – so-called “male depression” – is a rarely discussed topic of psychiatry and psychotherapy. In this paper we present data from our own studies. **Blickpunkt DER MANN 2006; 4 (2): 6–9.***

Eines der stabilsten Ergebnisse der Epidemiologie depressiver Störungen ist das konstante Überwiegen des weiblichen Geschlechts. Der Bundes-Gesundheits-survey 1998/1999 [1] bestätigt dies, wobei nur bei der Dysthymia sowie bei der bipolaren Störung die Abstände zwischen der Ein-Jahresprävalenz von Frauen und Männern geringer sind (Tabelle 1). Auf einen allgemein akzeptierten Zusammenhang zwischen Auslösung einer Depression und Reproduktionsvorgängen (prämenstruelles Syndrom, sogenannte Wochenbettdepression, Depression in der Schwangerschaft, Depression im Klimakterium) bei Frauen wird hingewiesen, wobei neuerdings auch soziologische Erklärungsansätze, z. B. in der sogenannten Artefakthypothese oder auch die „Inter-Generationen-Depression“ i. S. der Weitergabe von depressiven Verhaltensweisen von der Mutter auf die Tochter, herangezogen werden [2–5].

Das Thema „Depressive Männer/Männer-Depression“ ist in der Literatur überraschenderweise kaum bearbeitet. Über die Jahrhunderte hinweg gab es jedoch immer wieder einzelne Autoren, die sich mit der Depression/Melancholie beschäftigten und dabei auch einen Zusammenhang zwischen Melancholie/Depression und Geschlecht erörterten [6, 7].

Die Mystikerin Hildegard von Bingen (1098–1179), Repräsentantin des 12. Jahrhunderts, der Vorphase zur Blüte der Kultur des Mittelalters, Äbtissin der Kloster-gemeinschaft der Benediktinerinnen in der Nähe von Bingen und bekannt durch medizinorientierte Schriften, beschreibt in ihrem Werk „cause et curae“ depressive Männer und Frauen [8, 9]. Nach Hildegard von Bingen haben melancholische Männer „eine düstere Gesichtsfarbe, auch sind ihre Augen ziemlich feurig und denen der Vipern ähnlich. Sie haben harte und starke Gefäße, die schwarzes und dickes Blut in sich enthalten, ... hartes Fleisch und grobe Knochen, die nur wenig Mark enthalten“. Sie führt weiter aus, „daß diese Männer sich im Umgang mit Frauen ungezügelt wie Tiere verhalten, zu keinem Menschen rechte Zu-

neigung entwickeln, abstoßend im Verkehr seien, geizig und dumm, dabei in ihrer Wollust ausschweifend und unmäßig ...“. Allerdings werden depressive Frauen noch beklagenswerter geschildert: „Sie haben mageres Fleisch, dicke Gefäße und mäßig starke Knochen. Ihr Blut ist mehr schleimig wie blutig, ihre Gesichtsfarbe ist wie mit einem blaugrauen und schwarzen Ton gemischt. Solche Frauen sind windig und unstet in ihren Gedanken, auch übler Laune, wenn sie durch eine Beschwerde dahinsiechen. Sie haben ein wenig widerstandsfähiges Naturell und leiden deshalb manchmal an Schwermut. ... Auch das Kopfleiden, das von der Schwarzgalle verursacht wird, werden sie bekommen wie auch Rücken- und Nierenschmerzen ...“. Hildegard von Bingen sieht die Entstehung der schwarzen Galle im menschlichen Körper im Zusammenhang mit dem Sündenfall Adams: „Als aber Adam das Gebot übertreten hatte, wurde der Glanz der Unschuld in ihm verdunkelt, seine Augen, die vorher das Himmlische sahen, wurden ausgelöscht, die Galle in Bitterkeit verkehrt, die Schwarzgalle in die Finsternis der Gottlosigkeit und er selbst völlig in eine andere Art umgewandelt. Da befahl Traurigkeit seine Seele und diese suchte bald nach einer Entschuldigung dafür im Zorn. Denn aus der Traurigkeit wird der Zorn geboren, woher auch die Menschen von ihrem Stammvater her die Traurigkeit, den Zorn und was ihnen sonst noch Schaden bringt, überkommen haben“. Eine eindeutige Schuldzuweisung und ein klares Konzept des Entstehens der Melancholie in Zusammenhang mit dem Sündenfalls Adams.

Das Thema „Depression und Geschlecht“ ist in der älteren und auch in der neueren psychiatrisch-psychologischen Fachliteratur wenig bearbeitet worden [2, 8, 10].

**Tabelle 1:** 1-Jahresprävalenz depressiver Störungen in der Bundesrepublik Deutschland (mod. nach [1])

Diagnose	18–35 Jahre			36–65 Jahre			Gesamt		
	F%	M%	T%	F%	M%	T%	F%	M%	T%
irgendeine depressive Episode	9,6	6,2	7,9	12,1	5,1	8,5	11,2	5,4	8,3
einzelne depressive Episoden	3,8	4,3	4,0	5,9	3,0	4,4	5,1	3,4	4,3
rezidivierende depressive Episoden	5,8	1,9	3,9	6,2	2,1	4,1	6,1	2,0	4,0
Dysthymia	2,0	1,5	1,8	3,5	2,4	3,0	3,0	2,1	2,5
Bipolare Störung	1,5	1,2	1,3	0,8	0,2	0,5	1,1	0,6	0,8
Gesamt Depression	12,9	8,9	10,9	16,3	7,6	11,9	15,0	8,1	11,5

(gewichtige Prävalenzen 12-Monatsquerschnitt Bundes-Gesundheits-survey 98/99)

Aus der <sup>1</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Depressionszentrum, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, <sup>2</sup>Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm, ehemals Psychophysiologisches Labor (Leitung Dr. Dipl.-Psych. Roland Straub, Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf), und <sup>3</sup>Klinik für Urologie, Klinikum Weiden

**Korrespondenzadresse:** Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Depressionszentrum, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, D-95455 Bayreuth, E-mail: Renate.Zimmermann@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

## Männer-Depression – zur Datenlage

Eine systematische Beschäftigung mit der Depression von Männern gibt es bisher kaum; im wesentlichen hat sich im deutschsprachigen Raum Möller-Leimkühler [10] unter soziologischen Aspekten, insbesondere der Frage nach der Inanspruchnahme und nach dem Krankheitsverhalten von Männern, dazu geäußert. Das in den letzten Jahren neu entstandene Interesse an der „Männer-Depression“ entstammt einem global wachsenden Interesse an „Männermedizin“, sodann aus den Beobachtungen zur Inanspruchnahme von psychosozialen Beratungseinrichtungen – Beratungsstellen, Telefonseelsorge werden überwiegend von Frauen in Anspruch genommen – und nicht zuletzt aus der „Anti-Aging“-Aktivität, wie sie im Bereich von Medizin bzw. Andrologie/Urologie/Dermatologie und im Bemühen der Pharmaindustrie deutlich wird, unter dem Stichwort der männlichen „erektilen Dysfunktion“ ein neues Feld von Intervention erschließen zu können.

In Tabelle 2 sind Geschlechtsunterschiede bei der Depression von Männern und Frauen aus klinischer Sicht aufgelistet. Auf die epidemiologischen Daten wurde bereits eingegangen, wobei bis heute nicht ausrei-

**Tabelle 2:** Männer-Depression – Geschlechtsunterschiede

### Epidemiologie Depression [1, 17]

1-Jahresprävalenz bei 18–65jährigen in Deutschland:  
Frauen 15,0 %, Männer 8,1 %  
bei über 70jährigen: Männer  $\geq$  Frauen

### Klinisches Bild depressives Syndrom

Vergleich 107 Männer mit 400 Frauen (stationär):  
agitiert-ängstlich 39 % bei M, 35 % bei F,  
gehemmt-ängstlich 16 % bei M, 23 % bei F,  
gehemmt-apatichisch 16 % bei M, 19 % bei F,  
vegetativ-larviert 9 % bei M, 7 % bei F;  
kein signifikanter Unterschied [18].

### Schweregrad:

Männer werden nach Fremdbeurteilung (HAMD) schwerer depressiv bei stationärer Aufnahme und Entlassung eingeschätzt, in der Selbsteinschätzung (BDI) kein Unterschied zu Frauen [19].

Mit zunehmendem Alter nimmt in beiden Geschlechtern der Schweregrad in Selbsteinschätzung ab, nach klinischer Einschätzung zu. Bei Frauen ändert sich die depressive Symptomatik mit dem Alter, nicht bei Männern [20].

### Verlauf depressiver Erkrankungen

Frauen sollen häufiger Wiedererkrankungen haben, andererseits wurden bei Männern mit Wiedererkrankung mehr und längere Phasen als bei Frauen beobachtet [19, 21–23].

In einer 6-Jahreskatamnese [19] hatten 44 % der Frauen und 11 % der Männer eine Wiedererkrankung, Frauen werden häufiger wieder stationär aufgenommen [24].

Kein höheres Chronifizierungsrisiko bei Frauen [19, 25, 26].

Frauen häufiger alleine lebend als Männer: Zusammenhang Beziehungssituation und ungünstigerer Krankheitsverlauf bei Frauen, nicht bei Männern [2, 19].

Lebensereignisse/Belastungen im Vorfeld: z. T. keine Unterschiede [27], z. T. Frauen mehr Lebensereignisse als Männer. Kein Hinweis, daß Frauen generell „anfälliger“ auf LE reagieren und deshalb depressiv werden.

Männer sind bedeutsam anfälliger auf Lebensereignisse, die sie selbst betreffen; bei Frauen hoher Zusammenhang mit Depressivität bei Ereignissen, die Partner oder Kindern zustoßen („cost of caring“-Hypothese) [28].

### Suizidalität

Suizidzahlen 2003: Männer 8179, Frauen 2971 Suizide

Suizidraten 2003: Männer 20,3, Frauen 7,0

Nahezu weltweit gleich auf 1 Suizid einer Frau kommen 2–3 Suizide eines Mannes.

Bei Suizidversuchen überwiegen die jungen Menschen und die Frauen.

chend bekannt ist, daß bei alten Menschen die Häufigkeit zu Ungunsten der Männer dann umkippt. Ausführungen zum klinischen Bild, zum Schweregrad, zum Verlauf depressiver Erkrankungen sind in der Tabelle zusammengefaßt. Dabei fällt auf, daß die Unterschiede nicht sehr ausgeprägt sind, man allerdings festhalten kann, daß die Thematik depressiver Frauen sich in ihrem engeren Verpflichtungsfeld von Familie, Partnerschaft, Kindern bewegt, während sich die Thematik depressiver Männer sozusagen egozentrisch um die eigene Person dreht.

In Tabelle 3 sind Daten aus eigenen Untersuchungen zu verschiedenen Aspekten wie Depressionsschwere, Depressionssymptomatik, Ausprägung von Beschwerdebildern, von Vitalität und vitaler Erschöpfung, von Hoffnungslosigkeit, von Ärger, von Erregbarkeit und Hemmung ausgeführt (nur Daten, die signifikant zwischen Männern und Frauen trennen). Abgesehen davon, daß die Männer im Mittel signifikant älter sind, weisen Frauen in der Selbstbeurteilung im Beck-Depressionsinventar sowie in der Selbstbeschreibung von Angst signifikant höhere Werte auf. Dies gilt auch für die Beschwerdeliste (BL), wo Frauen durchgängig mehr Symptomatik berichten als Männer, wobei auch Ärgeräußerungen bei Frauen signifikant häufiger sind. In der Hoffnungslosigkeitsskala nach Beck, im Item Erregbarkeit versus Hemmung des Freiburger Persönlichkeitsinventars und im STAIG-Angstfragebogen erreichen Männer signifikant bzw. tendenziell höhere Werte. Global kann man daraus ableiten, daß in den genannten Selbstbeurteilungsskalen depressive Frauen sich

**Tabelle 3:** Geschlechtsunterschiede bei stationären Depressiven (\*Auswahl, die sign. trennen)

Variable	Mittelwerte		t-Wert	N		p-Wert
	M	W		M	W	
*Alter	43,6	40,1	2,155	79	115	0,03
*BDI Score gesamt	21,2	24,9	-2,362	81	114	0,01
*Beck Depressionsinventar BDI-U Sexualität	1,3	2,0	-2,090	24	27	0,04
*Angst Trait	54,5	59,2	-2,691	71	96	0,00
*Angst Trait (19–29jährige)	45,0	52,4	-2,110	8	11	0,04
*STAIG-Trait 26	2,6	1,6	2,453	9	13	0,02
*Beschwerdeliste (BL) gesamt	31,2	36,7	-2,987	81	114	0,00
Einzelitems:						
BL7 Appetitlosigkeit	0,9	1,2	-2,333	81	115	0,02
BL9 Herzklopfen	1,3	1,6	-2,379	81	115	0,01
BL10 Erschöpfbarkeit	1,9	2,2	-2,114	81	115	0,03
BL11 Angstgefühl	1,9	2,2	-2,152	81	113	0,03
BL14 Energielosigkeit	1,9	2,3	-2,860	81	114	0,00
BL16 Konzentrationschwäche	1,9	2,2	-2,383	81	113	0,00
BL19 Erröten	0,9	1,1	-1,683	81	115	0,09
BL20 Frieren	0,9	1,4	-2,996	81	115	0,00
BL22 Trübe Gedanken	2,0	2,3	-2,381	81	115	0,01
BL25 Kreuz- und Rückenschmerzen	1,1	1,5	-2,350	81	55	0,01
*BL „Vitale Erschöpfung“ (BL 23, 22, 16, 14, 11, 10, 2)	13,9	15,6	-2,406	81	114	0,01
* BL Vitalität (BL 2, 10, 14)	5,9	6,5	-1,972	81	27	0,05
* Hoffnungslosigkeitsskala Beck Item 8	0,5	0,08	2,267	8	12	0,03
*STAXI-AERGER Fragebogen Item 4	2,4	3,1	-1,896	7	12	0,07
*STAXI- AERGER 5	2,4	3,1	-2,089	7	12	0,05
*FPI 5 Erregbarkeit, Hemmung	6,8	6,4	1,799	81	115	0,07

insgesamt stärker beeinträchtigt darstellen als depressive Männer.

Die Ergebnisse betätigen im wesentlichen die Ausführungen von Möller-Leimkühler [10], daß Männer entsprechend der normativen männlichen Geschlechterrollenerwartung und -rollenverpflichtung, zusammen mit dem gesellschaftlich vermittelten subjektiven Gesundheitskonzept, eher zu Nichtwahrnehmung, Bagatellisierung und Verleugnung von Symptomatik neigen und damit Barrieren für Hilfesuche aufgebaut sind. Dahinter steht, so Möller-Leimkühler [10], auf Seiten der Männer ein deutlich unterschiedliches Hilfesuchverhalten (Tab. 4).

Vor dem Hintergrund der „Anti-Aging“-Diskussion in der Medizin der letzten Jahre wird auch der Zusammenhang zwischen Testosteron/Sexualität beim Mann und Gestimmtheit/Depressivität diskutiert (Tabelle 5) [11, 12]. Dabei wird, ähnlich wie dies bei der sogenannten klimakterischen Depression der Frauen diskutiert wurde, ein Zusammenhang zwischen Testosteronspiegel als männlichem Sexualhormon und Depressivität hergestellt, wobei in der Zwischenzeit deutlich geworden ist, daß ein derartiger Zusammenhang im wesentlichen beim Hypogonadismus, d. h. ei-

**Tabelle 4:** Fehlende Hilfesuche – ein der objektiven Gesundheit von Männern und ihrer subjektiven Lebensqualität adäquates Verhalten? (mod. nach [10])

Dafür sprechen:

- der positive Zusammenhang zwischen Berufsrolle und Gesundheit
- keine vergleichbare Doppelbelastung durch Berufs- und Familienleben
- die biologische Differenz: kein Zyklus
- das geringe Körperbewußtsein und die höhere Symptomtoleranz
- das geringere Krankheitswissen
- die geringe Medikalisierung des männlichen Körpers
- der externale Attributionsstil und selbstwertsteigernde Copingstrategien
- der geringere Neurotizismus
- die negative Korrelation von Maskulinität mit Ängstlichkeit und Depressivität
- die soziale Unterstützung durch die Ehe-/Lebenspartnerin

**Tabelle 5:** Männer-Depression und Sexualhormone: Befund bei stationären Depressiven (Laborroutine)

Lfd. Nr.	Alter (Jahre)	Freies Testosteron (pg/ml)	FSH (mU/ml)	DHEA-Sulfat (µg/ml)	LH (mU/ml)
1	46	7,65	3,71	1,52*	2,30
2	49	14,30	3,85	1,56*	4,17
3	38	10,90	8,92	1,39*	7,94
4	53	7,78	6,86	1,57*	4,38
5	36	14,40	2,63	6,75	5,24
6	45	19,50	6,26	1,63*	2,79
7	65	10,40	8,58	0,87*	4,54
8	53	26,80	3,74	0,46*	5,83
9	55	10,60	5,38	0,99*	2,86
10	74	6,39	10,20	0,39*	9,27
11	61	9,29	11,90	0,80*	7,55
12	58	11,30	13,10	1,39	9,90
13	59	22,90	12,70	0,70*	6,61
14	60	26,50	6,03	1,02*	3,86
15	56	22,20	4,05	2,25	5,95
16	45	10,40	2,96	1,21*	2,39
17	47	6,67*	4,17	1,37*	3,74
18	51	13,70	5,05	5,34**	6,35
19	44	16,90	5,64	3,98	7,25
20	57	14,20	13,40	1,12	12,06

\*erniedrigt, \*\*erhöht

ner zu niedrigen Produktion von Testosteronhormon aus den Gonaden, beim Vorliegen von erektiler, altersabhängiger oder auch krankheitsbedingter Dysfunktion, weniger bei depressiogener Libidostörung und weniger bei Nebenwirkungen von Antidepressiva auf die Erektionsfähigkeit und die Orgasmusfähigkeit zu diskutieren ist [13]. In der Psychiatrie und Psychotherapie ist dieses Thema vernachlässigt worden. Vereinzelt gab es eine Diskussion bezüglich der sexuellen Nebenwirkungen von Psychopharmaka, insbesondere von Antidepressiva, wobei dieses Thema bekannt ist, seit es Antidepressiva gibt. Heute ist es ein Thema, welches in die Therapie bei Männern und auch bei Frauen einzufließen hat und bei welchem zwischen einem depressiven Libidoverlust, einer sexuellen Nebenwirkung durch Psychopharmaka auf Erektions- und Orgasmusfähigkeit und unabhängig davon auf eine eventuell altersabhängige erektile Dysfunktion oder Orgasmusstörung eingegangen werden muß. Einige Studien dazu sind in den letzten Jahren erschienen, wobei das Feld offen ist und von einer spezifischen Empfehlung aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht außer des offenen Ansprechens dieser Thematik nicht ausgegangen werden kann [14–16].

In einer eigenen orientierenden Betrachtung (Tab. 5) haben wir bei schwer depressiven Männern allerdings nur bei einer sehr geringen Anzahl eine Erniedrigung des freien Testosterons gefunden, jedoch eine deutliche Reduktion des DHEA; Erklärungsansätze hierfür stehen noch aus.

## Zusammenfassung

Das Thema „Männer-Depression“ ist ein bisher wenig bearbeitetes Thema. Die zunehmende Bereitschaft der Männer, sich zu ihrer depressiven Herabgestimmtheit zu bekennen, sich um Behandlung zu bemühen und auch in stationäre Behandlung zu gehen, erfordert eine intensive Beschäftigung mit dieser Thematik und evtl. noch zu konzeptualisierende spezifische Therapieansätze.

## Literatur:

1. Wittchen H-U, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtunz B. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Gesundheitswesen 1999; 61: 216–22.
2. Grünewald I. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Verlauf depressiver Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung sozialer Faktoren. Ergebnisse einer einjährigen prospektiven Katamnesestudie. Dissertation Medizinische Fakultät der Universität Ulm, Ulm 1994.
3. Hops H. Intergenerational transmission of depressive symptoms: Gender and developmental considerations. In: Mundt CH et al (eds). Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders. Gaskell, London, 1996; 113–27.
4. Wolfersdorf M. Depressive Männer. Einige klinische Anmerkungen. In: Freytag R, Giernalczyk T (Hrsg.). Geschlecht und Suizidalität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2001; 83–94.
5. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H. Suizidalität und geschlechtsspezifische Aspekte. In: Rohde A, Marneros A (Hrsg.). Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart, 2005.
6. Wolfersdorf M. Mann und Suizid. In: Brähler E, Kupfer J (Hrsg.). Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Band 19: Mann und Medizin. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 1999.
7. Wolfersdorf M, Grünewald I, Hess H, Rupprecht U. Unterschiede in der Therapie depressiver Männer und Frauen. In: Mauthe J-H (Hrsg.). Krankheit & Geschlecht. Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternenfels, Berlin, 1999; 79–98.

8. Hildegard von Bingen. Ursachen und Behandlung der Krankheiten (cause et curae), übersetzt von Hugo Schulz. Ulm/Donau, 1955.
9. Lieburg van MJ. Frau und Depression. Erasmus Publishing, Rotterdam, 1992.
10. Möller-Leimkühler AM. Männer und Depression: Geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2000; 68: 489–95.
11. Anderson RA, Bancroft J, Wu FC. The effects of exogenous testosterone on sexuality and mood of normal men. J Clin Endocrinol Metabol 1992; 75: 1503–7.
12. Enzlin P, Mak R, Kittel F, Demytinaire K. Sexual functioning in a population-based study of men aged 40–69 years: The good news. Int J Impotence Res 2004; 16: 512–20.
13. Rosen RC, Seidman SN, Menza MA, Shabsigh R, Roose SB, Ceng LJ, Orazem J, Siegel RL. Quality of life, mood and sexual-function: a path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms. Int J Impotence Res 2004; 16: 334–40.
14. Schmidt PJ, Daly RC, Bloch M, Smith MJ, Danaceau MA, Simpson St. Clair L, Murphy JH, Haqu N, Rubinow DR. Dehydroepiandrosterone monotherapy in midlife-onset major and minor depression. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 154–62.
15. Shores MM, Mocerri VM, Sloan KL, Matsumoto AM, Kivlahan DR. Low testosterone levels predict incident depressive illness in older men: Effects of age and medical morbidity. J Clin Psychiatry 2005; 66: 7–14.
16. Grinspoon S, Corcoran C, Stanley T, Baaj A, Basgoz N, Klibanski A. Effects of hypogonadism and testosterone administration on depression indices in HIV-infected men. J Clin Endocrinol Metabol 2000; 85: 60–5.
17. Wolfersdorf M, Schüler M. Depressionen im Alter. Kohlhammer Stuttgart 2005.
18. Wolfersdorf M, Straub R, Keller F, Witznick G, Kopitke W, Hole G. Syndromatische Klassifikation der Depression – Differentielle Diagnostik depressiver Syndrome und therapeutischer Aspekte. In: Beckmann H, Sieberns S (Hrsg.). Wie aktuell ist Amitriptylin für die Therapie der Depression?. PNI Verlag, Frankfurt am Main, 1985; 75–111.
19. Ruppe A. Langzeitverlauf von Depressionen. Roderer, Regensburg, 1996.
20. Brodathy H, Cullen B, Thompson C, Mitchell P, Parker G, Wilhelm K, Austin MP, Malhi G. Age and gender in the phenomenology of depression. Am J Ger Psych 2005; 13: 589–96.
21. Winokur G, Morrison J. The IOWA 500: Follow-up of 225 depressives. Br J Psychiatry 1973; 123: 543–8.
22. Tascher T. Statistisches über die Melancholie. Fortschritte Neurol Psychiat 1965; 33: 25–36.
23. Merikangas KR, Wicki W, Angst J. Heterogeneity of depression. Br J Psychiatry 1994; 164: 342–8.
24. Wolfersdorf M, Straub R, Helber I, Kopitke W, Hole G, Faust V. Depressive Patienten in stationärer Behandlung. Psychiatrie Clinica 1981; 14: 226–44.
25. Keller F, Steiner B, Wolfersdorf M, Hautzinger M, Nostitz von E. Rückfall bei Depression im Jahr nach Entlassung. In: Steiner B, Keller F, Wolfersdorf M (Hrsg.). Katamnese-Studien in der Psychiatrie. Hogrefe, Göttingen-Toronto-Zürich, 1992; 1–20.
26. Sargeant JK, Bruce ML, Florio LP, Weissman MM. Factors associated with 1-year outcome of Major Depression in the community. Arch Gen Psychiat 1990; 47: 519–26.
27. Billings AG, Moos RH. Psychosocial process of remission in unipolar depression: Comparing depressed patients with matched community controls. J Consul Clin Psychology 1985; 53: 314–36.
28. Keller F. Belastende Lebensereignisse und der Verlauf von Depressionen. Waxmann, Münster-New York, 1997.

# 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](#)