

Männerdepression

Wolfersdorf M

Blickpunkt der Mann 2007; 5 (2)

19-20

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

Männerdepression

M. Wolfersdorf

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland hat in den vergangenen 3–4 Jahrzehnten eine gewaltige Entwicklung hinter sich gebracht. Gleichzeitig werden Unter- und Fehldiagnostik sowie unzureichende Behandlungsquoten bei einer steigenden Anzahl von Menschen mit psychischen Störungen beklagt. Der Bundesgesundheits-Survey von 1998 zeigt eine Behandlungsquote von nur 36,3 %, wobei Männer in allen Altersgruppen geringe Raten von Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufweisen. Andererseits führen Männer weltweit mit 2- bis 3mal höheren Raten bei den Suiziden, wobei der hohe Anteil depressiver Störungen an der Suizidproblematik gesichert ist. Das klinische Bild einer „Männerdepression“ ist durch zusätzliche depressive Symptome wie Gereiztheit, Irritierbarkeit, Aggressivität, Suchtmittelmißbrauch oder auch antisoziales Verhalten gekennzeichnet. Diese Aspekte müssen bei der Diagnostik und Therapie von Männern mit depressiven Erkrankungen einbezogen werden.

*Psychiatric treatment in Germany has changed over the past 3–4 decades. Up to now, depression has been the leading mental disorder but treatment rates of only 36.3 % are low, especially in male depressives. The clinical picture of male depression seems to be different from female depression. **Blickpunkt DER MANN 2007; 5 (2): 19–20.***

Der Gesundheits-Survey für Deutschland von 1998 [1] gibt eine 1-Jahres-Prävalenz für depressive Erkrankungen von 15 % für Frauen und 8,1 % für Männer an. In der Allgemeinbevölkerung gilt die Depression als eine eher dem weiblichen Geschlecht zugewiesene Erkrankung, eine systematische Beschäftigung mit der „Männerdepression“ gibt es bis dato kaum.

Dabei hat die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland im ambulanten wie auch im stationären Bereich in den vergangenen 3–4 Jahrzehnten eine gewaltige Entwicklung hinter sich gebracht, die mit den Stichworten Enthospitalisierung der Langzeitpatienten und Rückführung in die Gemeinden, Verkleinerung der früheren Großkrankenhäuser und Reduzierung der Bettenzahlen um über 50 % auf heute knapp über 50.000 Betten und nicht ganz 1000 Tagesklinikplätze benannt werden kann und eine deutliche Zunahme der ambulanten Versorgung (KVB-Grunddaten 2004: 4681 Fachärzte und -ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie/Nervenheilkunde, 3606 Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie 14.713 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten inkl. für Kinder und Jugendliche) zeigt. Unterschiedliche regionale Häufungen führen zur Klage über Unter- bzw. Überversorgung.

Das Inanspruchnahmeverhalten professioneller Hilfe von Männern in allen Altersgruppen weist jedoch deutlich geringere Raten als das Inanspruchnahmeverhalten von Frauen auf [2, 3]. Andererseits nehmen psychische Erkrankungen inzwischen bei der Frühberentung von Männern den dritten Platz nach Skelett- und Muskel- sowie Herz- und Kreislauferkrankungen ein, bei den Frauen inzwischen den ersten Platz [4]. Hinzu kommt, daß bei den Suizidraten weltweit die Männer mit 2- bis 3mal höheren Raten als die Frauen führen,

wobei dieses Überwiegen mit dem Alter zusätzlich deutlich zunimmt. Über 70 % der 2003 in Deutschland durch Suizid verstorbenen 11.150 Menschen waren Männer. Dabei ist die Verknüpfung von Depression und Suizid bekannt; etwa 2/3 aller durch Suizid verstorbenen Menschen weisen zum Zeitpunkt ihres Suizidtodestodes eine depressive Störung auf [5]. Männer mit einer Depression wurden in der hausärztlichen Praxis nur zu knapp 51 %, Frauen zu 61 % als depressiv erkannt [1].

Klinisches Bild der „Männerdepression“

Eine Depression ist eine primäre Erkrankung der Gemüthsstimmung (Affektivität: Stimmung und Gefühle) eines Menschen, sie ist beschreib- und erkennbar anhand einer typischen Symptomatik (typische depressive Episode nach ICD-10/Depressives Syndrom), wobei neben dem operationalisierten Symptom- und Verhaltensmuster auch eine Zeitstabilität von mindestens 2 Wochen gegeben sein muß. In der akuten Depression weisen depressiv Kranke ein Kernsyndrom von Herabgestimmtheit, von Freud- und Antriebslosigkeit, dysfunktionalen depressiven Kognitionen einschließlich Hoffnungs- und Hilflosigkeit sowie körperliche Symptome, hier vor allem rasche Erschöpfbarkeit, Appetit-, Schlaf- und sexuelle Störungen sowie interaktionell ein typisches depressives Verhalten (Rückzug, Appellation, Entwertung) auf. Der Verlauf einer depressiven Erkrankung ist bei 70–80 % rezidivierend, bei 20 bis 30 % anhaltend, d. h. mindestens länger als 2 Jahre. Depressionen entstehen grundsätzlich an der Schnittstelle von Persönlichkeitsstruktur (Typus melancholicus, ausgeprägte Leistungsorientierung, symbiotische Beziehungen u. ä.) mit Verlust-, Trauer-, Belastungs-, Anpassungs- und Kränkungs-situationen, können in allen Situationen von Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie bei biologischen und psychologischen Lebensveränderungen und auch bei chronischen körperlichen Erkrankungen auftreten, die der Anpassung bedürfen, insbesondere wenn dadurch das Lebenskonzept, das Selbstbild oder auch die Lebensqualität deutlich beeinträchtigt werden.

In verschiedenen eigenen Untersuchungen haben wir nach Unterschieden zwischen Männern und Frauen in Fragebogenergebnissen zur Depression sowie auch in der elektrodermalen Reaktivität, gemessen an einem

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, D-95445 Bayreuth, Nordring 2, E-Mail: manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

optischen Reiz anhand der Habituation der Hautleitfähigkeit, gesucht. Hier soll auf die Ergebnisse in den vergleichenden Fragebogenitems eingegangen werden.

In einer Gruppe von 659 Patienten (269 Männer, 390 Frauen) wurden die Ergebnisse im Beck-Depressionsinventar, in der Beschwerdeliste nach von Zerssen, im Angstfragebogen STAIG sowie in der Habituation auf einen externen optischen Reiz gefragt. Signifikante Unterschiede ergaben sich hinsichtlich der geäußerten Beschwerden in der Beschwerdeliste (Mittelwert Männer 32,8, Mittelwert Frauen 36,6; $p = 0,00$) sowie in der selbst geschilderten Depressivität im Depressionsinventar (Mittelwert Männer 22,7, Mittelwert Frauen 24,9; $p = 0,02$). Depressive Männer äußern also in den üblichen Selbstbeurteilungsskalen zur körperlichen Befindlichkeit und zur Depressivität weniger Beschwerden als Frauen. Faßt man verschiedene Items der Beschwerdeliste unter dem Sammelbegriff „Vitale Erschöpfung“ zusammen, so ergeben sich erneut signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Frauen geben signifikant häufiger höhere Werte für vitale Erschöpfung in der Depression an (Mittelwert Männer 13,9, Mittelwert Frauen 15,6; $p = 0,01$). Überraschenderweise geben andererseits Männer im Hoffnungslosigkeitsitem des Beck-Depressionsinventars signifikant höhere Werte an (Mittelwert Männer 0,5, Mittelwert Frauen 0,08; $p = 0,03$).

Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen letztlich die an anderer Stelle [3, 6–8] bereits geäußerten Beobachtungen: Männer äußern weniger Beschwerden als Frauen, wobei dies mit einem im Männlichkeitsstereotyp nicht vorgesehe-

nen Hilfesuchverhalten erklärt wird. Andererseits weisen Männer, wenn sie in Behandlung sind, deutlich höhere Hoffnungslosigkeitswerte auf als Frauen. Möglicherweise ist dies eines der Erklärungsmodelle für die erhöhte Suizidmortalität, denn Hoffnungslosigkeit bezüglich Veränderung und Weiterentwicklung in der Zukunft ist ein wesentlicher Risikofaktor für suizidales Verhalten.

Literatur:

1. Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2001; 10: 993–1000.
2. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of cross cultural and clinical literature with particular reference to depression. J Affect Disord 2002; 71: 1–9.
3. Möller-Leimkühler AM. Männer. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg). Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Springer-Verlag GmbH, Berlin, 2006; 215–28.
4. Fritze J, Saß H, Schmauß M. Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) aus dem Jahr 2001. In: Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C, Voderholzer U (Hrsg). Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Springer-Verlag GmbH, Heidelberg, 2005; 83–176.
5. Wolfersdorf M. Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2000.
6. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. Int Clin Psychopharmacol 2001; 16 (Suppl 2): 21–4.
7. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T. Männerdepression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. Blickpunkt Der Mann 2006; 4: 6–9.
8. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T, Adler L. Männerdepression/Frauendepression? Psychophysiologische Unterschiede? Psychiatr Prax 2007; 34 (Suppl I): S176–S177.

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](#)