

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Ärgerattacken bei Depressionen: Geschlechtsspezifische Aspekte

Meshkat D, Kutzelnigg A, Kasper S

Winkler D

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2010; 11 (3), 22-25

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



DGNC



© engel.ac-book.ac.be

2026

7.–10. Juni

AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch

Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

dgnc-kongress.de

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Ärgerattacken bei Depressionen: Geschlechtsspezifische Aspekte

D. Meshkat, A. Kutzelnigg, S. Kasper, D. Winkler

Kurzfassung: Das klinische Bild einer Depression weist bei Männern und Frauen spezifische Unterschiede auf. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass vor allem depressive Männer an Symptomen wie Ärgerattacken, Aggressionen und verminderter Impulskontrolle leiden. In Anbetracht der Tatsache, dass Männer seltener ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen und die Zahl der vollzogenen Suizide bei Männern mindestens doppelt so hoch ist wie bei Frauen, ist es notwendig, vermehrt auf geschlechtsspezifische

Aspekte depressiver Erkrankungen zu achten.

Schlüsselwörter: Depression beim Mann, Ärgerattacken, Geschlechtsunterschiede

Abstract: Anger Attacks in Male Depression. There are specific differences in the clinical presentation of depressive episodes between male and female patients. Several studies have shown that depressed men preferentially suffer from anger attacks, symptoms of ag-

gression and increased impulsivity. Taking into account that men have lower help-seeking behaviour regarding psychiatric treatment and that the rate of successful suicides is at least twice as high as in women, it is necessary to pay increased attention to gender-specific aspects of depressive episodes. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (3): 22–5.**

Key words: male depression, anger attacks, gender differences

■ Einleitung

Depressionen sind komplexe psychiatrische Erkrankungen, welche für die Betroffenen häufig mit sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen einhergehen. Laut epidemiologischen Studien haben Frauen im Vergleich zu Männern ein doppelt so hohes Risiko, im Laufe ihres Lebens an einer depressiven Episode zu erkranken [1]. Dieser Annahme widerspricht jedoch die Tatsache, dass die Suizidrate bei Männern deutlich höher liegt als bei Frauen, vor allem vor dem Hintergrund, dass Depressionen die häufigste Ursache für suizidale Handlungen darstellen [2]. Daraus lässt sich ein Unterdiagnostizieren von depressiven Episoden bei Männern ableiten, das durch die folgenden Faktoren bedingt sein könnte: Im Gegensatz zu Frauen ist die Bereitschaft von Männern, aufgrund von Depressionen psychiatrische Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen, deutlich geringer [3]. Depressionen gelten immer noch als „weibliche Erkrankungen“ und sind mit dem bestehenden Rollenstereotyp des Mannes nicht vereinbar. Mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung steigt jedoch auch die Zahl der psychiatrischen Konsultationen bei Männern. Eine weitere Ursache für die scheinbar geringere Depressionsprävalenz bei Männern könnte eine differente klinische Präsentation des depressiven Mannes sein, wodurch die betroffenen Patienten keine adäquate Diagnose erhalten. Entsprechend dieser Hypothese findet sich bei Männern gehäuft ein „atypisches“ Depressionssyndrom, das im Folgenden beschrieben wird [4].

■ Die „männliche Depression“

Basierend auf Ergebnissen des Suizidpräventionsprogramms, welches auf der schwedischen Insel Gotland in den 1980er-Jahren durchgeführt wurde, und weiteren Katamneseuntersuchungen wurde das Konzept der „Male Depression“ erarbeitet

Eingelangt am 30. April 2010; angenommen nach Revision am 28. Juni 2010

Aus der Klinischen Abteilung für Biologische Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Korrespondenzadresse: Dr. med. Diana Meshkat, Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20;

E-Mail: diana.meshkat@meduniwien.ac.at

Tabelle 1: Charakteristika des „Male Depressive Syndrome“

- Irritabilität und Dysphorie
- Aggressivität
- Ärgerattacken
- Feindseligkeit gegenüber anderen
- Neigung zu Vorwürfen bzw. Nachträglichkeit
- Geringe Stresstoleranz
- Gesteigertes Risikoverhalten
- Verhalten an der Grenze zur sozialen oder gesetzlichen Norm
- Substanzabusus (v. a. Alkohol)
- Allgemeine Unzufriedenheit mit sich und dem eigenen Verhalten
- Erhöhte Suizidgefahr

[5–7]. Im Rahmen dieses Programms konnte die Suizidrate depressiver Frauen um bis zu 90 % gesenkt werden, die der männlichen Patienten blieb jedoch nahezu unverändert. Der Grund dafür war, dass depressive und suizidgefährdete Männer vom Programm primär nicht erfasst wurden, da sich die depressiven Symptome bei ihnen klinisch anders manifestierten als bei Frauen. Die depressiven Kernsymptome gemäß ICD-10, also depressive Stimmungslage, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebsminderung, kommen bei Männern und Frauen gleichermaßen vor. Bei Männern können jedoch diese für Depressionen typischen Symptome durch „depressionsuntypische“ Symptome wie Aggressivität, Verärgerung, Irritabilität, Feindseligkeit oder erhöhtes Risiko- und Suchtverhalten maskiert sein [8] (Tab. 1). Im Rahmen des Suizidpräventionsprogramms von Gotland wurde die „Gotland Scale of Male Depression“ zur Erfassung „männlicher Depressionen“ entwickelt [9]. Durch konsequente diagnostische Erfassung dieser Symptome kam es schließlich auch zu einem Absinken der Suizidrate bei Männern.

■ Charakteristika von Ärgerattacken

Ärgerattacken sind Zustände vegetativer Erregung, die sich ähnlich wie bei Panikattacken durch plötzlich auftretende Symptome wie Gesichtsrötung, vermehrtes Schwitzen, beschleunigten Puls und Atmung, Tremor, Schwindel etc. äußern. Dabei empfindet der Patient häufig Angst sowie das Gefühl des Kontrollverlusts, der Ärger wird im Nachhinein von den Betroffenen häufig als unangemessen und ich-dyston

Tabelle 2: Charakteristika der Ärgerattacken

- Häufiger bei Männern
- Ärger und Wut werden als ich-dyston erlebt
- Plötzlicher Beginn
- Vegetative Symptome: Tachykardie, Schwitzen, Flush, Tremor etc.
- Gefühl des Kontrollverlusts
- Häufige Komorbidität mit Persönlichkeitsstörung oder bipolarer Erkrankung
- Hypothetischer Pathomechanismus: Serotonerge Dysfunktion

erlebt (Tab. 2). Ärgerattacken können im Rahmen diverser psychiatrischer Erkrankungen wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen oder bipolarer affektiver Störungen auftreten [10, 11]. Viele Untersuchungen weisen darauf hin, dass darüber hinaus Ärgerattacken ein häufig auftretendes Symptom bei Männern im Rahmen von Depressionen sind [12, 13]. In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass bei unipolaren Depressionen mit Ärgerattacken die serotonerge Dysregulation stärker ist als bei depressiven Episoden ohne Ärgerattacken [14]. Eine Studie, welche an 151 depressiven Patienten an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wien durchgeführt wurde, zeigte, dass Männer gegenüber Frauen im Rahmen einer depressiven Episode doppelt so häufig an Ärgerattacken litten und dass die monatliche Frequenz von Ärgerattacken bei Männern 3x höher war als bei Frauen [15] (Abb. 1, 2).

Um Ärger- von Panikattacken diagnostisch abgrenzen zu können, sollten mehrere Faktoren beachtet werden. Einer Ärgerattacke gehen oft Symptome von Irritabilität voraus, d. h. die Betroffenen sind schon im Vorfeld unter anderem schneller reizbar, neigen zu Impulsdurchbrüchen und vermehrt zu Aggressivität und Ärgergefühlen. Irritabilität äußert sich häufig bereits vor der depressiven Verstimmung. Die genannte Studie [15] ergab in diesem Zusammenhang, dass $\frac{3}{4}$ der 151 untersuchten depressiven Patienten an erhöhter Irritabilität litten, dass jedoch Irritabilität im Gegensatz zu Ärgerattacken bei Männern und Frauen gleich häufig ausgeprägt war. Laut der österreichischen Todesursachenstatistik betreffen $\frac{2}{3}$ der Todesfälle durch Verletzungen und Vergiftungen (Unfälle, Suizide oder Tötungsdelikte) Männer [16]. Dies lässt sich u. a. durch die höhere Risikobereitschaft von Männern und das vermehrte Ausagieren von Aggressionen auch im Rahmen von depressiven Episoden erklären. Unfälle können dabei auch die Folge von parasuizidalen Handlungen sein. Die Zahl der vollzogenen Suizide bei Männern ist doppelt so hoch wie bei Frauen, während laut epidemiologischen Studien Suizidversuche häufiger von Frauen begangen werden. Die Suizidstrategien bei Männern und Frauen sind unterschiedlich: Männer entscheiden sich oft für so genannte „harte“ Suizidmethoden wie Erhängen, Erschießen oder Erstechen, die mit einer hohen Letalität behaftet sind, während Frauen häufig den Suizid durch „weiche“ Methoden wie z. B. durch Intoxikationen oder Zufügen von Schnittverletzungen wählen [17].

■ Diagnostik

Die Diagnostik von Ärgerattacken gestaltet sich im klinischen Alltag häufig schwierig. Männer nehmen im Gegensatz zu

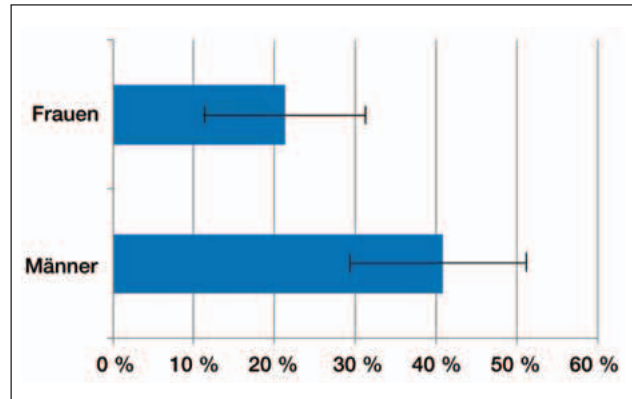


Abbildung 1: Prävalenz von Ärgerattacken (95 %-Konfidenzintervalle) in einer Gruppe von 75 weiblichen und 76 männlichen stationären Patienten mit einer depressiven Episode ($p < 0,05$). Erstellt nach Daten aus [15].

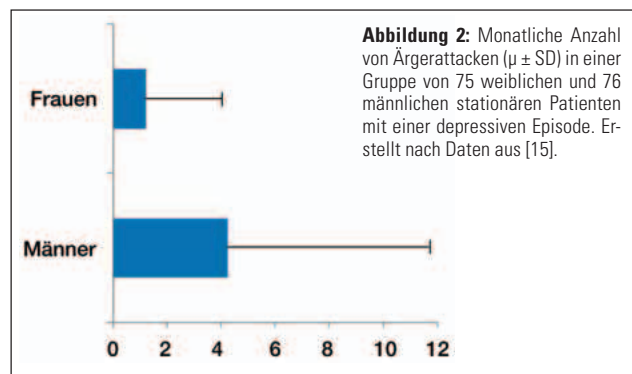


Abbildung 2: Monatliche Anzahl von Ärgerattacken ($\mu \pm SD$) in einer Gruppe von 75 weiblichen und 76 männlichen stationären Patienten mit einer depressiven Episode. Erstellt nach Daten aus [15].

Frauen viel seltener aufgrund von psychischen Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch. Es besteht häufig keine Krankheitseinsicht oder der Gang zum Psychiater wird als „Schwäche“ gesehen [3, 18]. Oft erst im weiter fortgeschrittenen Krankheitsverlauf konsultieren Männer aufgrund von im Rahmen von depressiven Erkrankungen auftretenden Komorbiditäten wie beispielsweise Alkoholabhängigkeit einen Arzt. Die bei Männern im Rahmen von Depressionen häufigen Symptome wie Irritabilität, Feindseligkeit, Aggressivität und Ärgerattacken lassen sich anhand der gängigen Diagnose-manuale nur teilweise erfassen. Weder in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [19] noch im Diagnostischen und Statistischen Manual (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) [20] sind diese Symptome als Kriterien von Depressionen bei Erwachsenen angeführt. Folglich kommt es in der klinischen Praxis zu einem Unterdiagnostizieren der „männlichen Depression“ bzw. es werden Fehldiagnosen (z. B. antisoziale Persönlichkeitsstörung) gestellt. Nachdem Ärgerattacken bei Arztbesuchen selten beobachtet werden können, erscheint es umso wichtiger, die Patienten nach den spezifischen Symptomen von Ärgerattacken genauestens zu befragen [21]. Diverse Skalen wie z. B. das „Anger Attacks Questionnaire“ [22] oder die „Atypical Depression Diagnostic Scale“ [23] können dabei als Hilfestellung bei der Erfassung von Ärgerattacken in der Praxis herangezogen werden. Des Weiteren ist auch die Befragung von Familienmitgliedern des Patienten hilfreich, da sich Aggressionen vor allem gegen die Angehörigen richten und Ärgerattacken von diesen häufig beobachtet werden können.

Tabelle 3: Therapie von Ärgerattacken

- Erste Wahl: serotonerge Antidepressiva (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [SSRI] wie Citalopram, Escitalopram und Fluoxetin oder SNRI wie Venlafaxin und Duloxetin)
- Eventuell Augmentation mit
 1. Atypischen Antipsychotika (z. B. Aripiprazol, Olanzapin oder Quetiapin)
 2. Antikonvulsiva (z. B. Carbamazepin)

■ Therapie von Depressionen mit Ärgerattacken

Geschlechtsspezifische Therapien depressiver Störungen sind unzureichend untersucht. Neuere, serotonerge Antidepressiva wie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer („Selective Serotonin Reuptake Inhibitors“ [SSRI]) oder selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer („Selective Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors“ [SNRI]) gelten als Therapie der ersten Wahl. Aufgrund der Hypothese, dass der den Ärgerattacken zugrundeliegenden Impulskontrollstörung eine serotonerge Dysfunktion zugrunde liegt, kommt in Bezug auf die medikamentöse Therapie dem serotonergen Wirkprinzip besondere Bedeutung zu. Entsprechende Hinweise finden sich in der Literatur, da in einigen Studien gezeigt werden konnte, dass depressive Patienten mit Ärgerattacken besser auf SSRI ansprechen als depressive Patienten ohne Ärgerattacken [24]. Patienten berichten, dass sich durch eine antidepressive Therapie Ärgerattacken deutlich früher, nämlich innerhalb von Tagen, bessern als andere depressive Symptome, wie depressive Stimmungslage und Antriebsminderung. Falls aggressive Symptome trotz Dosissteigerung und adäquater Dauer der Behandlung auf Antidepressivamonotherapien nicht ausreichend ansprechen, besteht die Möglichkeit der Augmentation der Therapie durch atypische Antipsychotika (z. B. Aripiprazol, Olanzapin oder Quetiapin) in niedriger Dosierung oder durch Antikonvulsiva (z. B. Lamotrigin) (Tab. 3). Des Weiteren ist es wichtig, im Vorfeld das Suizidrisiko abzuschätzen und in der Behandlung zu berücksichtigen [25]. Bei erhöhter Suizidalität empfiehlt sich die Gabe eines Antidepressivums mit einer großen therapeutischen Breite und geringen Toxizität (z. B. SSRI), welches in Kombination mit einem Benzodiazepin oder einem sedierenden Antipsychotikum verschrieben werden kann. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ist jedoch ein entsprechendes stationäres Behandlungssetting unumgänglich.

Für die Compliance des Patienten und den Behandlungserfolg ist es von enormer Wichtigkeit, die somatischen Komorbiditäten des Patienten zu berücksichtigen und den Patienten genauestens über das Nebenwirkungsprofil eines Präparats aufzuklären. Besonderes Augenmerk sollte auf die durch Antidepressiva (z. B. SSRI, SNRI oder trizyklische Antidepressiva) ausgelösten sexuellen Funktionsstörungen wie Libidoverlust, erektile Dysfunktionen, Ejakulationsstörungen und Anorgasmie gelegt werden [26], da diese Nebenwirkungen sehr belastend für Patienten sein bzw. zu Therapieabbrüchen führen können. Die Therapie mit sedierenden Antidepressiva wie z. B. Mirtazapin, Trazodon oder trizyklischen Antidepressiva (TZA) kann initial zu einer verstärkten Tagesmüdigkeit führen und die Verkehrstauglichkeit vermindern, wodurch vor allem berufstätige Männer beeinträchtigt sein

können. TZA können zu arterieller Hypotonie und Tachykardie führen, Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NARI) und SNRI können wiederum arterielle Hypertonie verursachen bzw. verstärken.

Neben einer Psychopharmakotherapie sollten Patienten des Weiteren über supportive nicht-medikamentöse Therapieoptionen wie beispielsweise psychotherapeutische Interventionen informiert werden. Diese kommen mittlerweile sowohl in der Akut- als auch in der Langzeittherapie von depressiven Störungen zum Einsatz, dabei haben sich vor allem die kognitive Verhaltenstherapie, die psychodynamische interpersonelle Psychotherapie und die interpersonelle Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen etabliert. Bei leichten bis mittelschweren Depressionen kann eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie gegenüber einer Monotherapie vorteilhaft sein [27, 28]. In Anbetracht des höheren Suizidrisikos bei Männern ist es problematisch, dass weit weniger Männer als Frauen die Bereitschaft zeigen, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, wobei ältere Männer, die die höchste Suizidrate in der Allgemeinbevölkerung aufweisen, gleichzeitig die niedrigste Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen aufweisen. Gerade für ältere Patienten existieren kaum altersspezifische psychotherapeutische Behandlungsangebote, die Zahl der Psychotherapeuten mit entsprechenden Zusatzqualifikationen ist niedrig. In diesem Kontext scheinen Patientenaufklärung und -motivation sowie eine Ausweitung der Kostenübernahme von psychotherapeutischen Leistungen durch die Sozialversicherungen besonders dringlich.

SK und DW haben Vortragshonorare, Honorare für Beratungstätigkeit sowie Studienunterstützungen von einer Reihe von pharmazeutischen Firmen im Bereich der neuropsychiatrischen Forschung erhalten. DM verneint Interessenkonflikte.

■ Relevanz für die Praxis

Vermehrtes Auftreten von Ärger, Feindseligkeit, Aggressionen und Wutausbrüchen sind bei Männern im Rahmen von unipolaren depressiven Episoden häufige Symptome. Diese Symptome finden sich für adulte Depressionen nicht in den entsprechenden diagnostischen Manualen und werden dadurch häufig in der Praxis nicht erfasst, wodurch es in weiterer Folge zu einem Unterdiagnostizieren von Depressionen bei Männern kommt. Aufgrund der deutlich höheren Suizidrate bei Männern im Vergleich zu Frauen erscheint es in diesem Zusammenhang besonders wichtig, als Kliniker auf diese Symptome aufmerksam zu werden, um eine adäquate Therapie zu ermöglichen.

Literatur:

1. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *J Affect Disord* 1994; 30: 15–26.
2. Kasper S, Schindler S, Neumeister A. Risk of suicide in depression and its implication for psychopharmacological treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 71–9.
3. Möller-Leimkühler AM. [Men and depression: gender-related help-seeking behaviour]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68: 489–95.
4. Möller-Leimkühler AM, Heller J, Paulus NC. Subjective well-being and 'male depression' in male adolescents. *J Affect Disord* 2007; 98: 65–72.
5. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Wälinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 1995; 345: 524.
6. Rutz W, von Knorring L, Wälinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 151–4.
7. Rutz W, Wälinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, Wistedt

- B. Aberg-Wistedt A. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 19–26.
8. Riley WT, Treiber FA, Woods MG. Anger and hostility in depression. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 668–74.
9. Zierau F, Bille A, Rutz W, Bech P. The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 265–71.
10. Perlis RH, Smoller JW, Fava M, Rosenbaum JF, Nierenberg AA, Sachs GS. The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004; 79: 291–5.
11. Tedlow J, Leslie V, Keefe BR, Alpert J, Nierenberg AA, Rosenbaum JF, Fava M. Axis I and Axis II disorder comorbidity in unipolar depression with anger attacks. *J Affect Disord* 1999; 52: 217–23.
12. Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in patients with depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 15): 21–4.
13. Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in depression. *Depress Anxiety* 1998; 8 (Suppl 1): 59–63.
14. Rosenbaum JF, Fava M, Pava JA, McCarthy MK, Steingard RJ, Bouffides E. Anger attacks in unipolar depression, Part 2: Neuroendocrine correlates and changes following fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1164–8.
15. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 303–7.
16. ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt). Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004. http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/4/publdetail?id=4&listid=4&detail=455 [gesehen 28.6.2010].
17. Rich CL, Ricketts JE, Fowler RC, Young D. Some differences between men and women who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 718–22.
18. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 2002; 71: 1–9.
19. Dilling H, Mambour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 Kapitel V (F) Forschungskriterien. Verlag Huber, Bern, 1994.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, 4th ed. American Psychiatric Press, Washington, 2000.
21. Winkler D, Pjrek E, Kindler J, Heiden A, Kasper S. Validation of a simplified definition of anger attacks. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 103–6.
22. Fava M, Rosenbaum JF, McCarthy M, Pava J, Steingard R, Bless E. Anger attacks in depressed outpatients and their response to fluoxetine. *Psychopharmacol Bull* 1991; 27: 275–9.
23. Stewart JW, McGrath PJ, Rabkin JG, Quitkin FM. Atypical depression. A valid clinical entity? *Psychiatr Clin North Am* 1993; 16: 479–95.
24. Fava M, Nierenberg AA, Quitkin FM, Zisook S, Pearlstein T, Stone A, Rosenbaum JF. A preliminary study on the efficacy of sertraline and imipramine on anger attacks in atypical depression and dysthymia. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 101–3.
25. Baldwin D, Bullock T, Montgomery D, Montgomery S. 5-HT reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants and suicidal behaviour. *Int Clin Psychopharmacol* 1991; 6 (Suppl 3): 49–56.
26. Baldwin DS. Sexual dysfunction associated with antidepressant drugs. *Expert Opin Drug Saf* 2004; 3: 457–70.
27. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 2009; 26: 279–88.
28. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 1–8.

Dr. med. Diana Meshkat

Geboren 1982. 2001–2006 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien, 2006 Promotion. Seit 2009 Assistenzärztin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien.



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](#)