

**Depression bei Männern:
Einige klinische Aspekte
der so genannten
"männlichen Depression"**

Wolfersdorf M

Schulte-Wefers H

Schaller E

Blickpunkt der Mann 2009; 7 (4)

8-14

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

Depression bei Männern: Einige klinische Aspekte der so genannten „männlichen Depression“

M. Wolfersdorf¹, H. Schulte-Wefers², E. Schaller³

Kurzfassung: Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Häufigkeit depressiver Erkrankungen bei Männern und Frauen sind seit Langem bekannt. Dabei gilt die Depression als eine eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnete Erkrankung mit einem Verhältnis von 2–3 Frauen auf einen Mann, während umgekehrt die Suizidrate der Männer nahezu weltweit 2–3x höher als die der Frauen ist. In den vergangenen Jahren wird dem

geschlechtsspezifischen Aspekt bei depressiven Erkrankungen und Suizidalität mit Blick auf die Männer unter dem Stichwort „Männerdepression/male depression“ zunehmend mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Im nachfolgenden Beitrag wird nach einigen epidemiologischen Überlegungen insbesondere auf das klinische Bild depressiver Erkrankungen bei Männern eingegangen.

Abstract: The difference between men and women with regard to depression and suicide rates has been very well known for decades. In this paper, we give an overview on epidemiological data and the clinical pictures of the so-called male depression. **Blickpunkt DER MANN 2009; 7 (4): 8–14.**

■ Einleitung

Geschlechtsunterschiede bezüglich der Häufigkeit und des Bildes psychischer Erkrankungen bei Männern und Frauen sind seit Jahrhunderten bekannt [1–4]. Wittchen [5] hat epidemiologische Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den EU-Ländern vorgestellt und eine 1-Jahres-Prävalenz von 27 % angegeben. Hierbei erkranken Frauen im Wesentlichen an Angst- und somatoformen Störungen sowie Depressionen und weisen eine höhere Komorbidität verschiedener psychischer Störungen auf, während Männer eher an Suchtkrankheiten, Psychosen und bipolaren affektiven Störungen leiden.

Das Interesse am Thema „Männerdepression“ ist im vergangenen Jahrzehnt in Deutschland deutlich gewachsen. Erst vor Kurzem wurden in einer führenden deutschsprachigen neurologisch-psychiatrischen Fachzeitschrift in der Sparte Fort- und Weiterbildung das Thema „Männer, Depression und männliche Depression“ von Möller-Leimkühler [3] vorgestellt sowie die diagnostischen Kriterien für eine „Männerdepression“ aus der Gruppe um Rutz übersetzt [6, 7]. Aktuell gibt es in Deutschland 3 Gruppierungen, die sich mit dem Thema Männerdepression beschäftigen: (1) aus soziologischer Sicht die Gruppe um Möller-Leimkühler [3, 8, 9], (2) die suizidologische Arbeitsgruppe von Lindner (z. B. [10]) und (3) die klinisch orientierte Gruppe des Unterzeichners (z. B. [1, 4, 11, 12]). Ob es sich bei der so genannten Männerdepression um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, das neben seiner geschlechtsspezifischen Ausgestaltung auch für sich ein eigenständiges Zustandsbild ist, darf bezweifelt werden. Wahrscheinlich handelt es sich um eine ähnliche Akzentuierung, hier durch bekanntes geschlechtsspezifisches Verhalten, wie sie sonst auch aus den Beschreibungen altersspezifischer depressiver Syndrome oder auch kulturspezifischer depressiver Zustandsbilder bekannt ist. 1991 hatte

Hautzinger [13] darauf hingewiesen, dass die meisten Ätiopathogenesemodelle zur depressiven Erkrankung Geschlechtsunterschiede nicht mitberücksichtigen würden und den Bedarf an Forschung eingeklagt.

Gater et al. [14] untersuchten die Prävalenzraten für Depression und Angsterkrankungen bei > 26.000 Patienten in ambulanter allgemeinärztlicher Behandlung in 15 Zentren auf 4 Kontinenten. Sie fanden konstante Odds ratios für Frauen im Vergleich zu Männern mit einer gegenwärtigen Depression. Sodann gab es keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Häufigkeit der Diagnosestellung durch die untersuchende Zentren. Maier et al. [15] griffen die Frage nach Geschlechtsunterschieden in der Häufigkeit depressiver Erkrankungen im Behandlungsfeld des Allgemeinarztes erneut auf und fanden, dass die Einbeziehung von sozialen Rollenvariablen wie Zivilstand, Vorhandensein von Kindern oder Arbeitssituation den hohen Anteil von Frauen bei der Depressionsdiagnostik um 50 % in allen untersuchten Zentren bereits senkt. Nach den Autoren sind soziale Faktoren ein wesentlicher Grund des Überwiegens von Frauen bei der depressiven Erkrankung. Im gleichen Jahr fragten Gutierrez-Lobos et al. [16]: „Is depression a women’s disease?“ und unterstrichen noch einmal die Bedeutung psychosozialer Faktoren wie Alter, Zivilstand und Arbeitssituation. Bezogen auf die genannten psychosozialen Variablen fanden sie nicht nur keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern, sondern sogar ein Überwiegen der Männer. Möller-Leimkühler [17] hob auf das geschlechtsspezifische Hilfsucheverhalten von Männern ab und argumentierte, dass soziale Normen traditioneller Maskulinität bereits die Symptomwahrnehmung im Prozess der Hilfsuche beeinflussen und so zu einem wichtigen Faktor für Unterdiagnostik von Depressivität bzw. von Nicht-Inanspruchnahme von Hilfe durch Männer werden. Kühner [18] wies darauf hin, dass die bisherige epidemiologische Forschung bezüglich eines Überwiegens von Frauen bei der unipolaren Depression auf Artefakthypothesen, genetische und hormonelle Aspekte, psychosoziale und psychologische Risikofaktoren abhebt. Sie fordert integrative Modelle, die auch geschlechtsspezifische physiologische und endogene Daten mit einbeziehen und verweist darauf, es sei durchaus vorstellbar, dass über die Lebensspanne hinweg ähnlich wie über kulturell unterschiedliche Settings individuelle Risikofaktoren unterschiedlich bedeutsam werden können.

Aus der ¹Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, dem ²Bereich Drogenabteilung Klinische Suchtmedizin, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, und dem ³Depressionszentrum Bayreuth

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

Tabelle 1: Psychische Erkrankungen (ICD-10) und Geschlecht. Aus [2].

| ICD-10 | Krankheitsbild (Kurzbenennung) | Geschlechtsverteilung (in Anlehnung an Literatur) |
|---------------|--|--|
| F00–F03 | Demenzen | Alzheimer-Demenz Frauen > Männer |
| F04 | Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch psychotrope Substanz bedingt | Frauen ≈ Männer |
| F05 | Delir (keine Sucht) | Frauen ≈ Männer |
| F10 | Störungen durch Alkohol | Punktprävalenz 2–7 % in der Erwachsenenbevölkerung |
| F11 | Störung durch Opiate | Männer:Frauen ≈ 3:1 |
| F12 | Störung durch Cannabinoide | Männer:Frauen ≈ 3:1 |
| F13 | Störung durch Sedativa/Hypnotika | Frauen > Männer |
| F14, F15 | Störung durch Kokain, Stimulanzien | Männer:Frauen ≈ 3:1 |
| F16, F18, F19 | Störung durch Halluzinogene u. a. | Männer:Frauen ≈ 3:1 |
| F17 | Störung durch Tabak | Männer > Frauen |
| F20 | Schizophrenie | Lebenszeitrisiko ca. 1 % gleich, Männer erkranken früher |
| F22, F24 | Anhaltende wahnhafte Störung | Männer:Frauen = 0,85:1 |
| F23 | Akute psychotische Störung | Frauen > Männer |
| F25 | Schizodepressive Störung Schizomanische Störung | Frauen > Männer Frauen ≈ Männer |
| F30, F31 | Bipolare affektive Störungen | Männer ≈ Frauen |
| F32, F33 | Depressive Episode, rezidivierende depressive Störung | Frauen:Männer ≈ 2:1 (Morbiditätsrisiko über Lebenszeit bei 10 % für Männer, 23 % für Frauen) |
| F34 | Zyklothymie Dysthymie | Frauen:Männer ≈ 3:2 Frauen:Männer ≈ 2:1 |
| F40, F41 | Angststörungen | Frauen > Männer |
| F42 | Zwangsstörungen | Frauen ≈ Männer |
| F43 | Akute Belastungsreaktion Posttraumatische Belastungsreaktion Anpassungsstörungen | Unbekannt/unklar Frauen:Männer ≈ 2:1 Frauen ≈ Männer |
| F44 | Dissoziative Störungen | Frauen:Männer ≈ 3:1 |
| F45 | Somatiforme Störungen | Unbekannt/unklar |
| F50 | Essstörungen | Frauen >> Männer |
| F51 | Nichtorganische Schlafstörungen | Abhängig von Komorbidität bzw. unbekannt |
| F52 | Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen | Abhängig von Störung, Männer ≈ Frauen |
| F53 | Psychische Störungen in Schwangerschaft und Wochenbett | Frauen |
| F60 | Persönlichkeitsstörungen Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | Unbekannt, angenommen wird Frauen ≈ Männer Frauen > Männer |
| F63 | Störungen der Impulskontrolle (pathologisches Glücksspiel, Pyromanie, Kleptomanie) | Glücksspiel 95 % Männer Pyromanie unbekannt Kleptomanie Frauen > Männer Trichotillomanie Frauen > Männer |
| F64 | Störungen der sexuellen Orientierung | Transsexualität Frauen > Männer Sexualpräferenz: Paraphilien fast nur Männer Sexueller Masochismus unklar/unbekannt |
| F7 | Intelligenzminderung (geistige und Lernbehinderung) | Unbekannt/unklar |
| F80 | Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache | Jungen:Mädchen ≈ 2:1 |
| F81 | Schulische Fertigkeiten | Jungen:Mädchen ≈ 3:1 |
| F84 | Autismus, Asperger-Syndrom | Jungen:Mädchen ≈ 68:1 |
| F9 | Verhaltens- und emotionale Störungen in Kindheit und Jugend | Jungen:Mädchen ≈ 3–9:1 |

Garde [19] unterstreicht psychologische Theorien wie niedriges Selbstwertgefühl, fehlende soziale Unterstützung, Komorbidität mit Angst und Aggression, bei Frauen gewendet nach innen, bei Männern nach außen agierend mit Komorbidität mit Alkohol, dann soziale Theorien wie ökonomische Abhängigkeit bei den Frauen und unterstreicht, letztlich seien Symptome und Outcome von Depressionen für Männer und Frauen gleich. Bezüglich des Suizidrisikos wiesen Männer ein höheres Risiko auf, das mit dem Alter auch ansteige, während Frauen eine höhere Suizidversuchsrate zeigen, die mit dem Alter eher abnehme. Nochmals wird darauf hingewiesen, dass über die Lebensspanne hinweg Geschlechtsunterschiede verschwinden können. Simonds und Whiffen [20] hatten bereits festgestellt, dass bei Frauen eher eine Komorbidität

mit Angststörungen diagnostiziert wird und dies ein Faktor des Überwiegens des weiblichen Geschlechts bei der Depressionshäufigkeit sein könne. Ähnlich hat Wilhelm [21] die Bedeutung von höherer Risikofreudigkeit sowie von Substanzmissbrauch bei Männern im höheren Lebensalter betont. Unter dem Schlagwort „Women seek for help – men die! Is depression really a female disease?“ haben Hausmann et al. [22] erneut den „Gender-Bias“ in der Diagnosenhäufigkeit sowie im Hilfesuchverhalten von Männern diskutiert und darauf hingewiesen, dass sich die Depression hinter Abhängigkeits- und Risikoverhalten sowie erhöhter Irritabilität bei Männern verstecken könne und deshalb auch schwer erkannt würde. Es falle Männern im Vergleich zu Frauen schwerer, ihre Befindlichkeit zu artikulieren.

Tabelle 2: Suizid und Depression: psychologische Autopsiestudien. Nach [4].

| Studie | Anzahl Suizide | Anteil Männer (%) | Affektive Störungen gesamt (%) | Rezidivierende depressive Störungen (%) | Bipolare Störung | Dysthymie | Schizophrenie (%) |
|--|-------------------------|-------------------|--------------------------------|---|------------------|-----------|-------------------|
| Wolfersdorf et al. (1993), Deutschland | 454 | 72 | 66 | 66 | k. A. | k. A. | 8 |
| Apter et al. (1993) | 43 (nur Männer) | | | | | | |
| Lesage et al. (1994) | 75 (Männer, 18–35 a) | 100 | 53 | 40 | k. A. | k. A. | 9 |
| Cheng (1995/2000), Taiwan | 116 | 62 | 87 | 87 | 0 | k. A. | 7 |
| Rihmer et al. (1995), Ungarn | 115 | 77 | 50 | 16 | 22 | k. A. | 6 |
| Conwell et al. (1996), USA | 141 | 80 | 47 | 28 | 1 | 11 | 16 |
| Heilä et al. (1997), Finnland | 1397 | | | | | | 7 |
| Foster et al. (1999) | 117 | 79 | 36 | 32 | k. A. | k. A. | 11 |
| Appleby et al. (1999), UK | 84 | 81 | 23 | k. A. | k. A. | k. A. | 19 |
| Brent et al. (1999), UK | 140 (13–19 a) | 85 | 48 | k. A. | k. A. | k. A. | 0 |
| Schneider et al. (2006), Deutschland | 163 | 64 | 37 | 18 | 5 | 5 | 14 |
| Robins et al. (1959), USA | 134 | 77 | k. A. | 45 | k. A. | k. A. | 2 |
| Dorpat & Ripley (1960), USA | 114 | 68 | k. A. | 30 | k. A. | k. A. | 12 |
| Chynoweth et al. (1980), Australien | 135 | 63 | k. A. | 55 | k. A. | k. A. | 4 |
| Mitterauer (1981), Österreich | 145 | | | | | | 18 |
| Rich et al. (1986), USA | 283 | 71 | k. A. | 47 | k. A. | k. A. | 6 |
| Arato et al. (1988), Ungarn | 200 | 64 | 58 | 34 | 24 | 2 | 9 |
| Runeson (1989), Schweden | 58 (15–29 a) | 72 | 43 | 36 | 5 | 2 | 16 |
| Asgard (1990), Schweden | 104 (nur Frauen) | 0 | 60 | 35 | 1 | 20 | 5 |
| Marttunen (1991), Finnland | 53 (13–15 a) | 83 | 52 | 23 | k. A. | 4 | 6 |

D. h. 2/3–3/4 aller Suizidenten sind Männer!

Tabelle 3: Suizidraten in Deutschland seit 1893 nach Geschlecht

| Jahr | Männer | Frauen | Jahr | Männer | Frauen |
|------|--------|--------|------|--------|--------|
| 1893 | 33,6 | 8,3 | 1950 | 30,0 | 15,1 |
| 1895 | 32,5 | 8,4 | 1955 | 28,4 | 15,3 |
| 1900 | 32,6 | 8,5 | 1960 | 30,1 | 16,2 |
| 1905 | 33,5 | 9,5 | 1965 | 29,9 | 16,3 |
| 1910 | 33,2 | 10,3 | 1970 | 31,1 | 16,7 |
| 1915 | 22,7 | 10,7 | 1975 | 31,4 | 17,6 |
| 1920 | 29,3 | 14,6 | 1980 | 31,7 | 16,3 |
| 1925 | 36,4 | 13,3 | 1985 | 32,4 | 14,3 |
| 1930 | 40,6 | 15,7 | 1990 | 24,7 | 10,6 |
| 1935 | 40,7 | 15,7 | 1995 | 23,2 | 8,7 |
| 1940 | n. a. | n. a. | 2000 | 20,2 | 6,9 |
| 1945 | n. a. | n. a. | 2005 | 18,6 | 6,5 |
| 1946 | 31,8 | 15,4 | 2007 | 17,4 | 5,7 |

Aktuell kommen auf 1 Frauensuizid 3 Männersuizide.

Einige epidemiologische Angaben

Wittchen et al. haben eine 1-Jahres-Prävalenz bei 18–65-jährigen Frauen in Deutschland von 15,0 %, bei Männern gleichen Alters um 8,1 % gefunden [23]. Adam [24] zeigt in seiner sozialepidemiologischen Arbeit zu depressiven Störungen im Alter eine durchschnittliche Punktprävalenz bei den 60–65-Jährigen und Älteren von 16,0 % für depressive Störungen insgesamt, dabei von affektiver Psychose 5,7 %, Major Depression 1,6 % sowie neurotischer Depression 7,6 %. Interes-

Tabelle 4: Die 5 wichtigsten Krankheitsarten bei Arbeitsunfähigkeitstagen (in %) bei Männern und Frauen 2007. Aus [25].

| | Männer % (Reihung) | Frauen % (Reihung) |
|-------------------------|--------------------|--------------------|
| Muskel-Skelett-System | 23,5 % (1) | 19,7 % (1) |
| Verletzungen | 18,1 % (2) | 9,4 % (4) |
| Atmungssystem | 15,8 % (3) | 18,1 % (2) |
| Psychische Erkrankungen | 8,4 % (4) | 12,5 % (3) |
| Verdauungssystem | 7,8 % (5) | 6,8 % (5) |
| Sonstiges | 26,5 % | 33,4 % |

sant ist, dass zum Einen das Verhältnis Frauen zu Männern bei depressiven Störungen insgesamt bei 1,9:1 liegt, am niedrigsten bei Depression im Rahmen manisch-depressiver Erkrankungen bei 1,4 Frauen auf 1 Mann und bei der Major Depression bei 1,7 Frauen auf 1 Mann im höheren Lebensalter. Des Weiteren verringert sich bei einem Vergleich unterschiedlicher Altersgruppen, z. B. der jüngeren Alten (60–69 oder 74 Jahre) mit den > 70 oder > 75 Jahre alten Menschen das Verhältnis Männer zu Frauen zulasten einer Zunahme der Männer. Man gewinnt bei der Übersicht zu den Feldstudien zur Prävalenz depressiver Störungen alter Menschen in den genannten 2 Altersgruppen den Eindruck, dass der Anteil der Männer von den jüngeren zu den älteren Alten zunimmt, während der Anteil der Frauen gleich bleibt [24]. Tabelle 1 gibt einen Überblick zur Geschlechtsverteilung bei psychischen Erkrankungen nach ICD-10 [2], ergänzt durch eine Übersicht (Tab. 2) zu Suizid und Depression und den dortigen hohen

Tabelle 5: Suizidraten in 6 Staaten der USA [NVDTS 2005: Maryland, Massachusetts, New Jersey, Oregon, South Carolina, Virginia]. Aus [26].

| Suizide Geschlecht/Alter | Jährliche Raten/100.000 Einwohner | | | | χ^2 , 1 |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | |
| Männer | | | | | |
| 0–24 Jahre | 6,16 | 5,24 | 5,56 | 5,66 | 0,24 |
| 25–64 Jahre | 17,47 | 19,08 | 18,60 | 19,42 | 0,00** |
| ≥ 65 Jahre | 27,09 | 23,69 | 28,53 | 27,34 | 0,97 |
| Gesamt | 14,94 | 14,90 | 15,34 | 15,56 | 0,03* |
| Frauen | | | | | |
| 0–24 Jahre | 1,03 | 1,39 | 1,05 | 1,01 | 0,88 |
| 25–64 Jahre | 5,5 | 5,50 | 4,68 | 5,78 | 0,55 |
| ≥ 65 Jahre | 3,84 | 3,70 | 3,76 | 4,43 | 0,32 |
| Gesamt | 3,75 | 3,81 | 3,28 | 3,89 | 0,39 |

χ^2 ; 1 Trendtests Zunahme/Abnahme 2000 zu 2003, * bzw. ** = Signifikanzniveau.

Tabelle 6: Hauptsymptome depressiver Erkrankungen

| |
|--|
| <p>Antriebs- und psychomotorische Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lust- und Antriebslosigkeit, Nichtkönnen, leere Hektik • Psychomotorische Agitiertheit, Getriebenheit • Psychomotorische Hemmung, Stupor <p>Vegetative Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Globaler Vitalitätsverlust mit rascher Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Kraftlosigkeit • Leibgefühlstörungen (Druck-, Spannungs-, Schweregefühl) • Appetitstörung, Gewichtsabnahme, Obstipation • Schlafstörungen (Ein-, Durchschlafstörung, zerhackter Schlaf, morgendliches Früherwachen, fehlende Erholung) • Tagesschwankungen (Morgentief, abendliche Aufhellung) • Saisonale Abhängigkeit der Depressionsauslösung • Libidostörungen, Impotenz beim Mann, Dysmenorrhö bei der Frau <p>Affektive und kognitive Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressive Herabgestimmtheit, depressive Verstimmung • Freudlosigkeit, Gefühllosigkeit, Nicht-weinen-Können, Weinkrämpfe, Verzweiflung, Dysphorie • Globale Angstzustände (vor allem, was auf einen zukommt) • Angst vor dem Tag und seinen Anforderungen, objekt- und situationsbezogene Ängste, Zukunftsangst, übersteigerte Befürchtungen • Grübelzustände, Gedankenkreisen, Denkhemmung, Leeregefühl im Kopf, Monotonie in der Sprache • Selbstvorwürfe wegen Nichtkönnen (Insuffizienzgefühl), Versagen und Minderwertigkeit (Selbstwertstörung), Nichtgeliebt-, Nichtgeschätztwerden, Schuldgefühle (Selbstverurteilung, -anklage), Klage über materielle Probleme, Verarmung oder körperliche Befindlichkeit (Hypochondrie) • Gefühl von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, negative Selbsteinschätzung • Depressiver Wahn: Verarmungs-, Schuld-, Versündigungs-, Untergangswahn und hypochondrische Ideen • Ruhe- und Weglaufwünsche, Todeswunsch, Suizidideen als Erwägung, Einfall, Suizidabsicht, frühere Suizidalität • Klagen über subjektiv erlebte Merk- und Konzentrationsstörungen |
|--|

Anteil der Männer von 60–65 % bei den Suiziden in den psychologischen Autopsiestudien [4]. Eine Übersicht über die aktuellen Suizidraten in Deutschland von 1893–2007 nach dem Geschlecht ist in Tabelle 3 wiedergegeben. Auch hier bestätigt sich erneut das bekannte Überwiegen der Männer bei den Suizidraten.

Tabelle 7: Männer und Depression: Vergleich depressive Männer und Frauen (stationäre Patienten). Aus [12].

| | Mittelwert | | Anzahl | | p |
|--|------------|--------|--------|--------|--------|
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen | |
| Alter (Jahre) | 43,6 | 40,1 | 79 | 115 | 0,03* |
| Beck Depression Inventory bei Aufnahme gesamt | 21,2 | 24,9 | 81 | 114 | 0,01** |
| Hoffnungslosigkeit (BDI-Item 8) | 0,5 | 0,08 | 8 | 12 | 0,03* |
| Beschwerdeliste nach von Zerssen gesamt | 31,2 | 36,7 | 81 | 114 | 0,00** |
| B-L Vitale Erschöpfung (Items 2, 10, 11, 14, 16, 22, 23) | 13,9 | 15,6 | 81 | 114 | 0,01** |

BDI: Beck Depression Inventory; B-L: Beschwerdeliste nach von Zerssen

D. h. depressive Männer sind im Vergleich zu Frauen signifikant älter, schätzen sich signifikant geringer depressiv ein, klagen weniger über somatische Beschwerden (B-L), sind signifikant weniger häufig erschöpft, aber subjektiv hoffnungsloser.

Betrachtet man die 5 wichtigsten Krankheitsarten bei Arbeitsunfähigkeit, zeigt der Gesundheitsreport 2008 der DAK [46], der interessanterweise unter dem Schwerpunktthema „Mann und Gesundheit“ erschienen ist, bei den psychischen Erkrankungen ein deutliches Überwiegen der Frauen (Tab. 4). Ein internationaler Blick auf Suizidraten in verschiedenen Staaten der USA [26] zeigt eine signifikante Zunahme der Suizidraten bei den Männern, hier bei den 25–65-Jährigen, während sich die Suizidmortalität der Frauen seit dem Jahr 2000 nicht verändert hat (Tab. 5). Insgesamt überwiegen Männer beim Suizid bei Depressionen, bei schizophrenen Erkrankungen sowie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit.

■ Klinisches Bild „Männerdepression“

Die Hauptsymptome depressiver Erkrankungen, eingeteilt nach den syndromalen Schwerpunkten affektive und kognitive Symptome, Antriebs- und psychomotorische Störungen sowie vegetative Symptomatik, sind in Tabelle 6 ausführlich dargestellt. Es besteht im klinischen Bereich eine hohe Übereinstimmung, dass die Grundsymptomatik depressiver Erkrankungen sowohl geschlechts- als auch altersunspezifisch ist, sieht man von depressiven Störungen vor der Pubertät ab und bedenkt, dass altersspezifische Modifikationen im höheren Lebensalter durchaus das Bild verändern können.

In einer eigenen Untersuchung [12] fanden sich bei depressiven Männern in stationärer Behandlung im Vergleich zu Frauen signifikant höhere Werte bezüglich Hoffnungslosigkeit, während bei den Frauen die depressive Symptomatik insgesamt, die psychosomatische Beschwerdeliste und die vitale Erschöpfung signifikant erhöht waren. Das bedeutet, dass depressive Männer im Vergleich zu depressiven Frauen in stationärer Behandlung älter sind, sich jedoch geringer depressiv einschätzen, weniger über somatische Beschwerden klagen, sich auch weniger vital erschöpft fühlen, aber subjektiv hoffnungsloser beschreiben. Dieses signifikant höhere Ausmaß an Hoffnungslosigkeit könnte einer der Erklärungsansätze für die erhöhte und mit dem Alter zunehmende Suizidmortalität

Tabelle 8: Depressive Männer und Frauen: Geschlechtsspezifische Unterschiede in soziodemographischen und klinischen Faktoren (n = 53): 6-Jahres-Katamnese. Nach [27].

| | | Frauen (n = 32) | Männer (n = 21) | Signifikanz |
|--|---|-----------------|-----------------|------------------------|
| Alter | Indexepisode | 49,7 (15,2) | 47,6 (10,7) | n. s. |
| | Ersterkrankung | 40,6 (18,9) | 39,2 (13,9) | n. s. |
| Partner/in | ja | 53 % (n = 17) | 81 % (n = 17) | p = 0,046 ^a |
| Suizidalität | Indexepisode | 38 % (n = 11) | 48 % (n = 10) | n. s. |
| Suizidversuch | Anamnese | 22 % (n = 7) | 33 % (n = 7) | n. s. |
| | 1. Katamnesejahr | 9 % (n = 3) | 5 % (n = 1) | n. s. |
| | 2.–6. Katamnesejahr | 13 % (n = 4) | 14 % (n = 3) | n. s. |
| Psychotisches Erleben | Anamnese oder Indexepisode oder Katamnese | 6 % (n = 2) | 38 % (n = 8) | p = 0,009 ^a |
| Phasenanzahl | Anamnese | 4,4 (5,2) | 2,7 (2,8) | n. s. |
| Stationäre Aufnahmen | Anamnese | 2,1 (2,8) | 1,5 (1,2) | n. s. |
| | Katamnese | 0,8 (1,4) | 0,3 (0,8) | p = 0,12 |
| Dauer der längsten Phase (Wochen) | Anamnese oder Indexepisode | 33,8 (36,2) | 49,2 (61,7) | n. s. |
| HAMD | Aufnahme | 26,4 (9,0) | 31,5 (8,0) | p = 0,05 |
| | Entlassung | 8,0 (6,4) | 12,2 (8,2) | p < 0,10 |
| | Nach einem Jahr | 7,4 (6,3) | 6,9 (7,3) | n. s. |
| BDI | Aufnahme | 19,9 (9,8) | 25,1 (10,4) | p < 0,10 |
| | Entlassung | 9,8 (8,0) | 11,0 (13,8) | n. s. |
| | Nach einem Jahr | 7,6 (11,2) | 9,1 (8,0) | n. s. |
| B-L | Aufnahme | 26,5 (12,1) | 33,8 (13,8) | p < 0,10 |
| | Entlassung | 17,2 (10,3) | 20,7 (11,9) | n. s. |
| | Nach einem Jahr | 18,7 (12,6) | 25,1 (15,8) | p = 0,15 |
| Dauer des stationären Aufenthalts (Tage) | Indexepisode | 83,2 (49,0) | 83,2 (60,0) | n. s. |

^a Fisher Exact Test

Tabelle 9: Männerdepression: Klinisches Bild/Unterschiede zu Frauen

- Eher gehemmte Bilder
- Mehr Neigung zu Rückzug
- Eigentherapeutischer Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit und Depression
- Neigung zu Impulsivität, Aggressivität
- Vermehrt Somatisierungstendenz
- Signifikant erhöhte Suizidrate bei Männern
- Eingeschränkte Veränderungsfähigkeit bei Männern
- Unzureichende Inanspruchnahme des Hilfsangebotes durch Männer

bei Männern im Gegensatz zu Frauen sein (Tab. 7). Tabelle 8 zeigt einen Vergleich depressiver Männer und Frauen in stationärer Behandlung [27], im Rahmen einer mehrjährigen Katamnese studie, wobei mehrere Aspekte auffallen: Depressive Männer leben signifikant häufiger in Partnerschaft als depressive Frauen, Männer kommen häufiger mit einer psychotischen Symptomatik im Sinne der wahnhaften Depression zur Aufnahme, Männer weisen bei stationärer Aufnahme in der Fremdbeurteilung nach der Hamilton Depression Scale signifikant höhere Werte auf, bei Entlassung und nach einem Jahr ergeben sich jedoch in der Selbst- und Fremdbeurteilung von Depressivität keine Unterschiede.

Oquendo et al. [28] untersuchten Geschlechtsunterschiede und deren Bedeutung für zukünftige Suizidalität nach einer

typischen depressiven Erkrankung. In der 2-Jahres-Katamnese bei 314 Patienten mit einer Depression oder einer bipolaren affektiven Erkrankung, auch bei der letzten depressiven Episode, erfolgten bei 16,6 % suizidale Handlungen. Risikofaktoren für Männer waren: Suizidale Handlungen in der Familie, Drogenmissbrauch, Nikotinabusus, Borderline-Persönlichkeitsstörung und frühere Trennung von den Eltern; bei den Frauen frühere Suizidversuche, Suizidideen, Vitalität des letzten Suizidversuches, Feindseligkeit, subjektive depressive Symptome, wenig Gründe für das Leben, komorbide Persönlichkeitsstörung und Nikotinkonsum.

Zusammenfassend neigen Männer in der Depression eher zu Rückzug, zu Suizidalität, zu Suchtmittelmissbrauch wie Drogen- oder Alkoholabusus, aber auch zu Impulsdurchbrüchen (Tab. 9).

Die Auslöser depressiver Erkrankungen finden sich auch eher in der Berufs- und Tätigkeitswelt, wobei der Eindruck besteht, dass Männer depressiv erkranken, bei denen die Arbeits- und Beziehungsproblematik gleichzeitig auftritt. Sie neigen zu kompensatorischem bzw. eigentherapeutischem Suchtverhalten (Alkohol) sowie sportlichen Exzessen (Extremsport, sportliche Überforderung u. ä.). Zudem neigen sie zu aktivistischen und impulsiven Handlungen im Sinne des Ausagierens mit Auto- oder Fremdaggression und bei Suizidalität zu eher „einsamen Suizidhandlungen“. Die Suizidalität von depressiven Männern zeichnet sich eher durch eine höhere Impulsivität und nach außen getragene

Tabelle 10: Männerdepression: Wichtige diagnostische Fragen

1. Ich fühle mich anhaltend herabgestimmt, niedergeschlagen und freudlos. Manchmal bin ich den Tränen nahe, ohne dass ich das will.
Ich grübele häufig, komme zu keinen Entscheidungen, habe manchmal das Gefühl von Leere im Kopf.
2. Bei allem fallen mir sofort die negativen Aspekte oder Folgen ein und ich neige zu Versagens- und Schuldgefühlen, zu Gedanken, man brauche mich nicht mehr, weil ich nicht mehr erfolgreich und 150%ig leistungsfähig bin.
3. Ich habe oft und anhaltend das Gefühl, erschöpft und ausgebrannt zu sein.
4. Alles strengt mich mehr an als sonst, meine Leistungsfähigkeit und meine Belastbarkeit haben deutlich und auch für andere sichtbar abgenommen.
5. Schlaf ist nicht erholsam, ich wache oft nachts auf, grübele und schlafe nicht mehr ein. Morgens bin ich wie gerädert und tagsüber müde.
6. Ich bin gereizt und aggressiver als sonst, reagiere rasch und bei kleinsten Anlässen heftig.
7. Ich trinke mehr Alkohol als früher, esse zu viel, stürze mich in Arbeit, betreibe exzessiv Sport, um mich in den Griff zu bekommen.
8. Ich habe keine Lust auf Sexualität und es fällt mir schwer, gegenüber anderen positive oder liebe Gefühle zu zeigen.
9. Ich habe oft das Gefühl, der Zustand wird sich nicht mehr bessern, ich kann sowieso nichts daran ändern und das macht mich hoffnungslos und manchmal lebensmüde.

Aggressivität aus, psychodynamisch als narzisstische Wut, als zerstörend und Rache nehmend („Samson“ im Alten Testament) verstanden, während sich die Suizidalität von Frauen eher beziehungsorientiert, damit beziehungerhaltend, appellativ-intentional und narzisstisch-verletzt/gekränkt abbildet.

Für die Diagnostik einer „Männerdepression“ sind wichtige Fragen in Tabelle 10 in Form von Selbstbeschreibungen zusammengefasst.

In der psychotherapeutischen Arbeit mit depressiv-kranken Männern hat man den Eindruck, dass neben dem diagnostischen und dem Problem der Inanspruchnahme von Therapie auch ein Veränderungsproblem vorliegt. Oftmals fühlen sich depressiv-kranken Männer im Sinne der Schulddepression, der Überich-Depression unter einem strengen und rigiden Überich als Versager hinter vorgegebenen Normen aus der eigenen Biographie, aus der Lebenssituation, denen sie dann z. T. nicht oder unzureichend genügen und die auch das Streben nach 150%iger Leistungsorientierung erklären. Andere Männer empfinden sich als Opfer einer so genannten Mobbing-situation, sind chronisch gekränkt, wenn sie kritisiert oder verlassen werden, sie verleugnen eigene Anteile und blenden die eigene Beteiligung an der Entstehung z. B. von Beziehungsproblematik aus. Etwas zugespitzt könnte man das als „Ein-Indianer-kennt-keinen-Schmerz“-Ideologie oder als ein klagsam-vorwurfvolles regressives depressives Syndrom bezeichnen (Tab. 11).

■ Abschlussbemerkung

Die Psychopharmakotherapie depressiv-kranker Männer ist symptom- und nicht geschlechtsorientiert; dies gilt jedenfalls für die Praxis, fernab von jeglicher sonstiger wissenschaftlicher Evidenz. Sie muss heute Aspekte wie Mobilität oder Se-

Tabelle 11: Männerdepression: Therapeutische Aspekte

1. Erkennen von „Männerdepression“ (diagnostisches Problem)
2. Krankheitsgefühl und Therapieeinsicht und Behandlungsbereitschaft (Inanspruchnahme- und Therapieproblem)
3. Auslöser im Arbeitsbereich: Problem „Opfer“; Ärger, chronische Gekränktheit, Abwehr: Verleugnung, Vermeidung, Ausblenden
4. Sexuelle Thematik (sofern sexuell aktiv): in der Depression/außerhalb von Depression, unter Psychopharmakotherapie
5. Geringe Veränderungsbereitschaft/Möglichkeit bei hohem Leidensdruck (Überich-Depression, strenges rigides Überich)
6. „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“-Einstellung oder klagsam-vorwurfsvoll regressives Syndrom, Scham- und Schuldgefühl

xualität einbeziehen. Die psychotherapeutische Arbeit mit depressiven Männern kann sehr spannend sein, sehr effektiv und befriedigend, immer vorausgesetzt, es gelingt, von der externen Schuldzuweisung für die eigene Depressivität zur Eigenverantwortung und zur Autonomie zurückzukehren.

Ziele der psychotherapeutischen Interventionen sind die Artikulation eigener Gefühle und Befindlichkeiten, aber auch die Verarbeitung interpersoneller Probleme. Zudem sollte eine begleitende Komorbidität gegebenenfalls suchtmittelmedizinisch mitbehandelt werden.

■ Relevanz für die Praxis

1. Depression gibt es auch bei Männern!
2. Bei unklaren Beschwerden, Schlafstörungen, Vitalitätsverlust auch an „Männerdepression“ denken.
3. Arbeitsplatzprobleme spielen eine große Rolle.

Literatur:

1. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T. Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. *Blickpunkt Der Mann* 2006; 4: 6–9.
2. Wolfersdorf M. Psychische Erkrankung und männliches Geschlecht. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg). *Männerleben und Gesundheit – Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*. Juventa-Verlag, Weinheim-München, 2007; 198–208.
3. Möller-Leimkühler AM. Männer, Depression und „männliche Depression“. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 2009; 77: 412–22.
4. Schaller E, Wolfersdorf M. Depression and suicide. In: Kumar U, Mandal MK (eds). *Suicidal Behaviour: Assessment & Diagnosis*. Sage Publications, New Delhi, 2009 (in Druck).
5. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 357–76.
6. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Wälinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 1995; 345: 524.
7. Zierau F, Bille A, Rutz W, Bech P. The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 265–71.
8. Möller-Leimkühler AM. Is there evidence for a male depressive syndrome in patients with major depression? *J Affect Disord* 2004; 80: 87–93.
9. Möller-Leimkühler AM. Männer, Depression und „male depression“. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009; 77: 412–9.
10. Lindner R. Männer und Suizidalität. In: Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H (Hrsg). *Suizidalität*. Roderer, Regensburg, 2008: 100–15.
11. Schulte-Wefers H, Wolfersdorf M. Suizidalität bei Männern. *Blickpunkt Der Mann* 2006; 4: 10–8.
12. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T, Adler L. Männerdepression/Frauendepression? Psychophysiologische Unterschiede. *Psychiatrische Praxis* 2007; 34 (Suppl 1): S176–S177.
13. Hautzinger M. Sex differences in depression. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 1991; 39: 219–39.
14. Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 405–13.
15. Maier W, Gansicke M, Gater R, Rezaki M, Tiemens B, Urzúa RF. Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care. *J Affect Disord* 1999; 53: 241–52.
16. Gutiérrez-Lobes K, Schmid-Siegel B, Haubenstock E. Is depression a women's disease? *Wiener Med Wochenschr* 1999; 149: 168–71.

17. Möller-Leimkühler AM. Männer und Depression: Geschlechtsspezifisches Hilfe-suchverhalten. Fortschr Neurologie Psychiatrie 2000; 68: 489–95.

18. Kühner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. Acta Psychiatr Scand 2003; 108: 163–74.

19. Garde K. Depression – gender differences. Ugeskr Laeger 2007; 169: 2422–5.

20. Simonds VM, Whiffen VE. Are gender differences in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety? J Affect Disord 2003; 77: 197–202.

21. Wilhelm KA. Men and depression. Austr Fam Physician 2009; 38: 102–5.

22. Hausmann A, Rutz W, Benke U. Women seek for help – men die! Is depression really a female disease? Neuropsychiatrie 2008; 22: 43–8.

23. Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtunz B. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Gesundheitswesen 1999; 61: 216–22.

24. Adam C. Depressive Störungen im Alter. Epidemiologie und soziale Bedingung. Juventa, Weinheim-München, 1998.

25. DAK. Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsfähigkeitsdaten. Schwerpunkt-thema Mann und Gesundheit. Iges-Institut, Berlin, 2008.

26. National Violent Death Reporting System. NVDTS 2005 Preview 20.08.2005.

27. Ruppe A. Langzeitverlauf von Depressionen. Roderer, Regensburg, 1996.

28. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg BB, 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.



Prof. Dr. med. Dr. h. c. M. Wolfersdorf

Geboren 1948. Studium der Medizin in Erlangen. 1973–1975 Kreiskrankenhaus Haßfurt, Innere Medizin. 1975–1996 Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, PLK Weissenau. 1985 und 1987 Studienaufenthalte am Institute for Self-Destructive Behaviors der UCLA, 1988 in Fairbanks, Alaska. Habilitation 1989, apl. Prof. 1996.

Ehrendoktorat der Stradins-Universität Riga (Lettland), Internationaler Preis der Dr. Magritt-Egner-Stiftung der Universität Zürich für Depressions- und Suizidforschung.

Seit 2007 Leiter des Referats Suizidalität der DGPPN.

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](#)