

**Male Depression bei
jungen Männern**

Möller-Leimkühler AM

Paulus NC, Heller J

Blickpunkt der Mann 2009; 7 (4)

15-20

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

Male Depression bei jungen Männern

A. M. Möller-Leimkühler, N.-C. Paulus, J. Heller

Kurzfassung: Das Konzept der Male Depression geht im Wesentlichen davon aus, dass die klassischen depressiven Symptome bei Männern durch ausagierende Stresssymptome kompensiert bzw. überdeckt werden, welche nicht als Depressions-symptome gelten und daher nicht in der üblichen Depressionsdiagnostik enthalten sind.

An einer Bevölkerungsstichprobe von jungen Männern (n = 1004) wurde deren allgemeines Wohlbefinden und das Risiko einer Male Depression anhand der WHO-5-Well-Being Scale (Bech 1998) und der Gotland Scale of Male Depression (Rutz 1999) untersucht, wobei die Symptomanalyse in Abhängigkeit vom Depressionsrisiko im Vordergrund stand. Die zu prüfenden Hypothesen betrafen die Maskierung depressiver Symptome, die Dimensionalität der Gotland Scale, die Differenzierung von Symptomclustern und die Bedeutung einzelner Symptome für das Depressionsrisiko.

Die Ergebnisse dokumentieren ein relativ reduziertes Wohlbefinden der 18-jährigen Männer mit einem Risiko für Male Depression von 22 %. Es fanden sich keine Hinweise auf eine Maskierung der depressiven Symptome und auf einen latenten

Depressions- und Stressfaktor. Anhand einer Clusterzentrenanalyse konnte jedoch ein „Depressionscluster“ und ein „Stresscluster“ ermittelt werden, womit sich Hinweise auf die Relevanz der „männlichen“ Symptome für die Entwicklung einer Depression ergeben. Je höher das Depressionsrisiko, desto ausgeprägter die Stresssymptome. Insgesamt belegen die Ergebnisse die Bedeutung externalisierender Stresssymptome bei depressionsgefährdeten jungen Männern, die bei der Depressionsdiagnostik unbedingt berücksichtigt werden sollten.

Abstract: The concept of male depression basically assumes that the well-known depressive symptoms are compensated or covered, respectively, with externalizing behavioural patterns by males, which are typical for males, but untypical for depression and therefore not included in conventional depression inventories.

In a community sample of young males (n = 1004) their general well-being and risk of male depression were investigated using the WHO-5 Well-Being Scale (Bech 1998) and the Gotland Scale for Male

Depression (Rutz 1999). The main questions focused on the analyses of symptoms determining the risk of male depression. Hypotheses were related to depressive symptoms being masked by distress symptoms, to the dimensionality of the Gotland Scale, to different symptom clusters and to the contribution of single symptoms to the risk of depression.

Results demonstrate reduced well-being and a risk of male depression in 22 % of the respondents. Data lend no evidence to the hypothesis that depressive symptoms are masked by distress symptoms, and to latent depression and stress components. However, a “depression cluster” and a “distress cluster” could be differentiated by cluster analyses indicating that male distress symptoms are clinically relevant in the process of depression development. The more severe these symptoms the higher is the risk of male depression. Overall, data prove the importance of externalizing stress symptoms in young men at risk of depression. This symptom cluster should necessarily be considered as an additional diagnostic criterion in the assessment of depression. **Blickpunkt DER MANN 2009; 7 (4): 15–20.**

■ Einleitung

Es gilt als eine bekannte epidemiologische Tatsache, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein 2–3× höheres Risiko haben, im Laufe ihres Lebens an einer unipolaren Depression zu erkranken [1, 2]. Trotz zahlreicher biologischer, psychologischer, soziologischer und methodologischer Erklärungsansätze sind die Ursachen dafür letztlich ungeklärt. Die Annahme, dass Männer – etwa aufgrund ihrer gesellschaftlichen Privilegierung oder aufgrund ihrer unterschiedlichen hormonellen Ausstattung – ein geringeres Depressionsrisiko haben, erscheint zunächst plausibel, hat aber keinen Bestand vor dem Hintergrund der männlichen Suizidraten, die mindestens 3× höher liegen als die der Frauen. Wenn Depressionen die häufigste Ursache für Suizid sind [3], liegt die Vermutung nahe, dass Depressionen bei Männern häufig nicht erkannt und nicht behandelt werden. Ergebnisse internationaler Bevölkerungsstudien bestätigen diese Annahme, wobei insbesondere die Altersgruppe der 14–24-jährigen Männer als auffällige Risikogruppe identifiziert werden konnte [4, 5].

Aus soziologischer Perspektive scheinen für die Unterdiagnostizierung von Depression bei Männern 3 Faktoren wesentlich zu sein: eine mangelnde Hilfesuche, dysfunktionale Stressverarbeitungsmuster und ein Genderbias in der Depressionsdiagnostik. Diese Faktoren können auf Effekte des traditionellen männlichen Rollenstereotyps zurückgeführt werden, das trotz Rollenwandel und Individualisierungsfortschritt für

Jungen und Männer weiterhin normative Funktionen erfüllt [6, 7]. Da traditionelle (hegemoniale) Männlichkeit kaum mit einer als typisch weiblich geltenden psychischen Krankheit wie der Depression kompatibel ist, kann angenommen werden, dass sich depressive Symptome bei Männern anders als bei Frauen äußern bzw. Männer depressive Symptome eher mit typisch männlichen, externalisierenden Verhaltensstrategien abwehren.

Diese Überlegungen stehen im Zusammenhang mit dem Konzept der „Male Depression“, das im Rahmen eines Suizidpräventionsprogramms auf der schwedischen Insel Gotland anhand psychologischer Autopsien und – unabhängig davon – anhand psychotherapeutischer Erfahrungen entwickelt wurde [8, 9]. Die wesentliche Annahme besteht darin, dass depressive Symptome bei Männern durch geschlechtstypische, aber depressionsuntypische Symptome wie Aggressivität, Irritabilität, Risiko- oder Suchtverhalten (Alkohol, Sport, Arbeit etc.) maskiert sein können. Diese externalisierenden Symptome sind nicht in den üblichen Depressionsinventarien enthalten, da diese überwiegend an weiblichen Stichproben entwickelt wurden und entsprechend internalisierende Symptome abfragen. Folglich trägt dieser Gender-Bias in der Diagnostik zur Unterdiagnostizierung von Depression bei Männern, zu Fehldiagnosen wie Alkoholabhängigkeit oder antisozialer Persönlichkeitsstörung und zur Erhöhung der männlichen Suizidraten bei.

Der erheblichen klinischen Evidenz des Konzepts der Male Depression steht eine bis jetzt noch unzureichende wissenschaftliche Validierung gegenüber. Einzelne Ergebnisse dokumentieren, dass in einer Stichprobe von männlichen Alko-

Aus der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Korrespondenzadresse: PD Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler,
Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, D-80336 München,
Nußbaumstraße 7; E-Mail: anne-maria.moeller-leimkuehler@med.uni-muenchen.de

holikern ein höherer Prozentsatz von depressiv Erkrankten identifiziert wurde, wenn die männlichen Symptome berücksichtigt wurden [10]. In klinischen Stichproben von Patienten mit unipolarer Depression fanden sich bei Männern signifikant häufiger Feindseligkeit [11, 12], affektive Rigidität [13], Ärgerattacken [14], gesteigerter Alkoholkonsum [15] sowie ein latentes Cluster von Irritabilität, Aggressivität und antisozialem Verhalten [16]. Bech [17] fand anhand einer Bevölkerungsstudie Belege für geschlechtsspezifische Pfade der Depressionsentwicklung: Während Frauen direkt depressiv erkrankten, nahmen Männer den „Umweg“ über Aggressivität, Stress und Alkoholmissbrauch. Dass sich bei der klinisch manifesten Depression die Kernsymptome bei Männern und Frauen qualitativ nicht unterscheiden, verweist darauf, dass externalisierende Symptome bei Männern insbesondere in den frühen Stadien einer Depression wichtig sein könnten, in denen meist noch keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird.

Vor diesem Hintergrund wurde in einer großen, nichtklinischen Stichprobe von jungen Männern das allgemeine Wohlbefinden und das Risiko einer Male Depression untersucht. Im Zentrum stand dabei die Analyse prototypischer Depressions- und männertypischer Stresssymptome mit folgenden Hypothesen:

1. Bei Männern mit Risiko einer Male Depression werden depressive Symptome durch männliche Stresssymptome überdeckt.
2. Depressions- und Stresssymptome lassen sich 2 unabhängigen empirischen Dimensionen zuordnen.
3. Hinsichtlich der Symptomkombinationen können ein „Depressions“- und ein „Stresscluster“ differenziert werden.
4. Männliche Stresssymptome korrelieren stärker als depressive Symptome mit dem Depressionsrisiko von Männern.

■ Stichprobe und Methoden

Die Studienteilnehmer wurden im Rahmen ihrer Musterung zum Militärdienst beim Kreiswehrrersatzamt München rekrutiert. Insgesamt konnten 1004 junge Männer von Juli bis September 2003 als Teilnehmer gewonnen werden; die Teilnahmequote lag bei 95 %. Die Befragung wurde den jungen Männern als Stress-Studie der Universität München präsentiert, die völlig unabhängig von der Musterung anonym und freiwillig durchgeführt würde.

Allgemeines Wohlbefinden

Das allgemeine Wohlbefinden wurde mit dem WHO-5 Wellbeing-Index [18, 19] erfasst, eine 5-Item-Skala, die als Depressionsscreening eingesetzt wird und auf den 3 Kerndimensionen der Depression nach ICD-10 basiert: Stimmung, Interessen und Energie. Die 6-stufige Likert-Skala von 0 („zu keinem Zeitpunkt“) bis 5 („die ganze Zeit“) ergibt einen Rohwertebereich von 0–25. Ab einem von der WHO empfohlenen Rohwert von ≤ 13 ist eine Depression nicht auszuschließen und eine spezifische Depressionsdiagnostik erforderlich. Die Rohwerte werden in Prozentwerte transformiert von 0 (das theoretisch schlechteste Wohlbefinden) bis 100 (das theoretisch beste Wohlbefinden). Die WHO-5 ist gekennzeichnet durch eine hohe Sensitivität, aber nur geringe Spezifität, sodass ein relativ hoher Anteil an falsch positiv gescreenten Personen erwartet werden kann [20].

Risiko einer Male Depression

Das Risiko einer Male Depression wurde mit der Gotland Scale of Male Depression erhoben, die zu Screeningzwecken entwickelt wurde [8, 21, 22] und das bislang einzige Instrument zur Erfassung einer Male Depression darstellt. Sie besteht aus 13 Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 3 („sehr“) für die zurückliegenden 4 Wochen beantwortet werden. Auf der Basis theoretischer Überlegungen wurden *a priori* eine Stress- und eine Depressions-Subskala konstruiert. Die Stress-Subskala umfasst die „männlichen“ Stresssymptome: verstärktes Stressgefühl, erhöhte Reizbarkeit, Irritabilität, Missmut, erhöhter Alkoholkonsum, Substanzkonsum, Verhaltensänderung, Selbstmitleid; die Depressions-Subskala enthält als klassische Depressionssymptome Burn-out, Müdigkeit, Entscheidungsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Hoffnungslosigkeit und die Frage nach psychischen Störungen in der Familie [10]. Der theoretische Wertebereich von 0–39 wird folgendermaßen klassifiziert: 0–12 = keine Depression; 13–26 = Depression möglich; 27–39 = definitive Depression. Die in dieser Studie resultierenden psychometrischen Gütekriterien sind vergleichbar mit den Angaben von Zierau et al. [10]. In der vorliegenden Studie lag die interne Konsistenz für die gesamte Skala bei 0,81, für die Stress-Subskala bei 0,71 und für die Depressions-Subskala bei 0,65. Beide Subskalen waren signifikant korreliert (Spearman's $\rho = 0,61$; $p = 0,000$). Die Interskalen-Korrelation zwischen der Gotland Scale und der WHO-5 liegt bei $-0,56$ ($p = 0,000$).

■ Statistische Auswertung

Unterschiede zwischen der Gruppe der Nichtdepressiven und der Depressionsgefährdeten wurden in Abhängigkeit vom Datenniveau entweder mit dem χ^2 -Test oder mit Student's-t-Test auf Signifikanz geprüft. Eine explorative Faktorenanalyse mit Promax-Rotation diente zur Überprüfung der Dimensionalität der Gotland Scale, nachdem die Stichprobe auf ihre Eignung für dieses Verfahren einem KMO-Test unterzogen wurde. Anhand von Cluster-Zentrenanalysen wurde untersucht, ob sich Fälle zu Clustern zusammenfassen lassen, die in sich möglichst homogene, untereinander aber möglichst heterogene Symptomausprägungen aufweisen. Aufgrund der theoretischen Annahmen wurden 2 Cluster vorgegeben, die im Idealfall ein „Depressionscluster“ und ein „Stresscluster“ bilden sollten. Anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) wurde geprüft, ob das Ziel der Clusteranalyse erreicht wurde. Die Bedeutung einzelner Symptome der Gotland Scale für das Depressionsrisiko (Gesamtscore der Gotland Scale) wurde mittels Item-Total-Korrelationen, für den Gesamtscore der WHO-5 (Prozentwert) mit einer multiplen linearen Regressionsanalyse bestimmt.

■ Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der jungen Männer lag bei 18,5 Jahren ($\pm 1,18$). Die meisten (78,2 %) waren Schüler mit Realschul- bzw. Fachschulabschluss (48,7 %), 41,1 % hatten Abitur oder standen kurz vor dem Abitur. 52,3 % lebten in München, die anderen in den umliegenden Kleinstädten und Dörfern.

Allgemeines Wohlbefinden und Depressionsrisiko

Die jungen Männer gaben ein relativ reduziertes allgemeines Wohlbefinden an (mittlerer Prozentwert: 55 ± 17) und lagen damit deutlich unter der deutschen Bevölkerungsnorm (77 ± 14 für Männer ≤ 40 Jahre; $p = 0,001$; vgl. [23]). Bei Anwendung des von der WHO vorgeschlagenen Cut-off-Wertes (Rohwert ≤ 13) ergab sich ein Depressionsrisiko bei 44,3 % der Befragten. Dieser extrem hohe Anteil überschätzt allerdings in Anbetracht der hohen Sensitivität und geringen Spezifität der WHO-5 das tatsächliche Depressionsrisiko, das in einem zweiten Schritt mit spezifischeren Depressions-skalen erhoben werden müsste. Wird diese Subgruppe von 44,3 % nochmals mit der Gotland Scale for Male Depression gescreent (Gesamtscore ≥ 13), sind bei 35,2 % der jungen Männer Symptome einer Male Depression zu beobachten. Bezogen auf die gesamte Stichprobe ergibt die Gotland Scale for Male Depression ein Depressionsrisiko von 22,0 % (davon sind 0,9 % definitiv depressiv) mit einem mittleren Gesamtscore von $17,60 (\pm 4,49)$.

Hypothese 1: Maskierung depressiver Symptome durch Stresssymptome

Die Hypothese, dass junge Männer mit dem Risiko einer Male Depression dazu tendieren, die „unmännlichen“ klassischen Depressionssymptome durch „männliche“ Stresssymptome zu maskieren, wird anhand der Daten nicht bestätigt (Abb. 1).

Ein Vergleich der Mittelwerte der Stress- und Depressions-subskalen zeigt – unabhängig vom Depressionsrisiko – keine Unterschiede in den Ausprägungen der Symptome (Nicht-depressive: Stress-Subscore = $2,59 (\pm 1,92)$, Depressions-Subscore = $3,39 (\pm 2,12)$; Depressionsgefährdete: Stress-Subscore = $8,79 (\pm 2,99)$, Depressions-Subscore = $8,81 (\pm 2,56)$).

Bei einer Differenzierung der Stichprobe nach Ausprägungsmuster der Stress- und Depressionssymptome (Tab. 1) zeigt sich jedoch, dass die jungen Männer, bei denen keine Anzeichen einer Depression vorlagen, deutlich ausgeprägtere Depressions- als Stresssymptome angeben, dass aber bei gegebenem Depressionsrisiko die Stresssymptome im Vergleich zu den Nichtdepressiven signifikant ausgeprägter sind.

**SIEHE
PRINTVERSION**

Abbildung 1: Mittelwerte der Depressions- und „männlichen“ Stresssymptome nach Depressionsrisiko (Gotland Scale for Male Depression, Min.: 0, Max.: 3; Student's-t-Test: $p < 0,001$). Nachdruck aus [Möller-Leimkühler AM, Paulus NC, Heller J. Male Depression in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. Nervenarzt 2007; 78: 641–50]. Mit freundlicher Genehmigung von Springer Science + Business Media.

Die Subgruppe der Depressionsgefährdeten, bei denen die Stresssymptome überwiegen, weist gleichzeitig den höchsten Depressions-Gesamtscore ($18,25 (\pm 4,65)$) auf, der sich zwar geringfügig, doch signifikant von der Subgruppe derjenigen mit höherem Depressions-Subscore unterscheidet ($16,89 (\pm 3,87)$; $p < 0,05$).

Hypothese 2: Latenter Depressions- und Stressfaktor

Zur Frage, ob den theoretisch definierten Stress- und Depressions-Subskalen der Gotland Scale of Male Depression voneinander unabhängige empirische Dimensionen zugrunde liegen, wurde für die gesamte Stichprobe eine explorative Faktorenanalyse mit Promax-Rotation gerechnet. Nach dem Eigenwert-Kriterium (Eigenwert > 1) ergab sich zunächst eine 4-faktorielle Struktur, wobei anhand des Screenplots eine 1-faktorielle Lösung am sinnvollsten erscheint. Werden 2 Faktoren vorgegeben, resultieren die in Tabelle 2 wiedergegebenen Faktorladungen mit einer erklärten Gesamtvarianz von 40,93 %.

Wie die Ergebnisse zeigen, lassen sich die theoretischen Dimensionen „Depression“ und „Stress“ faktorenanalytisch nicht replizieren. Während der dominante erste Faktor eine Kombination von Depressions- und Stresssymptomen enthält, kann der nachrangige zweite Faktor zwar als Stresskomponente interpretiert werden, auf diesen „Stressfaktor“ entfallen jedoch nur 9,26 % der erklärten Varianz.

Hypothese 3: „Depressionscluster“ und „Stresscluster“

Clusterzentrenanalysen wurden getrennt nach Depressionsrisiko durchgeführt. Aufgrund der theoretischen Überlegungen wurde die Anzahl von 2 Clusterzentren vorab festgelegt. Damit ließen sich innerhalb der Risikogruppe tatsächlich 2 Gruppen differenzieren, die sich ausreichend voneinander unterscheiden (euklidische Distanz zwischen den Clusterzentren = 2,10). Die Ergebnisse der ANOVA bestätigen diese Gruppenbildung mit hohen F-Werten und hoher Signifikanz ($p < 0,01$) für die meisten Symptome. Dies gilt nicht für die Symptome Müdigkeit ohne Anlass, Entscheidungsschwierigkeiten, Missmut und erhöhten Alkoholkonsum, welche offen-

Tabelle 1: Ausprägungsmuster der Symptome anhand der Subskalen „Stress“ und „Depression“ in der untersuchten Stichprobe (Gotland Scale for Male Depression, $n = 999$). Nachdruck aus [Möller-Leimkühler AM, Paulus NC, Heller J. Male Depression in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. Nervenarzt 2007; 78: 641–50]. Mit freundlicher Genehmigung von Springer Science + Business Media.

Symptomcharakteristik	keine Depression ($n = 779$)	Depression möglich ($n = 220$)
Stress-Subscore > Depressions-Subscore	27,2 %	45,5 %
Stress-Subscore = Depressions-Subscore	17,2 %	10,0 %
Stress-Subscore < Depressions-Subscore	55,6 %	44,5 %

$\chi^2 = 24,36$; $p = 0,000$

Tabelle 2: Explorative Faktorenanalyse mit Promax-Rotation der 13 Items der Gotland Scale of Male Depression (Stresssymptome und Ladungen > 0,4 sind fett gedruckt). Nachdruck aus [Möller-Leimkühler AM, Paulus NC, Heller J. Male Depression in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. Nervenarzt 2007; 78: 641–50]. Mit freundlicher Genehmigung von Springer Science + Business Media.

Symptome	Faktor 1	Faktor 2
Entscheidungsprobleme	0,738	-0,252
Missmut	0,569	0,092
Psychische Störungen in Familie	0,559	-0,215
Hoffnungslosigkeit	0,540	0,191
Schlafstörungen	0,538	0,019
Müdigkeit	0,527	0,118
Irritabilität	0,496	0,302
Erhöhter Alkoholkonsum	0,492	-0,038
Selbstmitleid	0,430	0,219
Verhaltensänderung	0,421	0,283
Erhöhtes Stressgefühl	-0,271	0,939
Erhöhte Reizbarkeit	-0,075	0,804
Burn-out	0,225	0,553
Eigenwert	4,117	1,204
Erklärte Varianz	31,667	9,261

sichtlich nicht zwischen den beiden Clusterzentren differenzieren (Abb. 2).

Die Stresssymptome sind im Clusterzentrum 1 geringer ausgeprägt („Depressionscluster“), im Clusterzentrum 2 dagegen stärker ausgeprägt („Stresscluster“). Die zum „Stresscluster“ gehörenden jungen Männer erreichen gleichzeitig einen signifikant höheren Depressions-Gesamtscore (20,92 [± 4,50] vs. 15,59 [± 2,47]; p = 0,000).

Bei der Gruppe ohne Risiko einer Male Depression (n = 779) resultiert ein ähnliches Bild (Distanz zwischen den Clusterzentren = 1,84). In Cluster 2 (n = 315) sind alle Symptome signifikant erhöht (p < 0,05) mit Ausnahme von Selbstmitleid, dessen stärkere Ausprägung nicht signifikant wird; auffällig erhöht sind Müdigkeit ohne Anlass und Schlafstörungen. Entsprechend ist für diese Gruppe ein höherer Depressions-Gesamtscore im Vergleich zu Cluster 1 festzustellen (8,78 [± 2,18] vs. 4,10 [± 2,40]; p = 0,000).

Hypothese 4: Korrelation männlicher Stresssymptome mit Depressionsrisiko und Wohlbefinden

Die Rolle einzelner Stresssymptome für das Risiko einer Male Depression lässt sich anhand von Item-Total-Korrelationen weiter präzisieren. Der Depressions-Gesamtscore korreliert am stärksten mit dem „männlichen“ Symptom Irritabilität, insbesondere bei der Risikogruppe (r = 0,46; p < 0,01). Darüber hinaus erweisen sich Irritabilität und das klassische Depressionssymptom Burn-out als die besten Indikatoren für Einschränkungen des allgemeinen Wohlbefindens. Dies zeigte sich anhand einer multiplen linearen Regressionsanalyse mit dem WHO-5-Prozentwert als abhängiger Variable und allen Items der Gotland Scale als unabhängigen Variablen ($\beta = -0,357$ und $\beta = -0,316$; p = 0,000; erklärte Varianz: 32 %).

■ Diskussion

Reduziertes Wohlbefinden

In einer Stichprobe von 1004 jungen Männern, die sich zur Musterung beim Kreiswehersatzamt München einfanden, wurde das allgemeine Wohlbefinden und das Risiko einer Male Depression untersucht, wobei die Analyse von Stress- und Depressionssymptomen im Zentrum stand. Das im Vergleich zur männlichen Bevölkerungsnorm signifikant reduzierte allgemeine Wohlbefinden der jungen Männer könnte zunächst als Artefakt der Erhebungssituation interpretiert werden, da die Musterung für die meisten eine unangenehme Situation darstellt. Dies erscheint allerdings wenig plausibel, da bei einer parallel durchgeführten Studentenbefragung die männlichen Studenten (n = 512) einen absolut identischen Wert des allgemeinen Wohlbefindens angaben [24]. Viel valider erscheint daher die Interpretation, dass dieses eingeschränkte Wohlbefinden die Konsequenzen erhöhter Gesundheitsrisiken in der (späten) Adoleszenz reflektiert, die als Kosten der gesellschaftlichen Individualisierung zu verstehen sind und in keiner Altersgruppe derart ausgeprägt erscheinen [25, 26]. So ist beispielsweise auch die Inzidenzrate von Depressionen in der Gruppe der jungen Erwachsenen am höchsten [27]. Die Überrepräsentation der höheren Schulbildung bei der untersuchten Stichprobe ist ein Effekt der unterschiedlichen zeitlichen Einberufungsroutinen des Kreiswehersatzamtes und lässt darauf schließen, dass es jungen Männern mit

SIEHE PRINTVERSION

Abbildung 2: Ergebnisse der Clusterzentrenanalyse für junge Männer mit Risiko einer Male Depression (n = 220).

Nachdruck aus [Möller-Leimkühler AM, Paulus NC, Heller J. Male Depression in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. Nervenarzt 2007; 78: 641–50]. Mit freundlicher Genehmigung von Springer Science + Business Media.

überwiegendem Hauptschulabschluss möglicherweise noch schlechter geht.

Limitierungen der Studie

Das mit der Gotland Scale for Male Depression ermittelte Depressionsrisiko von 22 % ist alarmierend. Im Sinne des Konzeptes der Male Depression müsste durch die Erfassung depressionsuntypischer, aber männertypischer Stresssymptome eine höhere Rate depressiver Männer identifiziert werden. Ob dies hier der Fall gewesen ist, kann nicht beurteilt werden, da auf den Einsatz eines traditionellen Depressionsinstrumentes bzw. auf die Validierung der Diagnose durch ein Fremdrating verzichtet wurde, um die Teilnahme der Probanden an der Studie nicht zu gefährden. Dies ist ein wesentlicher Limitierungsfaktor der Studie, der die Argumentation in einer gewissen Zirkularität belässt. Eine weitere methodische Schwäche besteht darin, dass der Vergleich mit einer weiblichen Stichprobe fehlt.

Auf den ersten Blick mag die untersuchte Stichprobe von jungen Männern, die sich im Prozess der Musterung befanden, sehr selektiv erscheinen, was gegen eine Generalisierung der Ergebnisse spricht. Da die Studie anonym durchgeführt und den Teilnehmern mündlich und schriftlich versichert wurde, dass die „Stress-Studie“ der LMU München in keinem Zusammenhang mit der Musterung stünde und die Ergebnisse den untersuchenden Ärzten nicht bekannt seien, können schwerwiegende Verzerrungen ausgeschlossen werden.

Männliche Stresssymptome und Depression

Trotz der aufgeführten methodischen Limitierungen liefern die Ergebnisse Hinweise auf die Bedeutung der als typisch männlich geltenden Stresssymptome, die in der üblichen Depressionsdiagnostik nicht enthalten sind. Die Hypothese, dass bei jungen Männern depressive Symptome durch Stresssymptome maskiert sind, konnte nicht bestätigt werden. Allerdings lässt sich anhand der Daten eine Subgruppe unter den Depressionsgefährdeten identifizieren, bei der Depressionssymptome möglicherweise dissimuliert werden. Die Hypothese, dass der theoretischen Subskalierung „Depression“ und „Stress“ faktorenanalytisch 2 empirische Dimensionen zugrunde liegen, konnte ebenfalls in der untersuchten Stichprobe nicht bestätigt werden; der dominante erste Faktor erwies sich als kombinierter Depressions-Stress-Faktor und verweist mit einer Varianzaufklärung von 32 % auf eine eindimensionale Struktur der Gotland Scale. Dass in der untersuchten Stichprobe junge Männer mit dem Risiko einer Male Depression sowohl Depressions- als auch Stresssymptome angeben, ist nicht das Ende des Konzepts der Male Depression, sondern verweist zunächst auf die Stichprobenabhängigkeit eines solchen Symptombenrichtverhaltens: Möglicherweise ist es typisch für junge Männer der untersuchten Altersgruppe, da diese tendenziell zu einem androgynen Geschlechtsrollenelbstbild neigen und damit auch eine größere Expressivität zulassen können.

Interessanterweise berichtet jeder zweite junge Mann ohne Depressionsrisiko mehr Depressions- als Stresssymptome, während bei fast jedem zweiten jungen Mann mit Depressionsrisiko die Stresssymptome überwiegen. Dies könnte

möglicherweise doch auf einen Report-Bias schließen lassen, wonach die Depressionsgefährdeten ihre depressiven Symptome dissimulieren und mit Stresssymptomen kompensieren, um eine männliche Fassade zu wahren. Konsistent mit diesen Ergebnissen resultierte bei der Clusterzentrenanalyse ein „Stresscluster“, dem immerhin 37,73 % der Risikogruppe angehörten, die gleichzeitig ein signifikant höheres Depressionsrisiko (Gesamtscore der Gotland Scale) aufwiesen. Die mit der Clusteranalyse erreichte Gruppenbildung in ein „Depressions“- und ein „Stresscluster“ gibt einen Hinweis darauf, dass depressionsgefährdete junge Männer entweder einem „Depressionstypus“ oder einem „Stresstypus“ zugeordnet werden können, wobei sie in jedem Fall sowohl Depressions- als auch Stresssymptome berichten. Hinsichtlich der Bedeutung einzelner Symptome konnte das „männliche“ Symptom Irritabilität sowohl als wichtigster Indikator des Depressionsrisikos als auch als wichtigster Prädiktor eines reduzierten allgemeinen Wohlbefindens bestätigt werden.

Werden die Ergebnisse des Gruppenvergleichs längsschnittlich interpretiert, so erscheinen die hier erfassten depressiven Symptome als ubiquitäres Phänomen bei jungen Männern dieser Altersklasse. Mit fortschreitender Einschränkung des allgemeinen Wohlbefindens und steigender Depressionsgefährdung verstärken sich diese offenbar nicht bzw. werden dissimuliert, wohingegen die männlichen Stresssymptome an Schwere zunehmen. Damit unterstützen die Ergebnisse dieser Studie in Teilbereichen die Befunde von Bech [17], der erstmals die Gotland Scale of Male Depression in einer dänischen Bevölkerungsstichprobe eingesetzt hatte und fand, dass die Entwicklung eines eingeschränkten Wohlbefindens zu einer Major Depression bei Männern anders verläuft als bei Frauen, und zwar über den „Umweg“ von Stress, Aggressivität und Alkoholmissbrauch, während Frauen direkt an einer Depression erkranken.

Viele Fragen zur Male Depression bedürfen weiterer Forschung. Diese betreffen vor allem die Alters- und Geschlechtsspezifität, die nosologische Klassifikation und Komorbidität (z. B. Alkoholabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, ADHS) sowie den Zusammenhang mit verschiedenen Komponenten der Geschlechtsrollenorientierung.

■ Relevanz für die Praxis

Die Depressionsdiagnostik bei Männern sollte verbessert werden, indem typisch männliche externalisierende Stressverarbeitungsstrategien berücksichtigt werden.

Aufklärungsprogramme über Depression und effektive Stressbewältigung sollten vermehrt in den Schulen durchgeführt werden und geschlechtsspezifische Aspekte beinhalten.

Die Bereitschaft zur Hilfesuche junger Männer sollte durch entstigmatisierende Maßnahmen gefördert werden.

Ein Depressionsscreening sollte Bestandteil der Musterung zum Militärdienst sein, um eine rechtzeitige Behandlung einleiten zu können.

Literatur:

1. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29: 85–96.
2. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU. Sex differences in rates of depression: cross national perspectives. *J Affect Disord* 1993; 29: 77–84.
3. Bronisch T. Suizidalität. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, 2008; 1281–1306.
4. 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.
5. 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.
6. Glick P, Lameiras M, Fiske ST, Eckes T, Masser B, Volpato C, Manganello AM, Pek JC, Huang LL, Sakalli-Ugurlu N, Rodriguez Castro Y, Pereira ML, Willemsen TM, Brunner A, Six-Materna I, Wells R, Glick P. Bad but bold: Ambivalent attitudes toward men predict gender inequality in 16 nations. *J Pers Soc Psychol* 2004; 86: 713–28.
7. Meuser M. *Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006.
8. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland Study. *Lancet* 1996; 345: 524.
9. Pollack W. Mourning, melancholia, and masculinity: recognizing and treating depression in men. In: Pollack W, Levant R (eds). *A New Psychotherapy for Men*. Wiley, New York, 1998; 147–66.
10. 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.
11. 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.
12. Fava M, Nolan S, Krادين R, Rosenbaum J. Gender differences in hostility among depressed and medical outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 10–4.
13. 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.
14. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 303–7.
15. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. Epidemiological findings from European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 201–9.
16. Möller-Leimkühler AM. Is there evidence for a male depressive syndrome in patients with major depression? *J Affect Disord* 2004; 80: 87–93.
17. 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.
18. Bech P. *Quality of life in the psychiatric patient*. Mosby-Wolfe, London, 1998.
19. Heun R, Burkart M, Maier W, Bech P. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 171–8.
20. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U. Use of brief depression screening tools in primary care: consideration of heterogeneity in performance in different patient groups. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 190–8.
21. Rutz W. Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14: 27–33.
22. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 (Suppl 2): 21–4.
23. Brähler E, Mühlen H, Albani C, Schmidt S. Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica* 2007; 53: 83–96.
24. Möller-Leimkühler AM, Yücel M. Male depression in females? *J Aff Disord* 2009 [Epub ahead of print].
25. Hurrelmann K. *Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. Beltz, Weinheim-Basel, 1990.
26. Eckersley R, Dear K. Cultural correlates of youth suicide. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1892–904.
27. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998; 7: 3–14.



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

Leitende Diplom-Sozialwissenschaftlerin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München seit 1998, davor wissenschaftliche Tätigkeit in der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie an der Psychiatrischen Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Dozentin im Studiengang Public Health.

Derzeitige Forschungsschwerpunkte: Gender und psychische Störungen, Angehörigenforschung.

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](#)