

Geschlechtsspezifische

Unterschiede bei

Depression und

Suizidalität

Möller-Leimkühler AM

Blickpunkt der Mann 2009; 7 (2)

22-27

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

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität*

A. M. Möller-Leimkühler

Kurzfassung: Geschlechtsspezifische Verteilungen von Depression und Suizidalität implizieren ein doppeltes Geschlechterparadoxon: Frauen erkranken 2–3-mal häufiger an einer Depression, haben eine geringe Suizidrate, aber eine hohe Suizidversuchsrate. Dagegen ist die Suizidrate bei Männern mindestens 3-mal so hoch wie die der Frauen, ihre Depressionsrate ist jedoch nur halb so hoch. Obwohl dies seit Langem bekannt ist, mangelt es an befriedigenden multifaktoriellen Erklärungsansätzen. In diesem Beitrag werden Depressions- und Suizidrisiko im Zusammenhang mit Stressbelastung, Stressvulnerabilität

und -verarbeitung dargestellt, deren Geschlechterspezifität sowohl soziologische als auch biologische Faktoren aufweist. Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Konzept der „männlichen Depression“, das entscheidend zur Aufklärung des Geschlechterparadoxons bei Depression und Suizid beitragen könnte.

Abstract: Gender-related rates of depression and suicidality implicate a double gender paradox: while the life-time risk of depression in women is two to three times higher compared to men, their suicide rate is low, but their rate of at-

tempted suicides is three times higher compared to men. In contrast, the suicide rate in men is at least three times higher, but their depression rate amounts to only half the women's rate. Although this has been well-known for a long time existing explanations are not sufficient. In this paper, depression and suicidality are explained in the context of gender-related stress exposure, stress vulnerability and stress response. In particular, the question is discussed whether the concept of male depression contributes to explain the gender paradox in depression and suicide in men. **Blickpunkt DER MANN 2009; 7 (2): 22–7.**

■ Einleitung

Die Erkrankung an einer Major Depression geht mit einem ausgeprägten Suizidrisiko einher [1]. 15 % der Patienten mit schweren Depressionen begehen Suizid, 20–60 % der depressiv Erkrankten weisen Suizidversuche auf und 40–80 % leiden während einer Depression an Suizidideen. Umgekehrt ist eine Depression die häufigste Ursache für einen Suizid, bei etwa 60 % aller Suizide liegt eine Depression zugrunde [2]. Berücksichtigt man bei diesem engen Zusammenhang von Depression und Suizidrisiko die jeweiligen geschlechtsspezifischen Prävalenzen, so ergibt sich ein doppeltes Geschlechterparadoxon:

1. Die Suizidrate der Männer ist mindestens 3mal so hoch wie die der Frauen, ihre Depressionsrate ist jedoch nur halb so hoch. Die Lebenszeitprävalenz für Depression wird bei Männern mit 5–12 %, bei Frauen mit 12–20 % angegeben.
2. Frauen begehen im Vergleich zu Männern 3-mal häufiger einen Suizidversuch.

Die höchsten Suizidversuchsraten finden sich bei Frauen im Alter von 15–30 Jahren. Männer haben in allen Altersstufen die höchsten Suizidraten, die im Alter noch einmal überproportional ansteigen. In den letzten Jahren ist in Deutschland eine Verschiebung des Anteils alter Menschen, insbesondere von älteren Frauen an der Gesamtzahl der Suizide feststellbar. Mittlerweile ist jede zweite Frau, die einen Suizid begeht, älter als 60 Jahre [3].

■ Bisherige Erklärungsansätze weiblicher und männlicher Suizidalität

Diese auffällige Geschlechterdifferenz sowohl bei der Depression als auch bei der Suizidalität ist bis heute erst ansatzweise erforscht und reflektiert einen deutlichen Gender-Bias:

* Nachdruck aus J Neurol Neurochir Psychiatr 2008; 9 (3): 40–5.

Aus der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Korrespondenzadresse: PD Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, D-80366 München, Nußbaumstraße 7; E-Mail: anne-maria.moeller-leimkuehler@med.uni-muenchen.de

Während zahlreiche Studien zur Depression bei Frauen verfügbar sind, mangelt es an Studien zur weiblichen Suizidalität – bei Männern ist es umgekehrt. Insgesamt ist der Forschungsstand im Hinblick auf Unterschiede im suizidalen Verhalten bisher noch weitgehend auf epidemiologische Ergebnisse begrenzt, die überwiegend auf Daten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen basieren. Darüber hinausgehende Erklärungsansätze sind insgesamt wenig befriedigend, da sie entweder zu „technisch“, zu „individualistisch“ oder zu „soziologisch“ sind und – bis auf wenige Ausnahmen (z. B. [4]) – die Alterssuizidalität ausklammern [5].

Soziologischen und psychiatrischen Suizidtheorien mangelt es primär an einer differentiellen geschlechtsspezifischen Sichtweise. Ansätze, die auf die Geschlechterdifferenz eingehen, bleiben einseitig, sofern sie „nur“ männliche oder weibliche Suizidalität beleuchten. So argumentiert etwa die Letalitätstheorie, dass sich die höhere Suizidsterblichkeit der Männer aus der Wahl der härteren Suizidmethoden ergibt, wobei unbeantwortet bleibt, warum Frauen Methoden mit niedrigerem Letalitätsrisiko einsetzen. Die Theorie der Erinnerungsverzerrung, die davon ausgeht, dass Frauen eher bereit seien, über ihre Probleme und damit auch über Suizidversuche zu berichten, erklärt damit nicht die letale Suizidalität der Männer. Ähnliches gilt für Annahmen der erfolgreicherer Behandlung depressiver Frauen sowie biologische Annahmen im Zusammenhang mit der weiblichen Reproduktion [6].

Psychodynamische Erklärungsansätze fokussieren auf unterschiedliche motivationale Hintergründe suizidalen Verhaltens: Neben Aggressionskonflikten stünden vor allem Fusions- und Autonomiekonflikte im Vordergrund, bei Frauen ausgelöst durch gescheiterte Individuationsprozesse [7], bei Männern durch Ablehnungs- und Kränkungerfahrungen [8]. Die extrem hohe Suizidrate alter Männer wird im Rahmen der psychoanalytischen Narzissmustheorie dahingehend erklärt, dass diese im Unterschied zu alten Frauen eine deutlich vulnerablere Geschlechtsidentität hätten, die altersbedingt nicht mehr durch phallische Abwehrsysteme kompensiert werden könne [9]. Sozialisierungstheoretische Erklärungsansätze gehen von soziokulturell konstruierten Normen der Geschlech-

terrollen aus, die auch bei selbstdestruktiven Verhaltensweisen handlungsleitend wirken. Danach wird ein vollendeter Suizid als „rationaler“ Akt eher Männern, ein Suizidversuch als „emotionaler“ Akt eher Frauen zugeschrieben [10]. Insofern würden die epidemiologischen Daten zur Suizidalität nichts anderes als die bekannten Geschlechterstereotypen widerspiegeln.

Obwohl alle genannten Erklärungsmodelle dieses Geschlechterparadoxons unvollständig sind, wird allgemein davon ausgegangen, dass es sich dabei um ein reales Phänomen und nicht um ein Artefakt der Erfassung handelt.

Suizid und Suizidversuch sind hochkomplexe Phänomene, die nur im individuellen Kontext biologischer, psychologischer und soziologischer Faktoren zu verstehen sind, wobei eine Gewichtung dieser Faktoren beim gegenwärtigen Forschungsstand kaum geleistet werden kann [11]. Angesichts der Tatsache, dass sich biologische Merkmale, psychologische und soziologische Ressourcen und Belastungen bei Männern und Frauen unterscheiden und darüber hinaus unterschiedlich miteinander interagieren, wird die Entwicklung eines biopsychosozialen Erklärungsmodells zukünftiger Forschung vorbehalten sein.

Im Folgenden werden geschlechtsspezifische Unterschiede der Depression und Suizidalität im Rahmen eines Stressbewältigungs-Paradigmas dargestellt, in dem sozialstrukturelle Rahmenbedingungen, psychosoziale Ressourcen und biologische Merkmale integriert werden können.

■ Stress und Stressbewältigung: Gründe, weshalb der Suizidversuch weiblich und der Suizid männlich ist

Depression gilt als die Stresskrankheit des 21. Jahrhunderts mit steigender Prävalenz insbesondere bei den jüngeren Geburtskohorten [12], womit indirekt auch das Suizidrisiko ansteigt. Bei depressiv Erkrankten befindet sich die Stressachse in einem dauerhaften Aktivierungszustand, der zu einem konsistent erhöhten Kortisolspiegel führt [13]. Damit können depressive Episoden als Folge unzureichender Bewältigung von (chronischem) Stress verstanden werden. Suizid und Suizidversuch stellen im Bewältigungsrepertoire jeweils Extreme dar und lassen sich in diesem Zusammenhang geschlechtsspezifisch erklären.

Geschlechtsspezifische Stressoren und Risikofaktoren

Während des letzten Jahrhunderts haben in den westlichen postindustriellen Gesellschaften 3 große sozialstrukturelle Verschiebungen die Stressquellen für Frauen vermehrt: (1) ihre zunehmende Teilnahme am Erwerbsleben, die zwar prinzipiell gesundheitsförderlich ist, aber noch immer mit mehr Benachteiligungen im Vergleich zu Männern verbunden ist und zu einer Mehrfachbelastung durch Hausarbeit und Kindererziehung führt; (2) die Veränderung der Familienstrukturen mit einer Zunahme der Anzahl alleinerziehender Mütter (85 % der Alleinerziehenden in Deutschland [14]); und (3) die

Tabelle 1: Risikofaktoren für Depression bei Frauen und Männern. Nach [15].

Risikofaktoren für Frauen	Risikofaktoren für Männer
Niedriger sozioökonomischer Status	Niedriger sozioökonomischer Status
Niedriges Bildungsniveau	Alleinlebend
Hausfrau	Scheidung/Trennung
Ehefrau	Arbeitslosigkeit
Mutter	Berufliche Gratifikationskrisen
Alleinerziehende Mutter	Pensionierung
Geringe soziale Unterstützung	Chronische Erkrankungen
Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger	
Sexueller Missbrauch in Kindheit	

Überalterung der Gesellschaft: Im Vergleich zu Männern sind Frauen im Alter stärker von Alleinleben, Armut und Multimorbidität betroffen; die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger wird meistens von Frauen übernommen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Reihe von Risikofaktoren für Depression bei Frauen identifiziert worden, die in Tabelle 1 zusammengefasst sind.

Das höchste Depressionsrisiko haben alleinerziehende Mütter mit geringem Bildungsstand [16]. Hinsichtlich der Suizidalität von Frauen ist die Datenlage sehr begrenzt, es liegen hauptsächlich Untersuchungen über klinische Risikofaktoren, insbesondere Komorbidität und Suizidgedanken vor. Bei depressiv erkrankten Frauen erhöhen frühere Suizidversuche und suizidale Gedanken die aktuelle Suizidalität stärker als bei depressiven Männern [17]. Ähnliches gilt für komorbide Angststörungen [18, 19] und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit [20].

Wie Tabelle 1 zeigt, haben Männer z. T. andere Risikofaktoren für Depression als Frauen, soweit dies der eingeschränkten Datenlage zu entnehmen ist. Während Frauen mit multiplen Stressquellen konfrontiert sind, erscheint bei Männern die Berufsrolle als die dominierende Stressquelle, zumindest ist diese bei Männern am besten untersucht. Diese Tatsache reflektiert einen deutlichen Gender Bias in der Erfassung von Stressquellen bei Männern und Frauen, der impliziert, dass die tatsächliche Stressbelastung beider Geschlechter zur Zeit eher noch unterschätzt wird. Die Identifizierung beruflicher Stressoren bei Männern hat ergeben, dass diese die gefährlicheren Berufe haben, dass sie stärker von der zunehmenden Arbeitsplatzunsicherheit betroffen und durch Arbeitslosigkeit belastet sind und ein höheres psychisches Erkrankungsrisiko infolge ungünstiger psychosozialer Arbeitsbedingungen, so genannter Gratifikationskrisen, aufweisen. Diese Gratifikationskrisen entstehen durch eine Kombination von hohen Anforderungen und geringer Kontrollmöglichkeit einerseits und hoher Verausgabung und geringer Belohnung andererseits [21, 22]. Schließlich erweist sich die erfolgreiche Emanzipation der Frauen als ein bedeutender Stressfaktor für Männer: Dies betrifft nicht nur die Erwerbstätigkeit der Frauen, sondern auch deren Trennungsbereitschaft. Im Unterschied zu Frauen, die eine Trennung/Scheidung erleben, steigt das Depressions- und Suizidrisiko bei Männern um das Mehrfache

Tabelle 2: Risikofaktoren für Suizid bei Männern

Sozialstrukturell	Psycho/Sozial
Anomie [26] Soziale Desintegration [27] Bevölkerungsdichte [28] Gesellschaftlicher Umbruch [29] Individualismus [30]	Scheidung/Trennung [31] Pensionierung [32] Arbeitslosigkeit [33] Allein lebend [32] Geringes Einkommen [33] Homosexualität [34] Impulsivität/Aggressivität [37]
Medizinisch	Biologisch
Frühere Suizidversuche (M+F) Suizid in Familie [17] Psychische Erkrankungen, insbes. Depression [36] Alkohol-/Drogenabhängigkeit [17] Chronische Erkrankungen [37] Nikotinkonsum [38]	Genetische Disposition [40] Erniedrigte 5-Hydroxyindol-säure-Spiegel im Liquor [41] Volumenreduktion im präfrontalen Kortex [39]

[23, 24]. Diese Tatsache bestätigt erneut, dass die Ehe für Männer deutlich mehr gesundheitsprotektive Effekte hat als für Frauen.

Eine depressive Erkrankung geht bei Männern offenbar mit einem höheren Suizidrisiko einher als bei Frauen. Entsprechende Angaben belaufen sich für Jugendliche unter 25 Jahre auf 10:1 und für Erwachsene auf 6:1 [25]. Als wichtige Suizidrisiken sind zahlreiche Faktoren für Männer belegt (Tab. 2). So konnten z. B. biologische Faktoren wie ein serotonerges Defizit im präfrontalen Kortex [39] oder auch Alkohol- und Drogenabhängigkeit [17] sowie chronische somatische Erkrankungen bis hin zu sozioökonomischen Stressoren überwiegend bei männlichen Suizidopfern nachgewiesen werden.

Geschlechtsspezifische Stressvulnerabilität und Stressverarbeitung

Frauen und Männer unterscheiden sich nicht nur in ihrer objektiven Stressbelastung, die deutlich mit der sozialen Geschlechterrolle assoziiert ist, sondern auch in Bezug auf ihre Stressvulnerabilität und -verarbeitung.

Da Frauen nicht nur sozialisationsbedingt sondern auch evolutionsbiologisch bedingt interpersonell orientiert sind [42], sind sie bedeutend anfälliger für Stress, der aus engen sozialen Beziehungen kommt und weisen diesbezüglich stärkere psychobiologische Stressreaktionen auf als Männer [44]. Frauen reagieren auf psychosoziale Stressoren anders als Männer mit prosozialen und kommunikativen Strategien, mit Hinwendung und Kontaktaufnahme („tend and befriend“), wobei nicht nur Normen und Werte der Geschlechterrolle, sondern auch die Ausschüttung des „Liebeshormons“ Oxytocin eine Rolle spielt, das bekanntermaßen in großen Mengen beim Stillen produziert wird und das Bedürfnis nach engen sozialen Bindungen verstärkt [44]. Vor diesem Hintergrund wird der weibliche Suizidversuch als eine sozioemotionale und kommunikative Strategie, bereits in den 1960er Jahren als Hilfeschiere interpretiert, besonders deutlich. Die häufig vertretene (androzentrische) Annahme, der Suizidversuch signalisiere

Hoffnung auf eine Problemlösung von außen und reflektiere typisch weibliche Hilflosigkeit und Bewältigungsdefizite, mag auch zutreffen, ist jedoch nicht hinreichend. Auch biologische Gründe könnten dazu beitragen, dass Frauen weniger letale Suizidintentionen haben als Männer, aber auch anfälliger für Suizidalität werden, wenn der Östrogenspiegel sinkt, der gleichfalls zu einer Dysfunktion des serotonergen Systems führt [45].

Weibliche Stressverarbeitung beinhaltet typischerweise internalisierende, vor allem emotionszentrierte Coping-Strategien wie sich selbst beschuldigen, grübeln, sich sorgen oder auch soziotrope Verhaltensweisen, die wiederum stressverstärkend wirken. Neurowissenschaftliche Ergebnisse zum Zusammenhang von Emotionsverarbeitung, Kognition und Gedächtnis lassen vermuten, dass die Verarbeitung negativer Emotionen bei Frauen stärker als bei Männern zu einer höheren Aktivierung emotionsrelevanter Hirnareale führt [46]. Ein Zusammenhang zwischen emotionszentrierter Bewältigung und internalisierenden Störungen wie Depression, Angststörungen und posttraumatischer Belastungsstörung wurde in mehreren Studien bei Frauen nachgewiesen, erste Ergebnisse verweisen auch auf die prädiktive Bedeutung von Grübeln für Suizidgedanken [47].

Im Unterschied zu Frauen sind Männer – evolutionsbiologisch und sozialisationsbedingt – an sozialem Status orientiert [42] und weisen stärkere psychobiologische Stressreaktionen bei leistungsbezogenen Stressoren auf, die ihren sozialen Status bedrohen. Dies erklärt ihre besondere Vulnerabilität gegenüber sozioökonomischen Belastungen [48]. Männer reagieren auf Stress mit dem typischen „fight or flight“-Muster und setzen externalisierende Strategien ein mit einem hohen Risiko der Selbst- und Fremdschädigung. Diese hauptsächlich bei Männern beobachtbaren Stressreaktionen sind nicht nur erlerntes Rollenverhalten, sondern auch biologisch bedingt durch ein höheres Aggressionspotential und das männliche Geschlechtshormon Testosteron, dessen Spiegel insbesondere in Konfrontationssituationen ansteigt, in denen es um den Erhalt oder Erwerb von Macht und Dominanz geht. Während Aggression im traditionellen Weiblichkeitsstereotyp als Verlust der Selbstkontrolle bewertet wird, erlauben soziokulturelle Normen traditioneller Maskulinität die Instrumentalisierung männlicher Aggressivität zum Zweck sozialer Kontrolle und Ordnung. Macht und Dominanz, Kontrolle, Mut, Leistungs- und Wettbewerbsorientierung, Unabhängigkeit, Autonomie, Rationalität, Aktivität und Unverletzlichkeit sind Wertvorstellungen und Handlungsleitlinien traditioneller hegemonialer Maskulinität, von deren Erreichung die Selbstwert einschätzung abhängig gemacht wird [49].

Die Erreichung dieser Idealnomen ist nur auf Kosten der Kontrolle von als weiblich definierten Emotionen wie Angst, Unsicherheit, Schwäche, Traurigkeit und Hilflosigkeit möglich. Bereits diese emotionale Kontrolle kann auf Dauer gesundheitsschädigend sein [50], häufig wird sie insbesondere von jungen Männern mit exzessiv ausagierendem „männlichen“ Verhalten wie Aggressivität, Ärger, Alkoholmissbrauch, Feindseligkeit, riskantem und antisozialem Verhalten und Gewalt (über)kompensiert, gefolgt von hohen psychischen, körperlichen und materiellen Kosten [51, 52].

Hilfe zu suchen ist im Männlichkeitsstereotyp nicht vorgesehen, da das Eingeständnis von Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit dem Verlust männlicher Identität gleichkäme. Im Unterschied dazu erscheint der Suizid als letztes Mittel, den Selbstwert zu retten und die Illusion von Selbstbestimmung und Handlungsautonomie aufrechtzuerhalten – dies gelingt nur, wenn der Suizidversuch gewaltsam ist und tödlich endet. Möglicherweise spielen biologische Faktoren bei der männlichen Suizidalität eine größere Rolle als bei der weiblichen, und zwar im Sinne einer suizidalen Prädisposition: Diskutiert wird der Zusammenhang zwischen Aggression, mangelnder serotonerger Aktivität und mangelnder Impulskontrolle, wobei relativ gesichert von einer reduzierten Konzentration des Serotonin-Metaboliten 5-Hydroxyindolessigsäure im Liquor [53] und darüber hinaus von einer elektrodermalen Hyporeaktivität [54] ausgegangen werden kann. Eine biologische Disposition für Aggressivität und Impulsivität ist jedoch nicht spezifisch für suizidale Männer, ähnliche Befunde finden sich auch bei Gewalttätern und psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch [56–58].

■ Die männliche Depression: Auflösung des Paradoxons der hohen Suizidrate und niedrigen Depressionsrate bei Männern?

Da keine substanzialen Gründe für ein geringeres Depressionsrisiko bei Männern erkennbar sind, muss ihre mangelnde Inanspruchnahme professioneller Hilfe (m:f = 1:2 [58]) als einer der Gründe angenommen werden, weshalb Depressionen bei Männern häufig nicht erkannt und nicht behandelt werden. Dies wird durch internationale Bevölkerungsstudien bestätigt [59, 60]. Angesichts der oben dargestellten geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Stressverarbeitung muss aber auch angenommen werden, dass Männer anders mit depressiven Symptomen umgehen bzw. sich Depressionen bei Männern anders als mit den klassischen Symptomen äußern können, und zwar mit männertypischen Abwehrstrategien zum Schutz einer „starken“ Fassade. Bisherige Studien zur geschlechtsspezifischen Psychopathologie der Depression kommen zu dem Ergebnis, dass – zumindest bei klinischen Depressionen – sich die Kernsymptome nicht unterscheiden [61, 62]. Allerdings berichten Männer konsistent weniger depressive Symptome als Frauen [62], außerdem wurden in einigen Studien erhöhte Feindseligkeit [63, 64], erhöhter Alkoholkonsum [65, 62] sowie erhöhte Agitiertheit bei Männern gefunden [66]. Interessant ist weiterhin, dass sich die Depressionsrate und -symptomatik von Männern nicht von derjenigen der Frauen unterscheidet, wenn Alkohol und Suizid gesellschaftlich tabuisiert sind wie in der jüdisch-orthodoxen Gemeinde [67, 68] und/oder die Geschlechtsrollennormen streng egalitär sind wie bei den Amish People [69].

Das Konzept der „männlichen Depression“ wurde erstmals im Rahmen eines Suizidpräventionsprogramms auf der schwedischen Insel Gotland formuliert [70]. Nach einem systematisch durchgeführten Fortbildungstraining der dort ansässigen Ärzteschaft in Bezug auf Depressionsdiagnostik und -behandlung zeigte sich, dass die Suizidrate bei Frauen um etwa 90 % reduziert werden konnte, die der Männer aber unverändert blieb. Psychologische Autopsien der männlichen Suizidopfer

ergaben, dass diese zwar häufig depressiv und/oder alkoholabhängig waren, aber weniger den dortigen Ärzten als vielmehr der Polizei und den Ordnungsbehörden bekannt waren. Neben den üblichen depressiven Symptomen waren Symptome wie Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, Ärgerattacken oder antisoziales Verhalten häufiger bei männlichen als bei weiblichen Suizidopfern zu finden. Erst als diese männerspezifische Symptomatik in Diagnostik und Therapie berücksichtigt wurde, konnte auch hier eine Reduktion der Suizidrate erreicht werden.

Auch die wenigen bisher vorliegenden Studien zur männlichen Depression bestätigen weitgehend die theoretischen Annahmen: In einer dänischen Bevölkerungsstudie zeigte sich, dass unter den Bedingungen reduzierten Wohlbefindens Frauen direkt eine Major Depression entwickelten, während Männer mit Stress, Aggression und Alkoholmissbrauch reagierten [71]. Wurden in einer Stichprobe von alkoholabhängigen Patienten neben den klassischen Depressionssymptomen auch die untypischen, aber für Männer typischen Abwehrmuster erfasst, konnte ein höherer Prozentsatz von depressiv erkrankten Männern identifiziert werden [72]. In Bezug auf stationär behandelte depressive Patienten wiesen Männer eine stärker ausgeprägte affektive Rigidität sowie höhere Irritabilität und signifikant häufigere Ärgerattacken auf [73, 74]. In einer eigenen Studie an ebenfalls stationär behandelten depressiven Patienten [75] ließen sich unterschiedliche geschlechtsspezifische Symptommuster aufdecken: Irritabilität, Aggressivität und antisoziales Verhalten bei Männern, Unruhe, depressive Verstimmung und Klagsamkeit bei Frauen.

Die Untersuchung einer Bevölkerungsstichprobe von 18-jährigen Männern ergab ein 22%iges Risiko einer „männlichen Depression“ (bei Erfassung männlicher Symptome) und Hinweise darauf, dass sich mit steigender Depressionsgefährdung die männlichen Symptome verstärken, während die typisch depressiven Symptome unverändert bleiben bzw. dissimuliert werden [76].

Die bisherigen Befunde zur männlichen Depression verweisen darauf, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik vornehmlich in den frühen Stadien der Erkrankung dominieren, und zwar als Folge der geschlechtsspezifischen Coping-Strategien. Die Frage, ob männliche Symptome zu einem höheren Suizidrisiko führen, muss beim jetzigen Forschungsstand noch offen bleiben.

Die Unterdiagnostizierung von Depression bei Männern kann nicht nur auf mangelnde Hilfesuche der Betroffenen zurückgeführt werden, sondern auch auf einen Gender Bias in der Depressionsdiagnostik. Bei den genannten männlichen Symptomen bzw. Abwehrstrategien handelt es sich um untypische Verhaltensmuster, die nicht in den führenden Depressionsinventaren enthalten sind. Die üblichen Beurteilungsverfahren zur Erfassung von Depression gehen vom Prototyp der weiblichen Depression aus und enthalten überwiegend Symptome und Coping-Strategien, die von Frauen berichtet werden (z. B. Antriebslosigkeit, depressive Verstimmung, Grübeln, Selbstvorwürfe). Die typisch männlichen depressionsabwehrenden Strategien wie Aggressivität, Ärgerattacken, Feindseligkeit, Aktivismus oder exzessiver Alkoholkonsum

werden nicht erfasst. Dies führt nicht nur dazu, dass Depressionen bei einem Teil der betroffenen Männer nicht erkannt werden, sondern begünstigt tendenziell auch Fehldiagnosen in Richtung Alkoholabhängigkeit und antisozialer Persönlichkeitsstörung – Diagnosen, die mit dem männlichen Stereotyp zusammenhängen und bei Männern im Vergleich zu Frauen überrepräsentiert sind.

Obwohl das Konzept der männlichen Depression zunehmend von den Medien rezipiert wird, ist es wissenschaftlich noch nicht ausreichend abgesichert. Insgesamt mangelt es noch an validen Screening-Instrumenten und an Bevölkerungsstudien, die Aussagen über die Prävalenz der „männlichen Depression“ ermöglichen. Außerdem fehlen Studien zum Zusammenhang zwischen männlicher Depression und Alkoholabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen und bipolarer Depression, da sich hinter diesen Störungen männliche Depression verbergen kann. Abgesehen von dieser noch nicht ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz sprechen jedoch geschlechtersensible klinische Erfahrungen sowie eine Fülle von Ergebnissen aus der Gewalt- und Sozialforschung dafür, Stresserleben und -verarbeitung von Männern stärker zu beachten.

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass die Depression bei Männern noch intensiverer Forschung bedarf. In der ärztlichen Praxis müsste die Depressionsdiagnostik bei Männern verbessert werden, indem die üblichen Kriterien um männertypische Stresssymptome erweitert werden. Damit trägt eine geschlechtersensible Depressionsdiagnostik wesentlich zur Suizidprophylaxe bei Männern bei. Weiteren Untersuchungen bleibt die Klärung der Frage vorbehalten, wie männerspezifisch die „männliche“ Depression ist, denn aufgrund des Rollenwandels kann sie durchaus auch bei Frauen erwartet werden [77].

Im Bezug auf bestehende suizidpräventive Angebote ist festzustellen, dass diese eher von Frauen genutzt werden, da sie eine aktive Hilfesuche voraussetzen. Eine Suizidprophylaxe, die auch Männern gerecht wird, muss erst noch entwickelt werden.

■ Relevanz für die Praxis

- Diagnose und Therapie psychischer Störungen, insbesondere depressiver Erkrankungen, sind ein wesentlicher Schritt in der Suizidprävention.
- Es gibt konsistente Hinweise dafür, dass die Depressionsrate von Männern unterschätzt wird und dass Männer im Vergleich zu Frauen seltener professionelle Hilfe wegen depressiver Symptome in Anspruch nehmen.
- Insbesondere für Hausärzte besteht eine große Herausforderung darin, depressive bzw. depressionsgefährdete Männer rechtzeitig zu identifizieren. Hilfreich ist dabei die Kenntnis männerspezifischer Risikofaktoren für Depression.
- Depression bei Männern kann besser diagnostiziert werden, wenn die klassischen Depressionskriterien um männertypische Stresssymptome erweitert werden („male depression“). Eine geschlechtersensible Depressionsdiagnostik trägt wesentlich zur Suizidprophylaxe bei Männern bei.

Literatur:

1. Nemeroff CB, Bompom MT, Berher J. The depressed suicidal patient. Assessment and treatment. *Ann NY Acad Sci* 2001; 932: 1–23.
2. Skogman K, Alsén M, Ojehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide – a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 113–20.
3. Schmidtke A, Sell R, Löhr C. Epidemiology of suicide in older persons. *Z Gerontol Geriatr* 2008; 41: 3–13.
4. Kapusta ND, Etzersdorfer E, Sonneck G. Trends in suicide rates of the elderly in Austria, 1970–2004: an analysis of changes in terms of age groups, suicide methods and gender. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 438–44.
5. Erlemeier N. Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Bd. 212 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer, Stuttgart, 2002.
6. Baca-Garcia E, Vaquero C, Diaz-Sastre C, Cerverino A, Saiz-Ruiz J, Fernández-Piquera J, de Leon J. A pilot study on a gene-hormone interaction in female suicide attempts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 281–5.
7. Gerisch B. Die suizidale Frau. Psychoanalytische Hypothesen zur Genese. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, 2003.
8. Lindner R. Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung. Psychosozialverlag, Gießen, 2006.
9. Teising M. Psychodynamisches Verständnis der Suizidalität älterer Menschen. In: Wenglein E, Hellwig A, Schoof M (Hrsg). Selbstvernichtung. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, 1996; 61–74.
10. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28: 1–23.
11. Bronisch T. Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. 5. überarb. Aufl. C. H. Beck, München, 2007.
12. Wittchen HU, Knäuper B, Kessler RC. Lifetime risk of depression. *Br J Psychiatry* 1994; 26: 16–22.
13. Claes SJ. CRH, stress, and major depression: a psychobiological interplay. *Vitam Horm* 2004; 69: 117–50.
14. Nöthen M. Leben und Arbeiten in Deutschland. Sonderheft 1: Familien und Lebensformen – Ergebnisse des Mikrozensus 1996–2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2006.
15. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 486–92.
16. Bebbington PE. Sex and depression. *Psychol Med* 1998; 28: 1–8.
17. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 134–41.
18. Schaffer A, Levitt AJ, Bagby RM, Kennedy SH, Levitan RD, Joffe RT. Suicidal ideation in major depression: sex differences and impact of comorbid anxiety. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 822–6.
19. McGirr A, Séguin M, Renaud J, Benkelfat C, Alda M, Turecki G. Gender and risk factors for suicide: evidence for heterogeneity in predisposing mechanisms in a psychological autopsy study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1612–7.
20. McHolm AE, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 933–8.
21. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, New York, 1990.
22. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 27–41.
23. Matthews KA, Gump BB. Chronic work stress and marital dissolution increase risk of posttrial mortality in men from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Arch Intern Med* 2002; 162: 309–15.
24. Rotermann M. Marital breakdown and subsequent depression. *Health Rep* 2007; 18: 33–44.
25. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsoy GW, Eysen-Annan ML. Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. *J Affect Disord* 1999; 55: 171–8.
26. Durkheim E. Suicide, a Study in Sociology. Routledge & K. Paul, London, 1952.
27. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychol Med* 2001; 31: 827–36.
28. Stark C, Hopkins P, Gibbs D, Belbin A, Hay A. Population density and suicide in Scotland. *Rural Remote Health* 2007; 7: 1–13.
29. Watson P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Soc Sci Med* 1995; 41: 923–34.
30. Webster RF, Ferrada-Noli M, Skolbekken JA. Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *Scand J Psychol* 2003; 44: 373–81.
31. Heikkinen A, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 377: 65–72.
32. Qin P, Agerbo D, Westergaard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 546–50.
33. Gunnell D, Middleton N, Whitley E, Dorling D, Frankel S. Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly? A time series analysis of trends in England and Wales 1950–1998. *Soc Sci Med* 2003; 57: 595–611.
34. De Graaf R, Sandfort TG, ten Have M. Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 253–62.
35. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, Roy M, Mann JJ, Benkelfat C, Turecki G. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2116–24.
36. Isometsä E, Henriksson M, Marttunen M, Heikkinen M, Aro H, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *Br Med J* 1995; 310: 1366–7.
37. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol Med* 2004; 34: 137–46.
38. Schneider B, Schnabel A, Weber B, Frölich L, Maurer K, Wetterling T. Nicotine use in suicides: a case-control study. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 129–36.
39. Voracek M, Loibl LM. [Genetics of suicide: a systematic review of twin studies.] *Wien Klin Wochenschr* 2007; 119: 463–75.
40. Samuelsson M, Jokinen J, Nortström AL, Nordström P. CSF 5-HIAA, suicide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high-risk suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 44–7.
41. Rajkowska G. Morphometric methods for studying the prefrontal cortex in suicide vic-

- times and psychiatric patients. *Ann NY Acad Sci* 1997; 836: 253–68.
42. Troisi A. Gender differences in vulnerability to social stress. A Darwinian perspective. *Physiol Behav* 2001; 73: 443–9.
43. Stroud LR, Salovey P, Epel ES. Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 318–27.
44. Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, Gruenewald TL, Gurung RA, Updegraff JA. Biobehavioural responses to stress in females: tend-and-be-friend, not fight-or-flight. *Psychol Rev* 2000; 107: 411–29.
45. Saunders KE, Hawton K. Suicidal behaviour and the menstrual cycle. *Psychol Med* 2006; 36: 901–12.
46. Koch K, Pauly K, Kellermann T, Seiferth NY, Reske M, Backes V, Stöcker T, Shah NJ, Amunts K, Kircher T, Schneider F, Habel U. Gender differences in the cognitive control of emotion: An fMRI study. *Neuropsychologia* 2007; 45: 2744–54.
47. Miranda R, Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behav Res Ther* 2007; 45: 3088–95.
48. 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.
49. Connell RW. *Masculinities*. University of California Press, Berkeley, 1995.
50. Traue HC. *Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmungen*. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg-Berlin, 1998.
51. Hollstein W. Männlichkeit und Gesundheit. In: Brähler E, Felder H (Hrsg). *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit*. Westdeutscher Verlag, Opladen-Wiesbaden, 1999; 72–81.
52. Phillips DA. Pinking and bullying. Strategies in middle school, high school, and beyond. *J Interpers Violence* 2007; 22: 158–78.
53. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature* 2003; 4: 819–28.
54. Wolfersdorf M. Elektrodermale Reaktivität bei stationär bzw. nachstationär durch Suizid mit harter Methode verstorbenen depressiven Männern im Vergleich zu nicht-depressiven Kontrollen. *Suizidprophylaxe* 1994; 21: 58–62.
55. Lidberg L, Tuck JR, Asberg M, Scalia-Tomba GP, Bertilsson L. Homicide, suicide and CSF 5-HIAA. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71: 230–6.
56. Roggenbach J, Müller-Derlinghausen B, Franke L. Suicidality, impulsivity and aggression – is there a link to 5HIAA concentration in the cerebrospinal fluid? *Psychiatry Res* 2002; 113: 193–206.
57. Stanley B, Molch A, Stanley M, Winchel R, Gameroff MJ, Parsons B, Mann JJ. Association of aggressive behavior with altered serotonergic function in patients who are not suicidal. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 609–14.
58. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of socio-cultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 2002; 71: 1–9.
59. Wittchen HU, Schuster P, Pfister H, Müller N, Storz S, Isensee B. Depressionen in der Allgemeinbevölkerung – schlecht erkannt und selten behandelt. *Nervenheilkunde* 1999; 18: 202–9.
60. Lefebvre J, Lesage A, Cyr M, Toupin J. Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1998; 33: 291–8.
61. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? *Psychol Med* 1994; 24: 97–111.
62. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A; Depression Research in European Society Study. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 201–9.
63. Fava M, Nolan S, Kradin R, Rosenbaum J. Gender differences in hostility among depressed and medical outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 10–4.
64. Katz MM, Wetzler S, Cloitre M, Swann A, Secunda S, Mendels J, Robins E. Expressive characteristics of anxiety in depressed men and women. *J Affect Disord* 1993; 28: 267–77.
65. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, Gelenberg AJ, Ryan CE, Hess AL, Harrison W, Davis SM, Keller MB. Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disord* 2000; 60: 1–11.
66. Kockler M, Heun R. Gender differences of depressive symptoms in depressed and non-depressed elderly persons. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 65–72.
67. Loewenthal K, Goldblatt V, Gorton T, Lubitsch G, Bicknell H, Fellowes D, Sowden A. Gender and depression in Anglo-Jewry. *Psychol Med* 1995; 25: 1051–63.
68. Levav I, Kohn R, Dohrenwend BP, Shrout PE, Skodol AE, Schwartz S, Link BG, Naveh G. An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel. *Psychol Med* 1993; 23: 691–707.
69. Jakubasch J. *Depression und Aggression bei Amischen*. Nervenarzt 1994; 65: 590–7.
70. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 (Suppl 2): 21–4.
71. 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.
72. Zierau F, Bille A, Rutz W, Bech P. The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorders. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 265–71.
73. Winkler D, Pjrek E, Heiden A, Wiesegger G, Klein N, Konstantinidis A, Kasper S. Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 254: 209–14.
74. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 303–7.
75. Möller-Leimkühler AM. Is there evidence for a male depressive syndrome in patients with major depression? *J Affect Disord* 2004; 80: 87–93.
76. Möller-Leimkühler AM, Heller J, Paulus NC. Subjective well-being and “male depression” in male adolescents. *J Affect Disord* 2007; 98: 65–72.
77. Möller-Leimkühler AM, Yücel M. Male depression and gender-role orientation in university students (in Vorbereitung).

PD Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler

Diplom-Sozialwissenschaftlerin. Zunächst wissenschaftliche Mitarbeiterin der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie der Psychiatrischen Universitäts- und Landesklinik Düsseldorf und Dozentin im Studiengang Public Health an der Universität Düsseldorf. Seit 1998 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München tätig mit den Schwerpunkten Gender, Angehörigenforschung und Patientenzufriedenheit. Habilitation 2004.



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](#)