

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

DFP: Depression bei Männern: Eine Einführung

Möller-Leimkühler AM

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2010; 11 (3), 11-20

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroI NeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

e-Abo kostenlos

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal **Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr

Depression bei Männern: Eine Einführung



A.-M. Möller-Leimkühler

Kurzfassung: Frauen erkranken etwa 2–3× häufiger an einer Major Depression als Männer. Haben Männer folglich ein geringeres Depressionsrisiko als Frauen oder sind Depressionen bei Männern unterdiagnostiziert? Das ist die zentrale Frage dieses einführenden Beitrags, der – ausgehend von den pathogenen Aspekten traditioneller Maskulinität – Pfade der Depressionsentwicklung über männliche Stressvulnerabilität und -verarbeitung bis zum Suizid aufzeigt. Diese Pfade sind charakterisiert durch eine mangelnde Hilfesuche von Männern, durch externalisierende Stressverarbeitungsmuster, die typisch sind für Männer, und durch einen Gender-Bias in der Depressionsdiagnostik, der zu einer systematischen Unterdiagnostizierung der Depression von Männern führt, aber auch Fehldiagnosen wie Alkoholabhängigkeit oder antisoziale Persönlichkeitsstörung begünstigt.

Besonderheiten der Depression bei Männern betreffen sowohl die Risikofaktoren, die insbesondere auf Bedrohungen des sozialen Status oder auf Statusverlust zurückgeführt werden können, als auch die Symptomatik, die sich deutlich von der prototypischen Depressions-symptomatik der Frauen unterscheiden kann

(„männliche Depression“). Neben der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes werden Fragen der Spezifität „männlicher Depression“ und der geschlechterspezifischen Depressions-therapie angesprochen sowie Implikationen für die psychiatrische Praxis abgeleitet.

Die bisherige Befundlage zur Depression bestätigt, wie wichtig eine geschlechtersensible Perspektive in Forschung und Praxis ist, insbesondere bei Erkrankungen, die als geschlechtstypisch gelten.

Schlüsselwörter: Depression, Männer, Geschlechterrolle, Stressvulnerabilität, Stressverarbeitung

Abstract: Depression in Men: An Introduction. The lifetime prevalence of major depression in women is 2–3 times higher than in men. Does that mean that men have a lower risk for depression or that depression is underdiagnosed in men? This is the central question of the present introduction which demonstrates pathways to depression from male stress vulnerability and stress response to suicide – basing on pathogenic aspects of traditional masculinity.

These pathways are characterized by a lack of helpseeking, externalizing stress response patterns typical for men, and by a gender bias in depression diagnostics resulting in a systematic underdiagnosis of depression in men and probably in a promotion of misdiagnoses in terms of alcohol dependence or antisocial personality disorder.

Differences of depression in men refer both to risk factors, mainly concerning loss of social status or stressors threatening social status, and symptoms which may differ from prototypical depressive symptoms shown by women (“male depression”). Actual evidence of research on “male depression” is summarized, aspects of the specificity of male depression and gender-related depression therapy are discussed, and implications for clinical practice are derived.

Current analyses in depression point to the relevance of the gender approach in research and practice, especially in the case of disorders which are held to be gender-typical. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (3): 11–20.**

Key words: depression, men, gender role, stress vulnerability, coping with stress

■ Geschlechterrolle als Gesundheitsrisiko

Körperliche und psychische Erkrankungen werden nicht nur durch die biologische Geschlechtszugehörigkeit über genetische und hormonelle Faktoren beeinflusst, sondern auch durch die soziale Geschlechterrolle über gesellschaftliche Konstruktionen von Weiblichkeit und Männlichkeit („gender“). Die traditionell bipolaren Rollenzuschreibungen an Männer und Frauen machen sich zwar an der biologischen Geschlechtszugehörigkeit („sex“) fest, gehen aber weit darüber hinaus, indem sie spezifische Werte und Normen vorgeben, die festlegen, welche Fähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen und Verhaltensweisen für eine Frau und für einen Mann typisch, angemessen und sozial erwünscht sind. So wird das weibliche Rollenstereotyp z. B. durch expressive Eigenschaften (wie angepasst, passiv, nachgiebig, vorsichtig, ängstlich, konfliktvermeidend, abhängig, emotional, wenig selbstsicher), das männliche Rollenstereotyp durch instrumentelle Eigenschaften (wie aktiv, aggressiv, rational, ehrgeizig, zielorientiert, durchsetzungsfähig, unabhängig, selbstsicher, abenteuer- und entscheidungsfreudig) gekennzeichnet. Damit hat das soziale Geschlecht nicht nur eine zentrale

Funktion für die Identität und das Selbstkonzept des Einzelnen, sondern strukturiert als „soziale Kategorie“ gleichzeitig den Zugang zu personalen, sozialen und materiellen Ressourcen, und zwar unterschiedlich für Männer und Frauen. Insofern sind Geschlechterrollen verbunden mit jeweils geschlechtsspezifischen Einstellungen und Gesundheitskonzepten, Erkrankungsrisiken und Krankheitsentwicklungen. Obwohl sich die Geschlechterrollen infolge des gesellschaftlichen Wandels deutlich verändert haben – die Frauenrolle sehr viel stärker als die Männerrolle – sind die traditionellen Geschlechterstereotype weiterhin existent und insbesondere für Männer handlungsleitend [1]. Einer der Gründe dafür sind sicherlich die Präferenzen von Frauen bei der Partnerwahl: Trotz eigener ökonomischer Unabhängigkeit bevorzugen Frauen nach wie vor Männer mit hohem Status, Dominanz und Macht, was sich soziobiologisch und evolutionspsychologisch gut erklären lässt und ebenso gut empirisch abgesichert ist.

Es ist bekannt, dass das weibliche Geschlechterstereotyp ein pathologischer Faktor sein kann. Weniger bekannt ist, dass auch das männliche Geschlechterstereotyp aufgrund seiner Eindimensionalität Risiken für die körperliche und psychische Gesundheit birgt. Das Ideal einer „hegemonialen Männlichkeit“ [2] als Ausdruck von Macht, Prestige und Überlegenheit ist nur für eine Minderheit von Männern realisierbar, während sich die Mehrheit mit vergleichsweise niedrigeren sozialen Positionen arrangieren muss. Dennoch fungiert die hegemoniale Männlichkeit als handlungsleitende Ideologie, an der sich Männer selbst messen und von anderen gemessen

Eingelangt am 16. April 2010; angenommen nach Revision am 28. Juni 2010
Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

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

werden. Mögliche Folgen dieses „dramatischen Kontrasts zwischen kollektiver Privilegiertheit und persönlicher Unsicherheit“ [2], aber auch der krisenhaften Dekonstruktion der klassischen Männerrolle, sind Rollenkonflikte, die über rollenkonformes externalisiertes Verhalten wie Alkoholmissbrauch, Aggressivität oder extreme Risikofreudigkeit abgewehrt werden können. Abgesehen von der gegenwärtigen Diskriminierung des Mannes in den Medien als unzeitgemäßer Trottel, als genetische Minusvariante, Auslauf- und Defizitmodell, das eines Tages ausgestorben sein wird, sind zunehmend Daten verfügbar, die das männliche Geschlecht als stärksten demographischen Risikofaktor ausweisen, und zwar nicht nur in Bezug auf die Dominanz bei bestimmten psychischen und somatischen Erkrankungen, sondern auch in Bezug auf vorzeitige Sterblichkeit durch Suizid und Homizid, Verkehrsunfälle sowie kardiovaskuläre und bestimmte Krebserkrankungen (Lunge, Bronchien). Dies ist vermutlich weniger auf biologische Besonderheiten zurückzuführen als vielmehr auf spezifische männliche Lebenslagen, (Berufs-) Rollenbelastungen und riskante Verhaltensstile. Differenziert man Männlichkeit z. B. nach dem Grad der Orientierung an normativer Maskulinität, so zeigt sich: Je stärker diese Orientierung, desto seltener gehen Männer zu Vorsorgeuntersuchungen [3], desto schlechter ist die psychische Gesundheit von Männern [4], desto ausgeprägter sind externalisierende Symptome bei Depressionen [5] und desto wahrscheinlicher ist ein Suizidversuch [6].

In der Medizin gewinnt die Erkenntnis, neben den biologischen auch die sozialpsychologischen Aspekte des Geschlechts („gender“) in Forschung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zu berücksichtigen, zunehmend an Bedeutung, um eine bedarfsgerechte und effizientere Versorgung zu fördern: Dies bedeutet auf medizinischer Seite, dass häufig nachgewiesene systematische Verzerrungen bei Diagnose und Therapie infolge impliziter stereotyper Vorstellungen von „weiblich“ und „männlich“ vermieden werden müssen. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf die so genannten geschlechtstypischen bzw. geschlechtsuntypischen Erkrankungen gerichtet werden, z. B. auf kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen oder unipolare Depression bei Männern. Im Zusammenhang mit der sich gegenwärtig etablierenden Männergesundheitsforschung, die u. a. den Einfluss traditioneller Maskulinität auf Gesundheit und Lebensqualität von Männern untersucht, kommt den psychischen Erkrankungen bei Männern – bisher ein stark vernachlässigter Bereich – zunehmende Bedeutung zu.

■ Haben Männer ein geringeres Depressionsrisiko als Frauen?

Zahlreiche internationale Daten belegen, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein 2–3-fach höheres Risiko haben, im Laufe ihres Lebens an einer unipolaren Depression zu erkranken.

Geht man von der klassischen Verknüpfung von Weiblichkeit und Depression über die Zuschreibung rollenkonformer Attribute wie Passivität, Angst, Schwäche, Traurigkeit, Introvertiertheit oder Selbstunsicherheit aus, so könnte die 2–3-fach

höhere Depressionsrate bei Frauen auf eine Überdiagnostizierung hinweisen.

Depressionsstudien der vergangenen 20 Jahre haben jedoch belegt, dass die hohen Depressionsraten der Frauen am ehesten durch psychosoziale Faktoren erklärt werden können, die mit ihrer Lebenslage und mit typisch weiblichen Rollenbelastungen zusammenhängen, aber auch mit einer spezifischen Vulnerabilität für soziale Stressoren sowie einem internalisierenden emotionszentrierten Bewältigungsstil [8].

Da sich traditionelle Männlichkeitsnormen in Opposition zu den o. g. „weiblichen“ Attributen definieren (über Macht, Erfolg, Stärke, Selbstsicherheit, Unabhängigkeit etc.), erscheint es zunächst plausibel, dass Männer nur halb so häufig depressiv sind wie Frauen. Damit ist es nicht verwunderlich, dass zur „Frauenkrankheit“ Depression eine Fülle von Studien vorliegt, dagegen die Männer erst in den vergangenen Jahren systematisch ins Blickfeld gekommen sind. Lässt sich aus diesen Befunden schließen, dass Männer tatsächlich ein geringeres Depressionsrisiko haben? Die folgenden Fakten würden diese Hypothese auf den ersten Blick stützen:

- Der positive Zusammenhang zwischen Berufsrolle, traditionell zur Normalbiographie von Männern gehörend, und psychischer Gesundheit [9].
- Keine vergleichbare Doppelbelastung durch Berufs- und Familienarbeit bei Männern.
- Die biologische Differenz: kein weiblicher Zyklus.
- Das geringere Körperbewusstsein und die höhere Symptomtoleranz von Männern [10].
- Die geringere Selbstaufmerksamkeit von Männern [11].
- Die geringere Medikalisierung des männlichen Körpers [12].
- Die geringere Psychologisierung männlicher Beschwerden [13].
- Der externe Attributionsstil und selbstwertsteigernde Copingstrategien von Männern [14].
- Der geringere Neurotizismus von Männern [15].
- Die negative Korrelation zwischen Maskulinität und Ängstlichkeit sowie Depressivität [16].
- Die positiven Effekte der Ehe, die bei Männern stärker ausgeprägt sind als bei Frauen [17].

Diese Liste kollektiver „Privilegiertheiten“ wirkt auf den zweiten Blick wenig überzeugend, wenn die im Vergleich zu Frauen mehrfach erhöhten Alkoholismus- und Suizidraten von Männern berücksichtigt werden. Ferner müssen kulturspezifische Befunde zur Kenntnis genommen werden, die auf den Einfluss männlichen Rollen- und Abwehrverhaltens verweisen: Die Depressionsrate unterscheidet sich dann nicht von den Frauen, wenn Alkohol und Suizid gesellschaftlich tabuisiert sind, wie in jüdisch-orthodoxen Gemeinden [18], und/oder die Geschlechtsrollennormen streng egalitär ausgerichtet sind wie bei den Amish People [19]. Umgekehrt heißt dies, dass die Mehrzahl der bisher vorliegenden epidemiologischen Daten möglicherweise eher auf Artefakte des männlichen Berichtsverhaltens (bzw. der Symptomerfassung, s. u.) als auf einen substanziellen Unterschied im Depressionsrisiko zurückgeführt werden können. In der Tat verweisen internationale Bevölkerungsstudien auf eine systematische und stär-

kere Unterdiagnostizierung und -behandlung von Depression bei Männern als bei Frauen [20, 21].

Darüber hinaus ist der oben erwähnte Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und psychischer Gesundheit bei Männern vor dem Hintergrund eines sich wandelnden globalisierten Arbeitsmarkts und des Brüchigwerdens der normalen Erwerbsbiographie von Männern keine Selbstverständlichkeit mehr. Neben steigender Arbeitslosigkeit haben Arbeitsplatzstressoren wie Arbeitsmenge, Leistungs- und Zeitdruck oder Arbeitsplatzunsicherheit in den vergangenen 20 Jahren deutlich zugenommen [22] und das Risiko für psychische Erkrankungen erhöht. So beobachtet auch der letzte Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), der dem Thema „Männer und Gesundheit“ gewidmet war [23], dass Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen bei Männern innerhalb der vergangenen 7 Jahre um 18,4 % angestiegen sind, wobei insbesondere Depressionen eine Rolle spielen (Abb. 1).

Dieser starke Anstieg ist umso bemerkenswerter, als das Krankenstandsniveau insgesamt im untersuchten Zeitraum um 10 % zurückging. Bei Frauen zeigte sich die Zunahme der Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen mit 26,8 % noch deutlicher.

■ Geschlechterparadoxon bei Depression und Suizid

Die landläufige Annahme, dass Männer ein geringeres Depressionsrisiko haben als Frauen, sei dies biologisch oder gesellschaftlich bedingt, wird durch keine substanziellen empirischen Befunde belegt. Das wichtigste Argument für ein vergleichbares Depressionsrisiko von Männern ist das Paradoxon einer hohen Suizidrate bei niedriger Depressionsrate. Die Suizidrate der Männer ist 3–10× höher als die der Frauen (Abb. 2), obwohl bei Männern nur halb so häufig eine Depression diagnostiziert wird.

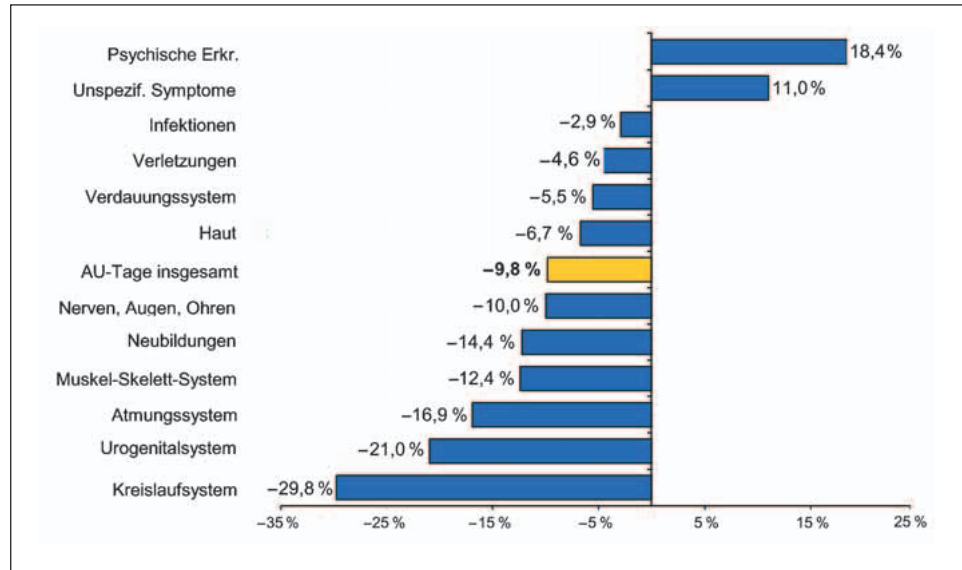


Abbildung 1: Abnahme bzw. Zunahme von Krankheitstagen bei DAK-versicherten Männern 2007 gegenüber 2000 in Abhängigkeit von Diagnosegruppen. Aus [23].

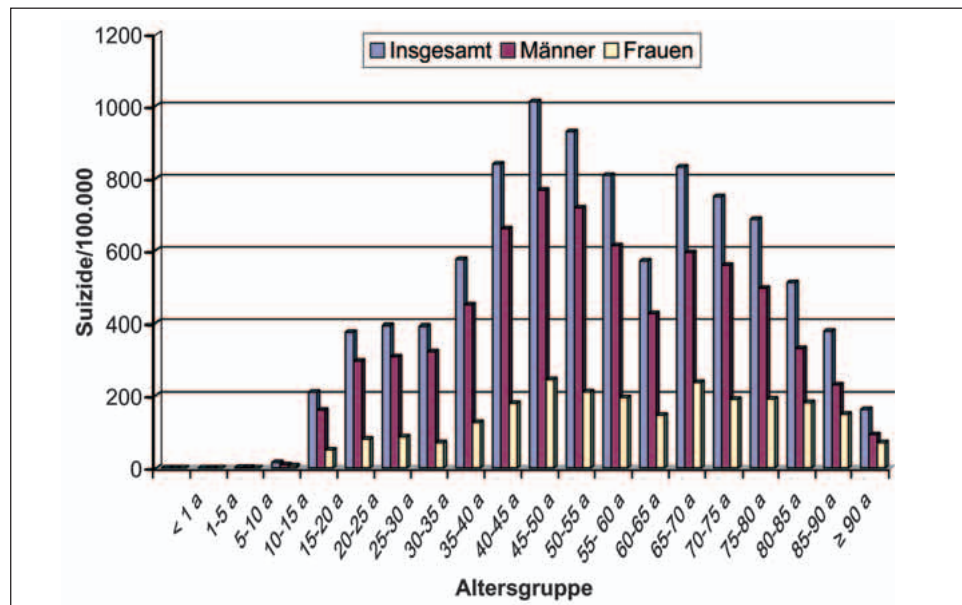


Abbildung 2: Suizide in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2008. Aus [24].

Geht man davon aus, dass > 90 % aller Suizide unmittelbare Folge einer psychischen Erkrankung sind (affektive Störung, Substanzmissbrauch, Schizophrenie [25]) und räumt ein, dass nicht jeder Suizid mit Depression einhergehen muss, so unterstützt dies die Annahme, dass Depressionen bei Männern häufig unerkannt bleiben und nicht behandelt werden.

Welche Gründe sind für die nachweisliche Unterdiagnostizierung und -behandlung depressiver Männer entscheidend? Aus soziologischer Perspektive erscheinen 3 Faktoren wesentlich: (1) eine mangelnde Hilfesuche, (2) dysfunktionale Stressverarbeitungsmuster und (3) ein Gender-Bias in der Depressionsdiagnostik. Der gemeinsame Nenner dieser Faktoren ist das historisch-gesellschaftliche Konstrukt der traditionellen Maskulinität. Es schließt bei Männern die Erkrankung an einer Depression normativ aus und fördert ihre Maskierung durch männertypisches externalisierendes Verhalten.

■ Männliche Stressvulnerabilität und Stressverarbeitung

Ausgehend von der Handlungsrelevanz hegemonialer Männlichkeitsideologie lassen sich Pfade der Depressionsentwicklung über männliche Stressvulnerabilität und -verarbeitung bis zum Suizid aufzeigen. Im Unterschied zu Frauen, die aufgrund ihrer interpersonellen Orientierung bedeutend anfälliger sind für Beziehungsstress, sind Männer – evolutionsbiologisch und sozialisationsbedingt – an sozialem Status orientiert [26] und weisen stärkere psychobiologische Stressreaktionen bei leistungsbezogenen Stressoren auf, die ihren sozialen Status bedrohen. Dies erklärt ihre besondere Vulnerabilität gegenüber sozioökonomischen Belastungen [27].

Männer reagieren auf Stress mit dem typischen „Fight-or-flight“-Muster und setzen mit einem hohen Risiko der Selbst- und Fremdschädigung externalisierende Strategien ein, deren Extreme Suizid und Homizid sind. Diese hauptsächlich bei Männern beobachtbaren Stressreaktionen sind nicht nur erlerntes Rollenverhalten, sondern auch biologisch bedingt durch ein höheres Aggressionspotenzial 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 Instrumentalität von männlicher Aggressivität zur Herstellung sozialer Hierarchie (Abb. 3).

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 Selbstwerteinschätzung abhängig gemacht wird [2]. Die Erreichung dieser Idealnormen 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 [29], häufig wird



Abbildung 3: Soziale Unterordnung macht Männer krank – auch männliche Paviane. Aus: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. Creative Commons-Lizenz: Rechteinhaber: André Karwath.

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.

Hilfe zu suchen ist im Männlichkeitsstereotyp nicht vorgesehen, da das Eingeständnis von Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit einem Status- und Identitätsverlust gleichkäme. In der Tat weisen Männer in allen Altersgruppen die geringeren Inanspruchnahmeraten professioneller Hilfe auf (M:F = 1:2) [30]. Psychische oder emotionale Probleme sind selten ein Konsultationsgrund und werden bei einem Arztkontakt entsprechend selten angesprochen.

Nach dem Prinzip „Frauen suchen Hilfe – Männer sterben“ [31] erscheint der Suizid als letztes Mittel, den männlichen Selbstwert zu retten und die Illusion von Selbstbestimmung und Handlungsautonomie aufrechtzuerhalten – was nur gelingt, wenn der Suizidversuch gewaltsam ist und tödlich endet (vgl. [32]). Eine depressive Erkrankung geht bei Männern offenbar mit einem höheren Suizidrisiko einher als bei Frauen. Entsprechende Angaben belaufen sich für Jugendliche < 25 Jahre auf 10:1 und für Erwachsene auf 6:1 [33]. 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 ausgegangen werden kann [34] (Abb. 4).

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 [37–39].

■ Risikofaktoren für Depression bei Männern

Hinsichtlich der bisher identifizierten Risikofaktoren für Depression zeigen sich – bis auf den niedrigen sozioökonomischen Status, der für beide Geschlechter depressionsfördernd ist – deutliche Unterschiede bei Frauen und Männern, die auf

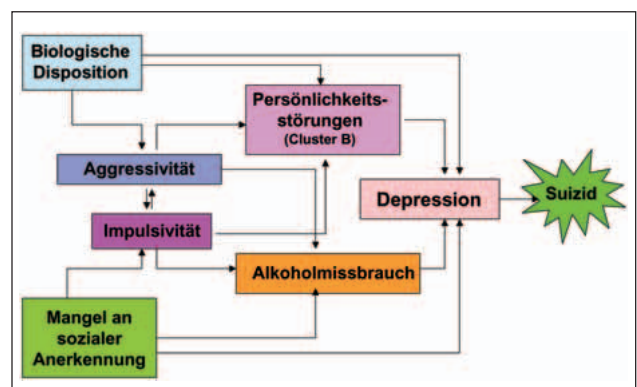


Abbildung 4: Modell des Zusammenhangs zwischen Aggression und Suizid bei Männern. Mod. nach [35–37].

Tabelle 1: Psychosoziale Risikofaktoren für Depression bei Frauen und Männern.

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	Homosexualität
Sexueller Missbrauch in Kindheit	

typische Rollenbelastungen bzw. Bewältigungsdefizite verweisen (Tab. 1).

Während Frauen mit multiplen Stressquellen konfrontiert sind, erscheint bei Männern die Berufsrolle als die dominierende Stressquelle, zumindest ist diese bei Männern am besten untersucht. Männer haben nicht nur die gefährlicheren Berufe, sie sind stärker von der zunehmenden Arbeitsplatzunsicherheit betroffen, sind stärker durch Arbeitslosigkeit belastet und haben ein höheres psychisches Erkrankungsrisiko infolge ungünstiger psychosozialer Arbeitsbedingungen, so genannten Gratifikationskrisen, die durch eine Kombination von hohen Anforderungen und geringer Kontrollmöglichkeit einerseits und hoher Verausgabung und geringer Belohnung andererseits zustande kommen [40, 41]. Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse die spezifische männliche Vulnerabilität gegenüber statusrelevanten Stressfaktoren. Schließlich erweist sich auch die erfolgreiche Emanzipation der Frauen als ein bedeutender Stressfaktor für Männer: Dies betrifft nicht nur die Erwerbstätigkeit der Frauen, sondern auch ihre Trennungsbereitschaft.

Im Unterschied zu Frauen, die eine Trennung/Scheidung erleben, steigt das Depressions- und Suizidrisiko bei Männern um das Mehrfache [42, 43]. Auch diese Tatsache bestätigt erneut, dass die Ehe für Männer deutlich mehr gesundheitsprotektive Effekte hat als für Frauen.

■ Gibt es eine „männliche Depression“?

„When women are depressed, they either eat or go shopping. Men invade another country“.

Comedian Elayne Boosler

Die bisherigen Ausführungen machen plausibel, dass sich Depressionen bei Männern anders als mit den klassischen Depressionssymptomen 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, dass Männer allerdings konsistent weniger depressive Symptome berichten als Frauen, z. B. Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schuldgefühle oder Konzentrationsprobleme [44]. Darüber

Tabelle 2: Mögliche diagnostische Kriterien der männlichen Depression. Nach [48].

- Vermehrter sozialer Rückzug, der oft verneint wird
- Burn-out: Berufliches Überengagement, das mit Klagen über Stress maskiert wird
- Abstreiten von Kummer und Traurigkeit
- Zunehmend rigide Forderungen nach Autonomie (in Ruhe gelassen werden)
- Hilfe von anderen nicht annehmen: Das „Ich kann das schon allein“-Syndrom
- Ab- oder zunehmendes sexuelles Interesse
- Zunehmende Intensität oder Häufigkeit von Ärgerattacken
- Impulsivität
- Vermehrter bis exzessiver Alkohol- und/oder Nikotinkonsum (süchtig nach TV, Sport etc.)
- Ausgeprägte Selbstkritik, bezogen auf vermeintliches Versagen
- Versagensangst
- Andere für eigene Probleme verantwortlich machen
- Verdeckte oder offene Feindseligkeit
- Unruhe und Agitiertheit
- Konzentrations-, Schlaf- und Gewichtsprobleme

hinaus wurden in einigen Studien erhöhte Feindseligkeit [45], erhöhter Alkoholkonsum [44] sowie erhöhte Agitiertheit bei Männern gefunden [46].

Das Konzept der „männlichen Depression“ wurde erstmals im Rahmen eines Suizidpräventionsprogramms auf der schwedischen Insel Gotland formuliert [47]. 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 den männlichen als bei den weiblichen Suizidopfern zu finden. Erst als diese männerspezifische Symptomatik in Diagnostik und Therapie berücksichtigt wurde, konnte auch hier eine Reduktion der Suizidrate erreicht werden. Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Praxis vervollständigen das Symptomprofil einer männlichen Depression (Tab. 2).

■ Ein Fallbeispiel

Charakteristisch für den Patienten, einen 43-jährigen Softwareingenieur, ist das Nebeneinander von depressiven Standardsymptomen und depressionsuntypischen Symptomen wie Aggressivität, Reizbarkeit, exzessivem Sporttreiben, Alexithymie, Unruhe, Burn-out und mangelnder Krankheitseinsicht. Trotz zunehmender Beschwerden sucht er keinen Arzt auf. Von den ersten Symptomen bis zum Arztkontakt vergehen 7 Jahre. Seine Bewältigungsversuche zielen darauf, auch unter chronisch belastenden Bedingungen zu funktionieren und leistungsfähig zu bleiben, bis ihm dies nicht mehr gelingt.

Er könne nicht sagen, wann die Depression begonnen habe, sie habe sich schleichend über Jahre entwickelt, rückblickend seien es etwa 10 Jahre. Die Depression sehe er heute als Produkt der Summe vieler Belastungen.

Er habe großen beruflichen Stress gehabt und seine Frau sei schwer an Krebs erkrankt. Er habe sich zunehmend überfordert gefühlt und gemerkt, dass er nicht mehr die Geduld gehabt hätte, obwohl er von Haus aus ein geduldiger und ruhiger Mensch sei. Er habe Schlafstörungen bekommen und sei häufig gereizt und aggressiv gewesen. Seine Gereiztheit und Aggressivität habe er auf die Schlafstörungen zurückgeführt. Er habe keine Kritik mehr vertragen können und das Gefühl gehabt, dass alle etwas gegen ihn gehabt hätten. Da er ein emotionaler Mensch sei, sei er auch manchmal in Tränen ausgebrochen und habe sich langsam im Laufe der Jahre sozial isoliert. Seinen Freunden habe er anfangs zu vermitteln versucht, wie er sich fühlt, doch hätten sie ihn nicht verstehen können, sie hätten nur gesagt: „Mach dir ein schönes Wochenende, geh mal schön essen, dann wirds wieder“.

Er habe sich traurig und hoffnungslos gefühlt, habe sich in sich selbst zurückgezogen und keine Freude mehr an einfachen Dingen empfunden, außerdem habe er seine körperliche Hygiene vernachlässigt. Seinen Alkoholkonsum habe er jedoch nicht gesteigert.

Wegen seiner Schlafstörungen habe er verschiedene Ärzte konsultiert, sei bei einem Internisten gewesen, auch bei einem Kardiologen wegen seines Bluthochdrucks. Es sei aber kein somatischer Befund festgestellt worden. Von seinen psychischen Problemen habe er nicht gesprochen, und die Ärzte hätten ihn auch nicht danach gefragt.

Er habe versucht, sich in einem Urlaub zu Hause zu erholen, das habe jedoch nicht funktioniert, auch über das Wochenende habe er sich nicht erholen können. Seine Frau – mittlerweile am Sauerstoffgerät – sei nur noch bedingt handlungsfähig gewesen, weshalb sie oft in der Klinik gewesen sei. Er habe sie trotz seines beruflichen Stresses fast täglich besucht, außerdem habe er sich um das große Haus und die Tiere kümmern müssen. Sein Arbeitsplatz sei 2 Autostunden von seinem Haus entfernt gewesen. Diese Belastungskonstellation hätte über Jahre so bestanden. Er habe alles gegeben, solange es eben gegangen sei, habe versucht zu verdrängen, nicht wahrzunehmen, zu funktionieren, „bis es mir die Beine weggezogen hat.“

Seinen Stress habe er mit Sport zu kompensieren versucht: So sei er 200–300 km an einem Stück mit dem Rad gefahren und habe außerdem mit dem Marathonlaufen angefangen. „Ich wusste nicht, wohin mit mir.“ Der Sport sei ein Ventil für ihn gewesen, sich zu beweisen trotz allem noch leistungsfähig zu sein. Er habe durch den exzessiven Sport jedoch keine Entspannung und Befriedigung erfahren, sondern sei weiterhin unzufrieden gewesen mit seiner sportlichen Leistung und habe sich jedes Mal vorgenommen, beim nächsten Mal eine noch längere Strecke zu bewältigen.

Er selber sei nicht auf die Idee gekommen, zu einem Psychiater zu gehen, weil für ihn die Schlafstörungen die Ursache seines schlechten Befindens gewesen seien. Schließlich habe ihn seine Frau zu einem Therapeuten geschickt. Er sei auch 2x in einer psychosomatischen Klinik gewesen (Diagnose: reaktive Depression). Er habe lange abgestritten, krank zu sein, weil er nie in seinem Leben krank gewesen sei, nie einen Arzt gebraucht hätte und stolz darauf gewesen sei. Es sei sehr schwer für ihn gewesen, zuzugestehen, eine psychische Erkrankung zu haben.

Aus den Erfahrungen der „Gotland-Studie“ wurde ein Screeninginstrument entwickelt, die „Gotland Scale for Male Depression“ [49], die seit einigen Jahren in internationalen Studien eingesetzt wird. Die wenigen, bisher vorliegenden Studien zur männlichen Depression, klinische wie Bevölkerungsstudien, bestätigen weitgehend die klinischen Erfahrungen. So wurde in qualitativen Studien anhand der subjektiven Erfahrungen depressiver Männer der enge Zusammenhang zwischen Männlichkeitsideologie und dem Erleben von Depression dargelegt [50–52]. Wurden in einer Stichprobe von alkoholabhängigen Patienten neben den klassischen Depressionssymptomen auch die untypischen, aber für Männer typischen Abwehrmuster erfasst, konnte ein deutlich höherer Prozentsatz von depressiv erkrankten Männern identifiziert werden [53]. In Bezug auf stationär behandelte depressive Patienten fanden Winkler et al. [54] eine erhöhte Prävalenz von Ärgerattacken bei Männern im Vergleich zu Frauen sowie eine stärker ausgeprägte affektive Rigidität [55]. In einer eigenen Studie der Autorin an ebenfalls stationär behandelten depressiven Patienten [56] ließen sich keine Unterschiede in der Häufigkeit und Ausprägung der männlichen Symptome finden, jedoch faktorenanalytisch ein geschlechtsspezifisches Symptommuster aufdecken (Tab. 3).

Rihmer et al. [57] fanden eine signifikant höhere Rate männlicher Depression bei männlichen Suizidopfern (100 %) als bei weiblichen (83 %), wobei die Gesamtrate erstaunlich hoch lag.

Eine dänische Bevölkerungsstudie von Bech et al. [58] verweist auf geschlechtsspezifische Entwicklungspfade der Depression: Unter den Bedingungen reduzierten Wohlbefindens entwickelten Frauen direkt eine Major Depression, während bei Männern der Umweg über Stress, Aggression und Alkoholmissbrauch zu beobachten war.

Tabelle 3: Geschlechtsspezifische Symptommuster bei stationär behandelten depressiven Patienten (656 M, 1755 F). Aus [56].

	Männer	Frauen
Faktor 1	Schlafstörungen Substanzmissbrauch	Müdigkeit Antriebslosigkeit Schlafstörungen Substanzmissbrauch
erklärte Varianz	15,70 %	15,20 %
Faktor 2	Irritabilität Aggressivität Antisoziales Verhalten	Unruhe Depressive Verstimmung Klagsamkeit
erklärte Varianz	10,48 %	8,45 %

Tabelle 4: Prävalenz prototypischer und „männlicher“ Depressionssymptome in einer Studentenstichprobe (> 1) – „Gotland Scale for Male Depression“ (0–3). Aus [62].

Symptome	Männer	Frauen	p
Stress	28,1	37,6	0,000
Aggressivität	13,3	24,4	0,000
Leere	28,0	22,7	n. s.
Müdigkeit	27,4	33,2	n. s.
Irritabilität	17,6	21,3	0,045
Entscheidungsprobleme	9,8	11,0	n. s.
Schlafprobleme	20,7	34,4	0,032
Morgentief	6,7	11,2	0,012
Alkohol/Hyperaktivität	16,8	14,6	n. s.
Antisoziales Verhalten	4,9	6,8	n. s.
Hoffnungslosigkeit	10,4	9,6	n. s.
Selbstmitleid	8,3	10,0	0,006
Positive Familiengeschichte	11,8	10,2	n. s.

n. s.: nicht signifikant

Magovcevic und Addis [5] konnten an einer nicht-klinischen Stichprobe von 102 Männern, die in den vergangenen 3 Monaten ein kritisches Lebensereignis bewältigen mussten, belegen, dass externalisierende Symptome mit einer ausgeprägten Orientierung an Normen traditioneller Maskulinität einhergingen. Konsistent mit diesen Befunden sind die Ergebnisse einer australischen Bevölkerungsstudie, wonach externalisierendes Verhalten signifikant häufiger von Männern angegeben wurde als von Frauen [59].

In einer eigenen Untersuchung an einer Bevölkerungsstichprobe von 18-jährigen Männern ergaben sich ein 22%iges Risiko einer „männlichen Depression“ und Hinweise darauf, dass sich mit steigender Depressionsgefährdung die männlichen Symptome verstärken, während die prototypischen depressiven Symptome unverändert blieben bzw. dissimuliert wurden [60]. Diese ersten Befunde zur männlichen Depression verweisen darauf, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik insbesondere in den frühen Stadien der Erkrankung beobachtet werden können, und zwar als Folge geschlechtsspezifischer Copingstrategien [61]. Möglicherweise befinden sich aber auch diese Copingstrategien in einem Veränderungsprozess aufgrund des Geschlechtsrollenwandels, zumindest bei jungen Frauen. Das lassen u. a. eigene Ergebnisse der Autorin vermuten, die an einer Studentenstichprobe (mit je 500 männlichen und weiblichen Studierenden) gewonnen wurden [62]: Entgegen den Erwartungen wiesen die Studentinnen ein signifikant höheres Risiko einer „männlichen Depression“ auf als die Studenten (28,9 % vs. 22,4 %; $p < 0,05$), wobei sowohl die prototypischen als auch die externalisierenden Symptome häufiger angegeben wurden, insbesondere Aggressivität und Irritabilität (Tab. 4).

Als Erklärung dieses zunächst überraschenden Befundes ist denkbar, dass junge Frauen heutzutage auf Stress nicht nur mit den klassisch weiblichen internalisierenden Copingstrategien antworten, sondern inzwischen auch über „männliche“ Verhaltensmuster verfügen, die ihnen mehr Aggressionen erlauben, ohne dass sie dafür Sanktionen befürchten müssen (ebenso steigender Alkohol- und Nikotinkonsum). Denn zu-

nehmend wird aggressives Verhalten bei Frauen gesellschaftlich akzeptiert [63] und nimmt tatsächlich auch bei Mädchen und jungen Frauen zu [64].

■ Gender-Bias in der Depressionsdiagnostik

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 Depressionsinventarien enthalten sind. Die üblichen Beurteilungsverfahren zur Erfassung von Depression gehen vom Prototyp der weiblichen Depression aus und enthalten überwiegend Symptome und Copingstrategien, die üblicherweise von Frauen berichtet werden (z. B. Antriebslosigkeit, depressive Verstimmung, Grübeln, Selbstvorwürfe). Die typisch männlichen depressionsabwehrenden Strategien wie Aggressivität, Ärgerattacken, Feindseligkeit, Irritabilität, 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. Unabhängig von der Diskussion um „männliche Depression“ weisen einige Autoren darauf hin, dass Depressionsskalen hoch selektiv sind und eher ihren historischen Hintergrund spiegeln als individuelle Muster von Depressionserfahrungen und -symptomen abfragen [65]. Darüber hinaus würde durch die Fokussierung auf depressive Verstimmung und Ängstlichkeit die Bedeutung externalisierender Symptome bei der unipolaren Depression unterschätzt, obwohl diese nicht nur bei der bipolaren, sondern auch bei der unipolaren Depression häufig zu beobachten seien [66–68].

■ Wissenschaftliche Evidenz

Obwohl das Konzept der männlichen Depression klinisch evident erscheint und zunehmend von Presse und Gesundheitsinstitutionen rezipiert wird (Abb. 5), muss es wissenschaftlich weiter abgesichert werden.

Offene Fragen betreffen die Geschlechts- und Altersspezifität der männlichen Depression sowie ihre Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung in Abhängigkeit von verschiedenen sozialen Kontexten. Darüber hinaus ist die Frage nicht geklärt, wie spezifisch die männliche Depression ist, d. h. ob das männertypische Syndrom von Aggressivität, Irritabilität sowie Risiko- und Suchtverhalten einen neuen Subtypus von Depression rechtfertigt oder nicht vielmehr ein unspezifisches Syndrom männertypischen Stressverhaltens darstellt. Dies ist eine basale Frage, die auch von Addis [70] im Zusammenhang mit der kritischen Aufarbeitung verschiedener Konzepte zum Verständnis von Depression bei Männern als „gendered responding framework“ diskutiert wird. Weiterhin ergeben sich Abgrenzungsprobleme zum klassischen Konzept der Depression-Spektrum-Diagnose, in der unipolare Depression, Alkoholismus und antisoziale Persönlichkeitsstörung zu einem

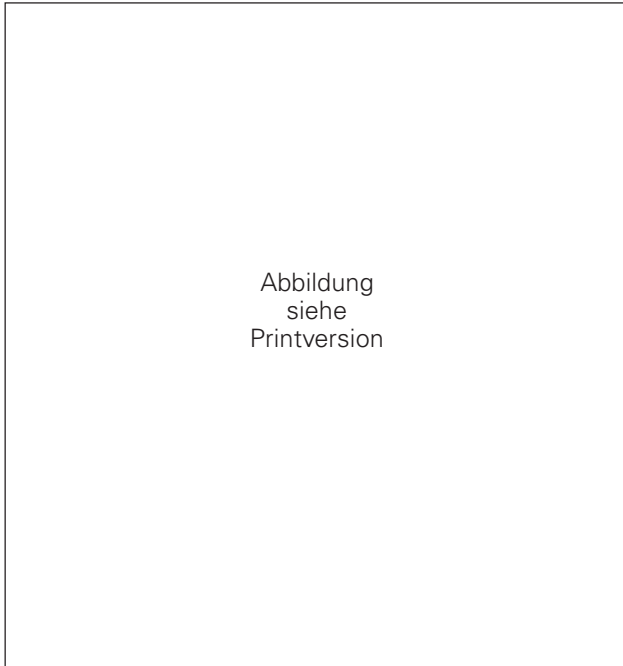


Abbildung
siehe
Printversion

Abbildung 5: Public-Health-Kampagne „Real Men – Real Depression“ des „National Institute of Mental Health“. Aus [69].

Phänotyp zusammengefasst werden [71] sowie zum Konzept des bipolaren Spektrums mit den Hauptsymptomen Irritabilität, abweichendes soziales Verhalten und Suizidalität [72]. Nicht zuletzt müssten differenziertere Instrumente zur Erfassung männlicher Depression für epidemiologische Zwecke entwickelt werden. Ein weiteres Desiderat wäre die differenzierte Erfassung von Aggressivität bei depressiven Männern und Frauen, da Motivation, Ausdruck und Funktionen von Aggression geschlechtsspezifisch geprägt sein können.

Abgesehen von der noch nicht ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz des Konzepts männlicher Depression sprechen jedoch geschlechtersensible klinische Erfahrungen sowie eine Fülle von Ergebnissen aus der Gewalt- und Sozialforschung dafür, Stresserleben und -verarbeitung von Männern in der Praxis sehr viel stärker zu beachten und eine Sensibilität für männliche Depression zu entwickeln. Eine bessere Depressionsdiagnostik bei Männern, aber möglicherweise auch bei Frauen, setzt voraus, die klassischen Depressionskriterien um externalisierende Stresssymptome zu erweitern. Damit könnte ein wesentlicher Beitrag zur Suizidprävention geleistet werden.

■ Gibt es eine spezifische Therapie männlicher Depression?

Bisher liegen keine Studien zur Therapie der männlichen Depression vor. Auch die allgemeine Datenlage zur geschlechtsspezifischen Wirksamkeit von Antidepressiva und verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren ist zurzeit noch sehr bescheiden. Daher verwundert es nicht, dass die Befunde wenig konsistent sind. So wurde in einigen Studien kein Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des Ansprechens auf selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) oder trizyklische Antidepressiva gefunden [73], in anderen zeigte sich dagegen eine schlechtere Wirksamkeit von SSRI und eine bessere von Trizyklika bei Männern im Vergleich zu Frauen [74].

Auch bei einem (metaanalytischen) Vergleich von Monoaminoxidase- (MAO-) Hemmern und Trizyklika schnitten letztere bei den Männern besser ab als bei den Frauen [75]. Die derzeitige Praxis der Antidepressivabehandlung ist weniger geschlechts-symptomorientiert, allerdings wird bisher auch kein Bedarf für ein mänderspezifisches Antidepressivum gesehen. Pasquini et al. [76] empfehlen auf Basis einer offenen Studie die Kombination eines SSRI mit einem Antikonvulsivum, um auf diese Weise Symptome wie Aggression, Irritabilität, Ärger und Feindseligkeit mitzubehandeln.

Ähnlich spärlich sieht die Datenlage bezüglich geschlechtsspezifischer Wirkungen psychotherapeutischer Methoden in der Depressionsbehandlung aus, wenn sich auch hier ein einheitlicherer Trend andeutet. Hinsichtlich der insgesamt am besten untersuchten Methoden der kognitiven und der interpersonellen Verhaltenstherapie konnten keine Wirkungsunterschiede bei Männern und Frauen nachgewiesen werden [77, 78]. Auch die Kombination mit antidepressiver Medikation war in diesen Studien vergleichbar effektiv für beide Geschlechter. Diese Ergebnisse sind auf den ersten Blick erstaunlich, da man annehmen könnte, dass das Prinzip „Psychotherapie“ eher auf Frauen als auf Männer zugeschnitten ist: Offen über eigene Gefühle und Konflikte zu sprechen fällt den meisten Frauen nicht schwer, für die Mehrzahl der Männer dagegen ist dies ein „echtes Auswärtsspiel“ [79]. Dies gilt aber wohl eher für biographisch und insbesondere psychodynamisch orientierte Therapieverfahren. Die eben erwähnten Ergebnisse kommen aber aus dem Bereich der kognitiven bzw. interpersonellen Verhaltenstherapie, für die diese Annahme möglicherweise nicht zutrifft. Offensichtlich profitieren Männer, die an Depressionen erkrankt sind und die eine kognitive oder interpersonelle Psychotherapie akzeptieren können, von dieser Therapie genauso wie Frauen. Die Herausforderung für den behandelnden Arzt besteht jedoch darin, betroffene Männer für eine Psychotherapie zu motivieren. Eine weitere Herausforderung besteht darin, geschlechtsspezifische Aspekte der Lebenswelt stärker in psychotherapeutische Inhalte zu integrieren.

Die Autorin verneint Interessenkonflikte.

■ Zusammenfassung und Relevanz für die Praxis

1. Die Gender-Perspektive gewinnt zunehmend auch in der Psychiatrie an Bedeutung, da traditionelle Geschlechterrollen aufgrund ihrer Eindimensionalität Risiken für die psychische Gesundheit beinhalten und Einfluss nehmen auf Krankheitsverhalten und -verlauf sowie Diagnostik und Therapie.
2. Das Geschlechterparadoxon bei Depression und Suizid verweist darauf, dass die niedrige Depressionsrate bei Männern weniger durch ein geringeres Depressionsrisiko als vielmehr durch eine Unterdiagnostizierung der Depression bedingt ist.
3. Die Unterdiagnostizierung und -behandlung von depressiv erkrankten Männern kann auf mangelnde Hilfesuche, männertypische Depressionssymptome (externalisierende Stresssymptome) und eine einseitige, die männliche Depression nicht ausreichend berücksichtigende Depressionsdiagnostik zurückgeführt werden.

4. Risikofaktoren für Depression sind mit der sozialen Geschlechtsrolle assoziiert und unterscheiden sich für Männer und Frauen. Männer sind besonders anfällig für Stressoren, die ihren sozialen Status bedrohen.
5. Der typisch männlichen Stressverarbeitung über Aggressivität, antisoziales sowie Risiko- und Suchtverhalten liegt das biologisch wie soziokulturell geprägte Responsemuster des „fight or flight“ zugrunde.
6. Die Depressionsdiagnostik bei Männern kann dadurch erschwert werden, dass Männer häufiger externalisierende Stresssymptome als prototypische Depressions-symptome angeben, die nicht als depressionstypisch gelten und nicht in den üblichen Depressionsinventarien enthalten sind.
7. Die Depressionsdiagnostik kann verbessert werden, indem die klassischen Depressionskriterien um männer-typische Stresssymptome bzw. Copingstrategien erweitert werden.
8. Eine umfassende Depressionsdiagnostik bei Männern impliziert, dass die Komorbidität, insbesondere hinsichtlich Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen, abgeklärt wird.
9. Eine geschlechtersensible Depressionsdiagnostik und -therapie ist ein wichtiger Schritt zur Reduktion männlicher Suizidalität.

Literatur:

1. Meuser M. Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster. 2. Aufl. VS-Verlag, Wiesbaden, 2006.

2. Connell RW. Masculinities. Polity Press, Cambridge, 1995.

3. Springer KW, Mouzon D. Masculinity and health care seeking among midlife men: variation by social context. Paper presented at the American Sociological Association Annual Meeting, August 2008.

4. Cochran SV. Evidence-based assessment with men. J Clin Psychol 2005; 61: 649–60.

5. Magovcevic M, Addis ME. The Masculine Depression Scale: development and psychometric evaluation. Psychol Men Masc 2008; 9: 117–32.

6. Houle J, Mishara BL, Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. J Affect Disord 2008; 107: 37–43.

7. Weissman M, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. Science 1995; 269: 799–801.

8. Möller-Leimkühler AM. Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern? Gynäkologe 2008; 41: 381–7.

9. Mirowsky J, Ross CE. Sex differences in distress: real of artifact? Am Sociol Rev 1995; 60: 449–68.

10. Shields SA, Mollory ME, Simon A. The Body Awareness Questionnaire: reliability and validity. J Personality Assess 1989; 53: 802–15.

11. Ingram RE, Cruet D, Johnson BR, Wisnicki KS. Self-focused attention, gender, gender role, and vulnerability to negative affect. J Pers Soc Psychol 1988; 55: 967–78.

12. Kolip P, Glaeske G. Die Medikalisierung weiblicher Biographien im mittleren Alter. Schweiz Arzetzg 2002; 83: 479–82.

13. Conen D, Kuster M. Geschlechts- und symptom-spezifisches Verhalten junger Assistenzärzte. Soz Präventivmed 1988; 3: 167–72.

14. Syme SL. Control and health. A personal perspective. In: Steptoe A, Appels A (eds). Stress, Personal Control and Health. Wiley, New York, 1989.

15. Jorm AF. Sex differences in neuroticism: a quantitative synthesis of published research. Aust NZ J Psychiatry 1987; 21: 501–6.

16. Gallacher F, Klieger DM. Sex role orientation and fear. J Psychology 1995; 129: 41–9.

17. Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health: his and hers. Psychol Bull 2001; 127: 472–503.

18. 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.

19. Jakubasch J. Depression und Aggression bei Amischen. Nervenarzt 1994; 65: 590–7.

20. 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.

21. 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.

22. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Zum Stand der Erforschung von arbeitsbedingtem Stress. Luxemburg, 2005.

23. DAK Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit. Hamburg, 2008.

24. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010.

25. National Institute of Mental Health (NIMH) Suicide Facts. <http://www.nimh.gov/research/suifact.htm> [gesehen Dezember 1999].

26. Troisi A. Gender differences in vulnerability to social stress. A Darwinian perspective. Physiol Behav 2001; 73: 443–9.

27. 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.

28. Sapolsky RM, Mott GE. Social subordination in wild baboons is associated with suppressed high density lipoprotein-cholesterol concentrations: the possible role of chronic social stress. Endocrinology 1987; 121: 1605–10.

29. Traue HC. Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmungen. Spektrum Heidelberg-Berlin, Akademischer Verlag, 1998.

30. 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; 1–3: 1–9.

31. Angst J, Ernst C. Geschlechtsunterschiede in der Psychiatrie. In: Weibliche Identität im Wandel. Studium Generale 1989/1990. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg; 69–84.

32. Wolfersdorf M. Männersuizid: Anmerkungen zur Psychodynamik bei öffentlich bekannten Männern. J Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (3): 36–41.

33. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsoop GW, Eyeson-Annan ML. Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. J Affect Disord 1999; 55: 171–8.

34. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. Nature 2003; 4: 819–28.

35. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of aggressive-impulsive behaviours. J Psychiatry Neurosci 2005; 30: 398–408.

36. 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.

37. Roggenbach J, Müller-Oerlinghausen B, Franke L. Suicidality, impulsivity and aggression – is there a link to SHIAA concentration in the cerebrospinal fluid? Psychiatry Res 2002; 113: 193–206.

38. 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.

39. Lidberg L, Tuck JR, Asberg M, Scalia-Tomba GP, Bertilsson L. Homicide, suicide and CSF 5-HIAA. Acta Psychiatr Scand 1985; 71: 230–6.

40. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, New York, 1990.

41. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol 1996; 1: 27–41.

42. Matthews KA, Gump BB. Chronic work stress and marital dissolution increase risk of postnatal mortality in men from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Arch Intern Med 2002; 162: 309–15.

43. Rotermann M. Marital breakdown and subsequent depression. Health Rep 2007; 18: 33–44.

44. 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.

45. 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.

46. Kockler M, Heun R. Gender differences of depressive symptoms in depressed and non-depressed elderly persons. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 65–72.

47. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland Study. Lancet 1995; 345: 524.

48. 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.

49. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. Int Clin Psychopharmacol 2001; 16 (Suppl 2): 21–4.

50. Rochlen AB, Paterniti DA, Epstein RM, Duberstein P, Willeford L, Kravitz RL. Barriers in diagnosing and treating men with depression: a focus group report. Am J Mens Health 2010; 4: 167–75.

51. Emslie C, Ridge D, Zieband S, Hunt K. Men's account of depression: reconstructing or resisting hegemonic masculinity? Soc Sci Med 2006; 62: 2246–57.

52. Olliffe JL, Robertson S, Kelly MT, Roy P, Ogradniczuk JS. Connecting masculinity and depression among international male university students. Qual Health Res 2010; 20: 987–98.

53. 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.

54. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. Psychother Psychosom 2005; 74: 303–7.

55. Winkler D, Pjrek E, Heiden A, Wiesegger G, Klein N, Konstantinidis A, Kasper S. Gender differences in the psychopathology of depressed patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004; 254: 209–14.

56. Möller-Leimkühler AM, Bottlender R, Strauss A, Rutz W. Is there evidence for a male depressive syndrome in patients with major depression? J Affect Disord 2004; 80: 87–93.

57. Rihmer Z, Rutz W, Rihmer A, Gonda X, Webb R, Kapur N. Do suicidal females have “male-type” depression? Eur Psychiatry 2009; 24 (Suppl 1): 183.

58. 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.

59. Rice SM, Fallon BJ. Male depression: the impact of masculine role norms. Proceedings of the 44th Annual APS Conference 2009; 145–9.

60. Möller-Leimkühler AM, Heller J, Paulus NC. Subjective well-being and “male depression” in male adolescents. J Affect Disord 2007; 98: 65–72.

61. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol 1991; 4: 569–82.

62. Möller-Leimkühler AM, Yücel M. Male depression in females? J Affect Disord 2010; 121: 22–9.

63. Straus MA. Physical assaults by women partners: a major social problem. In: Walsh MR (ed). Women, Men and Gender: Ongoing Debates. Yale University Press, New Haven, 1997.

64. Moretti MM, Catchpole REH, Odgers C. The dark side of girlhood: recent trends, risk factors and trajectories to aggression and violence. Can Child Adolesc Psychiatr Rev 2005; 14: 21–5.

65. Demyttenaere K, de Fruyt J. Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales. Psychother Psychosom 2003; 72: 61–70.

66. Pasquini A, Picardi A, Biondi M, Gaetano P, Morosini P. Relevance of anger and irritability in outpatients with major depressive disorder. Psychopathology 2004; 37: 155–60.

67. Painuly N, Sharan P, Mattoo SK. Relationship of anger and anger attacks with depression. A brief review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 215–22.

68. Biondi M, Picardi A, Paquini M, Gaetano P, Pancheri P. Dimensional psychopathology of depression: detection of an "activation" dimension in unipolar depressed outpatients. *J Affect Disord* 2005; 84: 133–9.

69. National Institute of Mental Health. The facts about men and depression. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/real-men-depression-easy-to-read/real-men-real-depression.pdf> [gesehen 12.07.2010].

70. Addis ME. Gender and depression in men. *Clin Psychol* 2008; 15: 153–68.

71. Winokur G. Depression spectrum disease: description and family study. *Compr Psychiatry* 1972; 13: 3–8.

72. Benazzi F, Akiskal H. Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state. *J Affect Disord* 2005; 84: 197–207.

73. Scheibe S, Preuschhof C, Cristi C, Bagby RM. Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? *J Affect Disord* 2003; 75: 223–35.

74. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, Gelenberg AJ, Davis SM, Harrison WM, Keller MB. Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1445–52.

75. Hamilton J, Grant M, Jensvold M. Sex and treatment of depression. In: Jensvold MF, Halbreich U, Hamilton JA (eds). *Psychopharmacology and Women: Sex, Gender and Hormones*. American Psychiatric Association Press, Washington, DC, 1996; 241–60.

76. Pasquini M, Picardi A, Specca A, Orlandi V, Tarsitani L, Morosini P, Cascavilla I, Biondi M. Combining an SSRI with an anticonvulsant in depressed patients with dysphoric mood; an open study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007; 3: 3.

77. Hautzinger M, de Jong-Meyer R. Depression. Ergebnisse von zwei multizentrischen Vergleichsstudien bei unipolarer Depression. *Z Klin Psychol* 1996; 26: 80–160.

78. Schneider D, Zobel I, Härter M, Kech S, Berger M, Schramm E. Wirkt die Interpersonelle Psychotherapie besser bei Frauen als bei Männern? Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie* 2008; 58: 23–31.

79. Neumann W, Süfke B. Den Mann zur Sprache bringen. *Psychotherapie mit Männern*. DGfVZ-Verlag, Tübingen 2004.

Akkreditierter ärztlicher Herausgeber:
Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien



Lecture Board:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Richard Frey, Wien
PD Dr. Dietmar Winkler, Wien
Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, Bayreuth

DFP online Literaturstudium

Entsprechend dem Fortbildungsgedanken des JOURNALS FÜR NEUROLOGIE, NEUROCHIRURGIE UND PSYCHIATRIE sollen auch in Zukunft approbierte Fachartikel zur Erlangung von DFP- (Diplom-Fortbildungs-Programm-) Punkten (Österreich) der „akademie der ärzte“ publiziert werden.

Den Test zur Erlangung von 2 DFP-Punkten finden Sie in Kürze unter:

<http://www.meindfp.at>

PD Dr. rer. soc. 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](#)