

Journal für

# Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/  
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Depression und Suizidalität bei  
Männern in Europa: Ein Problem  
männlichen psychischen Leidens und  
männlicher Suizidalität**

Rutz W

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2010; 11 (3), 46-52

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](http://dgnc-kongress.de)

*Werfen Sie einen  
Blick ins Programm!*



*Registrieren  
Sie sich jetzt!*



# Depression und Suizidalität bei Männern in Europa: Ein Problem männlichen psychischen Leidens und männlicher Suizidalität

W. Rutz

**Kurzfassung:** Die Lebenserwartung von Männern in Europa ist 5–15 Jahre niedriger als die von Frauen. Dies mag zumindest teilweise dadurch bedingt sein, dass Männer allgemein im Vergleich zu Frauen nur halb so oft medizinische Hilfe suchen. 70–90 % aller Suizide werden in einem Zustand klinischer Depression begangen. Nach vorherrschender Lehrbuchmeinung treten Depressionen bei Männern jedoch nur halb so häufig auf wie bei Frauen. Trotzdem nehmen sich europäische Männer paradoxerweise 3–10× häufiger das Leben. Die unter anderem damit zusammenhängende, stark verkürzte Lebenserwartung der Männer in Europa ist heute eines der wichtigsten Probleme öffentlicher Gesundheit, vor allem in Ländern dramatischen sozialen Umbruchs. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass sich depressive Symptome bei Männern deutlich von denen unterscheiden, die von Frauen gezeigt und berichtet werden: Männliche Depressivität kann sich in einem aggressiven, antisozialen, „psychopathischen“ klinischen Bild und/oder in einem Suchtverhalten manifestieren, das nicht als Depression erkannt wird. Wichtige Ursachen dafür sind das atypische Depressionsbild zusammen mit männlicher Alexithymie und ein Mangel an Hilfesuche. Erfolgversprechende Methoden, Depression bei Männern anzugehen, sind einerseits die spezifische Weiterbildung von Ärzten und Krankenpflegepersonal, aber auch professioneller sozialer Helfer mit

dem Ziel, männliche Depressionen früher zu erkennen und zu behandeln, andererseits eine steigende öffentliche Kenntnissnahme und Diskussion des männlichen Depressionsbilds im Rahmen öffentlicher Gesundheitsvorsorge.

**Schlüsselwörter:** Depression, Suizid, männliche Depression, männliche Suizidalität, geschlechtsspezifische Suizidalität, Selbstmordverhütung, vorzeitige Sterblichkeit, geschlechtsspezifische Psychopathologie, gesellschaftliche Veränderungskrise, männliche Mortalitätskrise, Ausbildungsprogramme in Depression und Selbstmordverhütung, allgemeinärztliche Gesundheitsversorgung

**Abstract: Depression and Suicide in European Males: A Problem of Male Mental Suffering and Suicidality.** In Europe, men's life expectancy is between 5 and 15 years lower than that of women. This might partly be related to the fact that men in general consume medical services only half as often as women. Up to 90 % of all suicides are committed in a state of a major psychiatric disorder, most often depression. According to the present doctrine, depression in males is only half as often prevalent as in females. Paradoxically, however, men commit suicide 3–10 times more often than women in spite of being diagnosed only half as often as

women as clinically depressed. Male premature mortality reflected even in excessive male suicidality is today one of Europe's most important public health problems, especially in European countries and populations of dramatic social transition. An explanation seems to be that male depressive symptoms are different from those reported by females, mainly because of men's alexithymic difficulties to recognize and report their own depressive symptoms. In addition, male depression often is manifested by abusive, destructive, and/or antisocial behaviour. Moreover, in the case of suicidality, males more frequently use violent, decisive, and lethal methods. Training of social and healthcare workers in earlier and better detection of male depressive and often very suicidal conditions including the use of screening instruments such as the "Gotland Male Depression Scale", a person-centered approach in suicide prevention as well as increasing public awareness for male depression are promising tools in the prevention of male suicide as an important public health problem. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (3): 46–52.**

**Key words:** depression, suicide, male depression, male suicide, gender-specific suicidality, suicide prevention, premature mortality, gender-specific psychopathology, societal transition, male mortality, educational programs on depression and suicide, primary health care

## ■ Depressions- und stressgebundene Erkrankungen und Mortalität in Europa: Ein Problem männlichen psychischen Leidens und von Suizidalität

Die Lebenserwartung von Männern in europäischen Regionen liegt nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation zwischen 5 und 15 Jahre unter der von Frauen. Die sich öffnende Kluft zwischen weiblicher und männlicher Lebenserwartung erscheint dabei als ein zuverlässiger Indikator für eine gesteigerte Stressbelastung in einer Gesellschaft [1, 2]. In der Europäischen Kommission wird psychisches Leiden als „Europe's unseen killer“ („Europas heimlicher Mörder“) angesehen und dabei festgestellt, dass die „Gesellschaften, die wir geschaffen haben, psychisches Leiden generieren“ [3]. Dabei sind risikoreiches Verhalten, Depressionen, depressionsbezogenes psychisches Leiden und stressbedingte vor-

zeitige Sterblichkeit in Europa vorwiegend ein männliches Problem [2, 4].

In einigen ost- und zentraleuropäischen Ländern, die in den 1990er-Jahren dramatische und eingreifende soziale Veränderungen durchlitten, sank innerhalb einer Dekade die männliche Lebenserwartung um > 10 Jahre, wobei die Zahlen weiblicher Morbidität und Mortalität relativ unverändert blieben. Hierbei waren erhöhte Suizidziffern einer der wichtigsten beitragenden Faktoren für das Absinken männlicher Lebenserwartung [5–7]. Diese und andere Erfahrungen internationaler Organisationen in Zeiten gesellschaftlicher Konflikte zeigen, dass sich Männer im Verlauf stressvoller Veränderungen oft als verletzlicher erweisen als Frauen. Frauen scheinen in Zeiten gesellschaftlicher und individueller Veränderung widerstandsfähiger zu sein. Männliche Suizidalität reflektiert dagegen offensichtlich gesellschaftlichen Stress, häufig auch bezogen auf veränderte traditionelle Geschlechterrollen samt Statusverlusten in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz und als Familienversorger [1, 8]. Dies korreliert deutlich mit einer im Vergleich zu Frauen um das 5–9-Fache gesteigerten Mortalität aufgrund von Gewalt, risikoreichem Verhalten, Unfällen, aber auch kardio- und zerebralkulären Erkrankungen in den Ländern Europas.

Eingelangt am 2. Juni 2010; angenommen nach Revision am 25. Juni 2010

Aus der Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, University of Applied Sciences, Hochschule Coburg, Deutschland

**Korrespondenzadresse:** Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Rutz, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, University of Applied Sciences, Hochschule Coburg, D-96450 Coburg, Friedrich-Streib-Straße 2; E-Mail: wolfgang@rutz.de

## ■ Bestimmungsfaktoren psychischer Gesundheit

Heute besteht wissenschaftlicher und gesellschaftspolitischer Konsensus darüber, dass vor allem folgende Voraussetzung für psychische, aber auch physische Gesundheit und Wohlbefinden entscheidend sind:

- Autonomie und Selbstbestimmtheit – also die Abwesenheit von Hilflosigkeit und Fremdbestimmung
- Soziale Verbundenheit und Signifikanz – also die Abwesenheit von Entfremdung, Marginalisierung und sozialer Deprivation
- Existenzielles Eingebundensein und Sinnhaftigkeit – also die Abwesenheit von Sinnlosigkeit und existenzieller Leere
- Würde, Status und Integrität – also die Abwesenheit von Gesichtsverlust, Demütigung und Respektlosigkeit [9–12]

Dass männliche und weibliche Individuen verschieden auf Stressbelastungen reagieren, ist auch aus Tierversuchen bekannt [13]. Der Verlust sozialer Signifikanz scheint hierbei der wichtigste Risikofaktor bei Frauen zu sein, wobei Männer stärker verletzbar sind gegenüber Risikofaktoren wie Verlust des sozialen, familiären und gesellschaftlichen Status und der damit verknüpften Würde [8]. Männliche Individuen sind empfindlicher gegenüber hierarchischer Degradierung, wobei Frauen stärker auf den Verlust sozialer Wichtigkeit und familiärer Verknüpfung reagieren. In einer 2000 durchgeführten dänischen Untersuchung von > 800 Suizidopfern fand man [1], dass Arbeitslosigkeit, Pensionierung, Alleinleben und Krankschreibung die wichtigsten Risikofaktoren für Männer waren, wohingegen bei Frauen die Betreuung von Kindern einen entscheidenden Schutzfaktor darstellte.

Klinische Erfahrungen, aber auch konkrete Erfahrungen aus der internationalen Arbeit der WHO zeigen, dass sowohl bei gesellschaftlichem als auch individuellem Veränderungsstress Männer am stärksten auf Arbeitslosigkeit, den Verlust der Kapazität, die Familie zu versorgen, und sozialen Würdeverlust reagieren, wobei Frauen auch in Krisenzeiten oft ihre schützende Fähigkeit behalten, soziale Netzwerke zu bewahren, Familienverantwortung zu übernehmen, existenzielle Sinnhaftigkeit zu erleben und alltägliche Kontrollmechanismen aufrecht zu erhalten.

## ■ Paradoxe öffentlicher Gesundheit

Heute können in Europa vor allem 2 Paradoxe öffentlicher Gesundheit gesehen werden: Das erste ist, dass Männer im Allgemeinen medizinische und gesundheitliche Vorsorge und Hilfe nur halb so oft in Anspruch nehmen, jedoch 5 (EU) bis 15 (Russische Föderation) Jahre früher sterben als Frauen [2]. Diese vorzeitige Sterblichkeit scheint hierbei im Zusammenhang zu stehen mit der geschlechtsbezogenen Unterschiedlichkeit bei Depression und suizidalem Verhalten.

Es ist evident, dass 70–90 % aller Suizide in einem Zustand klinischer Depression und einer daraus folgenden depressiven, „schwarzsehenden“, gefühlsmäßigen und auch kognitiven Realitätswahrnehmung resultieren [14]. Obwohl bei Männern eine Depression weniger als halb so oft wie bei Frauen

diagnostiziert wird, nehmen sie sich paradoxerweise 3–10× häufiger das Leben [7, 15–19].

Suizidversuche werden dagegen öfter von Frauen als von Männern durchgeführt. Eine Teilerklärung dafür ist der häufigere Gebrauch von gewaltsamen und letalen Methoden bei von Männern durchgeführten suizidalen Akten. Nachdem wir wissen, dass sich gerade depressive Suizidalität durch drastische Methoden auszeichnet, bietet sich als Erklärung dafür die Nicht-Entdeckung und -Behandlung männlicher Depressivität an. Weibliche Suizidversuche haben dagegen öfter einen weniger drastischen und repetitiven „Cry-for-help“-Charakter und können daher manchmal sogar als suizidpräventiv angesehen werden [11, 20].

Heute besteht epidemiologische und klinische Evidenz dafür, dass die Prävalenz von diagnostizierter Depression mit der Frequenz von durchgeführten Suiziden umgekehrt korreliert [21, 22]. Dies scheint im Widerspruch zu unserer heutigen Kenntnis über das Vorhandensein spezifischer und kausaler Verknüpfungen zwischen Depression und Suizid zu stehen, die eine Steigerung von Suiziden bei einer Steigerung von Depressionserkrankungen annehmen würde. Dieses „Prima-vista-Paradox“ [23] lässt sich dadurch erklären, dass nur eine adäquat erkannte Depression zu einer adäquaten Behandlung führt, die dann depressiogene Suizide verhindern kann. Ungarische Forschung und klinische Erfahrung zeigen entsprechend, dass in Gebieten mit unzureichender Depressionserfassung aufgrund von quantitativen oder qualitativen Mängeln in der psychiatrischen und/oder allgemeinärztlichen Gesundheitsversorgung eine statistisch niedrige Prävalenz diagnostizierter Depression mit hoher Suizidalität korreliert – eine Erfahrung, die bei der Interpretation der niedrigen Depressionsprävalenz bei Männern und ihrer hohen Selbstmordraten berücksichtigt werden muss, und die Hand in Hand geht mit den Resultaten der schwedischen Gotland-Studie [22, 24–27].

## ■ Symptome männlicher Depression und Suizidalität: Bedarf an geschlechtsspezifischer Diagnostik?

Männliche Depression wird oft übersehen oder nicht erkannt und selten behandelt. Die Gründe sind oftmals eine klinische Verschleierung durch Missbrauch bzw. Suchtverhalten, Drogenkonsum, mangelhafte Impulskontrolle und impulsive Aggressivität, auch in Familien, was oft zur unvollständigen und fehlerhaften Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung, Psychopathie oder Suchterkrankung führen kann [22, 28]. Offensichtlich unterscheiden sich männliche depressive Symptome von den Depressionssymptomen, die allgemein von Frauen beschrieben werden. Da die diagnostischen Kriterien einer depressiven Erkrankung, wie sie in verschiedensten Depressionsskalen enthalten sind, wiederum meist auf selbst beschriebenen Variablen basieren und Männer selten Depressionssymptome benennen, sind die gängigen diagnostischen Instrumente oft unzureichend, um „typische atypische“ männliche Depressivität zu erkennen und einer Behandlung zuzuführen [23].

Darüber hinaus zeigen 2 groß angelegte, gemeindenähe epidemiologische Studien deutlich, dass unbehandelte depressive

Männer ihre depressive Stimmung und andere Depressions-symptome wesentlich seltener als Frauen beschreiben. In einer Studie fand man darüber hinaus [29], dass Männer ihren klinischen Depressionszustand anders als Frauen bewältigen – durch Sportaktivitäten, Alkoholkonsum oder Tabakkonsumation – wohingegen Frauen mehr emotionale Entspannung suchen, lesen oder sich religiös aktivieren. Der große Prozentsatz von Alkoholkonsum und anderem Suchtverhalten bei Männern in Bezug auf Hilflosigkeit und Depression ist ein weiteres Indiz für die Selbstmedikation bei Abwesenheit von spezifischen Behandlungs- und Hilfeangeboten, wobei wiederum der Alkoholkonsum den auslösenden depressiven Zustand verstärken kann [30, 31].

### ■ Geringere Depressionsprävalenz bei Männern: Ein Artefakt?

In der amerikanischen „Amish-Population“, die konservativ an traditionellen Glaubens- und Verhaltensweisen festhält, sind Suchtverhalten, Alkoholkonsum und Gewalttätigkeit strikt stigmatisiert und verpönt [32]. Ähnlich sind in amerikanischen und israelischen jüdisch-orthodoxen Bevölkerungsgruppen Alkohol und physische Gewalt tabu [33]. Interessanterweise ist in diesen Gesellschaften die Depressionsprävalenz bei Männern gleich hoch wie bei Frauen und die Suizidziffern sind bei beiden Geschlechtern gleich niedrig.

Andererseits ist in den europäischen Ländern, in denen Alkohol- und Suchtverhalten häufig vorkommt und relativ wenig stigmatisiert ist, die Prävalenz von Depression bei Frauen 2–3× höher als die von Männern. In diesen Gruppen ist andererseits die Frequenz männlicher Suizide 3× höher als die von Frauen [7, 18, 19, 29]. Alkoholsucht, die Depression überdecken könnte, ist bis zu 10× höher in einer russischen männlichen Bevölkerung als bei russischen Frauen. Andererseits ist die Suizidquote Männer : Frauen dort 1:6 [5] bis 1:9 [7] und Depressionen bei Männern in diesem Land kaum diagnostiziert. Dies wiederum exemplifiziert, dass die unzureichende Diagnostik von Depressionen bei Männern in hohen Suizidraten resultiert.

### ■ Folgende Fragen scheinen berechtigt!

Sind depressive Männer in Europa heute, wie in Ungarn gezeigt, unterdiagnostiziert und -behandelt, daher in unnötig großem Umfang suizidal und betroffen von anderen Konsequenzen einer depressionsbezogenen, risikoreichen und selbstdestruktiven Lebensweise? Kann die scheinbar gesteigerte Häufigkeit von Depressionen bei Frauen durch eine unzureichende Diagnostik und Therapie männlicher Depression erklärt werden und ist sie als solche ein Artefakt? Könnte eine Problemlösung hier durch eine Verbesserung der Diagnose, Behandlung und Compliance depressiver Männer erreicht werden?

### ■ Probleme bei der Erkennung männlicher Depression und Suizidalität

Allgemein ist bereits die Diagnose klassischer und typisch depressiver Zustände unzureichend. Sie lag 1991 bei ca. 15 % [34, 35]. Auch wenn gewisse Verbesserungen gezeigt werden

konnten [36], so ist die typische, andersartige männliche Depressionssymptomatik immer noch weitgehend unerkannt und unbehandelt, was zu Problemen sowohl für die betroffenen Männer als auch für ihr soziales Umfeld in Familie, Gesellschaft und Arbeitsplatz führt. Dazu kommt die Unfähigkeit für adäquates Hilfesuchverhalten und die männliche Tendenz, gefühlte Schwäche und Hilflosigkeit durch „Acting-out“, selbstmedizierenden Alkoholismus oder Suchtäquivalente wie Spielen, Kampfverhalten, exzessiven Sport, „Workaholismus“ oder Hypersexualität zu kompensieren. Männer kultivieren in großem Umfang die Illusion, ihre Depression selbst bewältigen oder behandeln zu können und sozialen wie auch medizinischen Support nicht zu benötigen. Dazu kommt eine oft generell negative Haltung gegenüber gesellschaftlichen, sozialen, unterstützenden und gesundheitsfördernden Angeboten [37, 38].

### ■ Akzeptanz von Hilfsangeboten: Der Fall Litauen

Litauen wies Mitte und Ende der 1990er-Jahre und bis vor Kurzem Suizidraten auf, die – gefolgt von anderen baltischen Staaten, Weißrussland und Russland – an der Weltspitze lagen. Ursachen waren ein maximaler gesellschaftlicher Veränderungsstress, begleitet von dramatischen Belastungen in den bereits beschriebenen Bestimmungsfaktoren psychischer und physischer Gesundheit. Besonders in Litauen, das sich in den 1990er-Jahren in einer starken gesellschaftlichen Umwälzung und quasi in einer Art soziologischer Laborsituation befand, war die hohe Selbstmordrate begleitet von hohem männlichem Alkoholkonsum, einem geringen Grad von Hilfesuchverhalten und einer niedrigen Prävalenz diagnostizierter und statistisch registrierter Depression bei Männern. Suizide wurden in bis zu 90 % von Männern durchgeführt, vor allem in ländlichen Gebieten. In einem Versuch der Regierung, diesen Zustand verantwortungsvoll zu verbessern, wurden im Land gemeindenahere Krisenzentren etabliert, die professionell und relativ gut bemannt Rat, Unterstützung und Behandlung anbieten und teilweise rund um die Uhr in Anspruch genommen wurden. Diese Dienstleistungen wurden jedoch in einer überwältigenden Mehrzahl von Fällen (80 %) von Frauen genutzt, wobei die Suizidalität der Männer und damit verknüpfte Probleme im Wesentlichen unverändert blieben.

Hier zeigt sich eines der Hauptprobleme männlicher Depression und der Selbstmordverhütung: Für Männer akzeptable Hilfsarenen und Plattformen werden nicht in erwünschter Weise errichtet oder benutzt. Wie auch die später beschriebene Gotland-Studie zeigt, reicht es nicht aus, männliche Depressionen innerhalb gängiger sozialer oder medizinischer Versorgungssysteme anzugehen – sie müssen aufgesucht und in einer für Männer akzeptablen Weise angeboten werden, die oft wenig mit konventionellen psychotherapeutischen und klinischen Hilfsangeboten zu tun hat. Hierbei dürfte es wichtig sein, auch traditionelle Selbstverständnisse von Maskulinität, wie immerwährende Stärke und Selbstbestimmtheit, zu akzeptieren, wie sie häufig in betroffenen Bevölkerungen ländlicher oder küstennaher Gebiete – und nicht nur da – angetroffen werden. Gewerkschaften, Bauernverbände, Fischereiorganisationen, Betriebe oder Sportvereine könnten hier neue Möglichkeiten eröffnen. Am wichtigsten scheint jedoch das

aufgeklärte Engagement von Verwandten, Freunden und vor allen Dingen der nahen Familie zu sein, zugängliche Hilfe anzubieten, zu vermitteln oder anzufordern.

## ■ Suizidalität, Aggressivität und Gewalttätigkeit

Männliche Suizidalität deutet auf einen komplexen Zusammenhang zwischen Depression, Selbstmord, autoaggressiver Selbstvernachlässigung und heteroaggressiver Gewalttätigkeit. So haben sich z. B. die Fälle von Totschlag und Mord in Russland in den 1990er-Jahren verneunfacht, parallel zu einer ähnlich dramatischen Steigerung von Todesfällen verursacht durch Alkoholvergiftung, Unfälle sowie kardio- und zerebralkardiale Erkrankungen [39]. Dagegen ist in den noch stärker stressexponierten Ländern des Balkans, besonders in dessen islamischen Kulturen, Suizidalität relativ selten – auch in Zeiten sozialer Belastung, interner politischer Konflikte und gesellschaftlichen posttraumatischen Stresses, z. B. nach der bürgerkriegsähnlichen Situation beim Zusammenbruch Jugoslawiens. Dort erhöhte sich stattdessen die Mortalität aufgrund von kardiovaskulären Krankheiten und Unfällen dramatisch, oft parallel mit einer Steigerung verschiedener Typen von Gewalttätigkeiten und Aggression.

In lateinamerikanischen Ländern ist Depression bei Männern selten diagnostiziert und kaum bekannt, während die Prävalenz weiblicher Depression bis zu 10× höher ist. Andererseits besteht in diesen Ländern ein stark erhöhtes Vorkommen von Homizid, Gewalt und Alkoholismus – jedoch nicht Suizidalität – bis zu 10× häufiger bei Männern als im weiblichen Bevölkerungsteil [40]. Zusammenhänge zwischen Depression, Suizid, Missbrauch, Sucht und Gewalt werden klar herausgearbeitet, sowohl im Weltgesundheitsreport 2001 [41] über psychische Gesundheit als auch im Weltgesundheitsreport 2003 [42] über Gewalt. Beide Berichte zeigen auf, dass eine Steigerung männlicher Suizidalität oder ein gesteigertes Vorkommen von Aggressivität, Familiengewalt, krimineller Gewalt und risikoreicher Nachlässigkeit oder Selbstdestruktivität mit dem Vorkommen männlicher Depressivität verknüpft ist und durch Verbesserung entsprechender Diagnostik, Behandlung und Langzeitverfolgung positiv beeinflusst werden könnte.

## ■ Was tun? Erfahrungen der Gotland-Studie

Auf der schwedischen Insel Gotland erfolgte von 1983–1986 ein Interventionsprogramm zur Prävention, Diagnostik, Behandlung und Vermeidung der Langzeitfolgen von Depression und Suizidversuchen, das so gut wie alle Allgemeinärzte der Insel umfasste [22, 43]. Die Ausgangssituation war eine dramatische Steigerung der Suizidalität auf der Insel aufgrund von tiefgreifenden sozialen Umschichtungen, die zu den höchsten Suizidziffern in Schweden führten. In dieser Situation initiierten die Allgemeinärzte der Insel zusammen mit der lokalen Psychiatrie ein Ausbildungsprogramm zur Diagnose und Behandlung von Depressionen, Depressionsäquivalenten und Selbstmordverhütung. Das Resultat dieser Intervention war eine dramatische Senkung der Anzahl von vollendeten Suiziden und drastischen Suizidversuchen, zusammen mit einer Verminderung üblicher depressionsbezogener Erkran-

kungen, Krankschreibungen und der allgemeinen Inanspruchnahme der verschiedenen Systeme der Krankenversorgung. Diese positive Veränderung betraf jedoch nur den weiblichen Teil der Bevölkerung, bei dem sich die Suizidalität auf ein Minimum reduzierte. Die Anzahl männlicher Suizide blieb unverändert.

Eine im Folgenden durchgeführte psychologische Autopsie aller männlichen Suizide der 1980er-Jahre zeigte, dass diese Männer vor ihrem Suizid kaum mit dem Gesundheitssystem in Berührung gekommen waren. Dagegen existierten häufige und meistens gegenseitig frustrierende und irritierende Kontakte mit der Polizei, den Steuerbehörden, dem sozialen Dienst und der Alkoholfürsorge der Insel.

Bei näherer Analyse aller männlichen Suizide der 1980er- und beginnenden 1990er-Jahre zeigten Nachfragen sowohl bei diesen Instanzen als auch den Hinterbliebenen ein typisches Verhaltensmuster von Hilflosigkeit, Aggressivität und Unvermögen, um Hilfe zu bitten und Schwäche zu signalisieren. Klinisch bestand das Symptombild einer plötzlichen Persönlichkeitsveränderung in fast „psychopathische“ Richtung mit allgemeiner Unruhe, Rastlosigkeit, Aggressivität, Selbstbemitleidung, Unzufriedenheit, Irritation, Beschlussunfähigkeit, mangelhafter Impulskontrolle, generellem Pessimismus und in der Mehrzahl aller Fälle ein selbstbehandelndes Suchtverhalten. In den seltenen Fällen, in denen ein therapeutischer Kontakt zustande gekommen war, war dieser gekennzeichnet durch Negativismus, Unzufriedenheit und „Non-compliance“ [22, 44, 45].

Diese Symptome wurden in der „Gotland Male Depression Scale“ (GMDS) zusammengefasst als einem klinischen Screening-Instrument, um die „typisch atypische“ männliche Depression rechtzeitig zu erkennen [22, 44, 45]. Nach einer ersten wissenschaftlichen Auswertung der Originalstudie 1994, die den drastischen Rückgang weiblicher Suizidalität zeigte, wurde ein neuerliches Ausbildungsprogramm mit regelmäßigen Kursen in den 1990er-Jahren angeboten. Diesem Programm, gerichtet wiederum an die Allgemeinärzte der Insel, aber dieses Mal auch an das Personal der sozialen Dienste und des Suchtprogramms, wurden nun auch Module hinzugefügt über die atypische Symptomatologie männlicher Depression und Möglichkeiten, diese zu erkennen und zu behandeln. Das Ausbildungsprogramm war gleichzeitig verknüpft mit medialen Aktivitäten via Fernsehen und lokaler Presse und führte zu einem erheblichen öffentlichen Response, wobei vor allem Frauen Kontakt aufnahmen und zusehen, dass ihre Männer, die dem Bild männlicher Depressivität und Suizidalität entsprachen, einer sozialen, ärztlichen und bei Bedarf psychiatrischen Versorgung zugeführt wurden. Ein Resultat war, dass zum ersten Mal in den 1990er-Jahren auf Gotland dann auch die männliche Suizidalität signifikant vermindert werden konnte [22].

## ■ Verbesserung der Diagnose, Früherkennung und Behandlung männlicher Depression und Suizidalität

Wie bereits erwähnt, zeigen und berichten Männer seltener Depressionsgefühle oder klassische depressive Symptome als

Frauen. Spezifische diagnostische Instrumente für das „Screening“ und zur Früherkennung scheinen deswegen vonnöten, in allgemeiner ärztlicher Praxis, aber auch in Sozialfürsorge, bei Steuerbehörden und anderen gesellschaftlichen Hilfs- und Kontrollorganen. Die „Gotland Male Depression Scale“ ist ein für diesen Zweck gut anwendbares und relativ einfaches Instrument sowohl zur Selbsterkennung als auch für die objektive Beurteilung. Mit ihr können typische Symptome männlicher Depressivität und Suizidalität gefunden werden, die vor allen Dingen in verminderter Stresstoleranz, gesteigerter Aggressivität und Kontrollverlust, depressiver Leere und Burn-out bestehen. Weitere typische Zeichen sind unerklärliche Müdigkeit, gesteigerte Irritabilität, Rastlosigkeit und Frustrationstendenz, Entscheidungsunfähigkeit bei früherer Beschlussfreudigkeit, Schlafprobleme, Überkonsum von Alkohol, anderen Drogen oder Drogenäquivalenten, plötzliche Persönlichkeitsveränderung in Richtung einer „Pseudopsychopathie“ bei früher sozial kompetenten Männern, Arbeitskollegen, Partnern und Familienvätern, allgemeiner Negativismus und Hoffnungslosigkeit, regressives Selbstmitleid samt Heredität für Drogen oder Alkoholsucht, Suizidalität oder Risikosuche. In einer Zeit, in der Prävention und Psycho-samt Pharmakotherapie von Männern oft durch eine Vernachlässigung von Geschlechtsspezifität oder einen „Gender-Bias“ gekennzeichnet sind, hat sich diese Skala als fruchtbar erwiesen. Sie ist heute wissenschaftlich ausreichend validiert, in verschiedene Sprachen übersetzt und trifft auf steigendes Interesse [30, 46, 47]. Als Ergänzung der „Gotland Male Depression Scale“ hat sich die „WHO-5 Well-Being Scale“ als sehr hilfreich erwiesen. Diese fragt nicht nach depressiven Symptomen, sondern nach mehr oder weniger ausgeprägtem Wohlbefinden – eine Frage, die auch alexithyme Männer ohne Einsicht oder Einfühlung in die eigene Depression relativ leicht beantworten können. Diese Skala ist erfolgreich benutzt worden in verschiedenen größeren Untersuchungen und scheint ein nützliches erstes Screening-Instrument in der Diagnose männlicher Depressionen zu sein, auch in nicht-medizinischen Bereichen [30, 48].

### ■ Entdeckung und Vorbeugung männlicher Depression im öffentlichen Bereich

Wie bereits erwähnt, ist die Verbesserung von Angeboten der öffentlichen Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung oft nicht ausreichend, wenn es um männliche Depressivität und Suizidalität geht. Depressive, aggressive, manchmal gewaltsame und zu Suchtverhalten tendierende Männer sind oft der Auslöser für immense Probleme, sowohl für sich selbst als auch für die nächste Umgebung. Diese Männer sollten aktiv aufgesucht werden, um ihre Suizidalität, aber auch ihre sowohl introverte als auch extroverte Aggressivität zu verringern und ihrer Depressivität, Selbstdestruktivität und Risikofreudigkeit mit allen Konsequenzen vorzubeugen. Hier haben Kontakte mit Berufsgenossenschaften, Organisationen von Landwirten und Fischern, Steuerbehörden, Sportvereinigungen und sowohl kirchlichen als auch säkularen Interessensgemeinschaften gute Resultate gezeigt. Wichtig ist hierbei davon auszugehen, dass Männer selten Hilfe suchen, sich ihrer Depression und Suizidalität wenig bewusst sind und auf spezifische Weise angesprochen und motiviert werden müssen. Manchmal führt es hier zu gutem Erfolg, den Begriff der

Depression und Suizidalität biologisch zu instrumentalisieren oder aber in fokussierten Einzelgesprächen oder Fokusgruppen von primären Symptomen wie beispielsweise Schlaflosigkeit auszugehen. Wichtig scheint auch – gerade bei der überwiegend weiblichen Personalbesetzung in psychiatrischen Organisationen – Einsicht, Verständnis und Interesse dafür zu wecken, dass sich männliche Hilflosigkeit, Depression und Suizidalität auch in weniger „stubenreinen“ Äußerungen zeigen kann, gekennzeichnet von verbaler und manchmal auch physischer Aggressivität und allgemeiner negativistischer Dysphorie. Ein guter Ansatz kann darin bestehen, individuelle Therapeuten und therapeutische Teams zu identifizieren, die besonders motiviert sind, dieser wichtigen Gruppe zu helfen.

### ■ Spezifische Hilfsangebote und deren Gestaltung

Oft besteht ein Bedürfnis, unrealistische Bilder konventioneller und traditioneller Maskulinität, die in unserer Gesellschaft existieren, infrage zu stellen: z. B. immer stark sein zu müssen, nicht klagen, weinen oder um Hilfe bitten zu dürfen. Möglicherweise könnten psychotherapeutische und besonders kognitive psychotherapeutische Programme hier von Nutzen sein – angesichts der Tatsache, dass Männer oft wenig geneigt sind, in psychodynamischen oder psychoanalytischen Referenzrahmen ihre Vergangenheit aufzuarbeiten. Hier wiederum ist wichtig, persönlichkeitsmäßig passende und positiv interessierte Therapeuten beiderlei Geschlechts zu engagieren, die sowohl den Willen als auch die Fähigkeit zeigen, die von Männern oft vorgetragene Motivationslosigkeit, Non-Compliance und Respektlosigkeit gegenüber therapeutischen Vorgehensweisen als eine positive Herausforderung anzugehen. Ein weiteres Problem ist, dass ambulante Angebote psychiatrischer und sozialer Versorgung oft auf die Bedürfnisse weiblicher Patienten zugeschnitten sind, da die meisten Klienten, die sowohl psychiatrisch also auch sozial versorgt werden, Frauen sind. Hinzu kommt, dass auch die Mehrzahl aller Therapeuten und professioneller Helfer in der freiwilligen psychischen Gesundheitsfürsorge weiblichen Geschlechts ist, nicht selten unvorbereitet oder unwillig, sich mit den weniger erfreulichen Kennzeichen männlicher depressiver Pathologie zu befassen. So wird beispielsweise in Skandinavien als Voraussetzung für die psychiatrische Behandlung das Vorhandensein von typischen Charakteristika weiblichen Hilfsuchverhaltens vorausgesetzt, wie Motivation, Compliance, Einsicht und Veränderungswillen – Voraussetzungen, die der typische männliche depressive und suizidale Patient nur selten und schwer erfüllen kann.

Ein Resultat dieser geschlechtsbezogenen Dysbalance ist eine artifizielle Situation, existierend in vielen Ländern, in der psychiatrische, forensische oder kriminalpsychiatrische Zwangsbehandlung überwiegend von Männern in Anspruch genommen wird, dagegen jedoch 80 % aller mehr supportiven, psychiatrischen und sozialen Stützangebote von Frauen genutzt werden. Eine andere Folgeerscheinung ist die seltene Behandlung von männlicher Depression – als Konsequenz der geringeren Hilfsuche von Männern, aber auch als Folge der nicht ausreichenden Diagnose männlicher Depressivität [29, 48].

Dies wiederum unterstreicht die Wichtigkeit, nicht nur die Zugänglichkeit, sondern auch die Akzeptabilität von Hilfsangeboten zu prüfen. So wissen wir, dass Suizidanten vor ihrem Suizid wesentlich öfter mit Allgemeinärzten Kontakt gehabt haben als mit Psychiatern, unter ihnen wiederum sehr viel mehr Frauen als Männer, was sicherlich als Angst vor Stigmatisierung und als fehlendes männliches Hilfesuchen gedeutet werden muss. Trotz allem muss gesagt werden, dass männliche Depression behandelt und männlichen Suiziden vorgebeugt werden kann. Sowohl antidepressive, pharmakologische als auch psychotherapeutische Behandlungsangebote, die geschlechtersensibel zugeschnitten mit empathischer Professionalität angeboten werden, können hier die Compliance und das Vertrauen schaffen, das für gute therapeutische Resultate notwendig ist.

### ■ Genderspezifische wissenschaftliche Herausforderungen

Weitere Forschung, sowohl was die Ursachen als auch die Strategien zur Vorbeugung und Behandlung männlicher Depression und Suizidalität angeht, muss in größerem Umfang als bisher genderspezifisch durchgeführt werden und dann auch zu personenzentrierten genderspezifischen Programmen führen. Alter, Ethnizität, demographische Faktoren, Sexualität und kulturelle Phänomene mit Hinblick auf männliche Identität, soziales Selbstbild und familiäre Rolle müssen hier berücksichtigt werden. Suizidforschung sollte berücksichtigen, dass genderspezifisches suizidales Verhalten unterschiedlich typologisiert werden kann. Zum einen findet man aggressive entschlossene Suizidversuche, die meist zum suizidalen Tod führen und – wenn sie missglücken – dann doch als missglückte Suizide klassifiziert werden müssen. Diese Art von suizidalen Handlungen wird vorwiegend von Männern begangen. Andere suizidale Verhaltensweisen sind repetitiv, multipel und weniger entschlossen und haben oft appellativen Charakter. Sie werden vorwiegend von Frauen begangen [15–17]. Diese Suizidversuche haben oft den Charakter eines Hilferufs und können letztlich als suizidpräventiv angesehen werden [14]. Es ist deswegen wissenschaftlich fragwürdig, diese demographisch und konsequenzmäßig unterschiedlichen Typen suizidalen Verhaltens als „selbstschädigend“ in einer einzigen Kategorie zusammenzufassen, was aus statistischen Gründen immer wieder geschieht und sichere wissenschaftliche oder klinisch relevante Schlussfolgerungen aufgrund der Heterogenität des Materials trotz gesteigerter statistischer „Power“ dennoch erschwert.

### ■ Schlussfolgerung und Ausblick

Eine hohe Suizidrate bei Männern scheint ein sicherer Indikator für Defizite männlicher psychischer Gesundheit und männlichen Wohlbefindens zu sein. In Anbetracht der besonders starken Verknüpfung von Depression und Suizidalität bei Männern entsteht hier die große Herausforderung, Voraussetzungen und Bestimmungsfaktoren männlichen Wohlbefindens und männlicher Gesundheit sowohl individuell als auch auf gesellschaftlicher Ebene zu verbessern. Dies sollte bedeuten, Mängel an männlicher Autonomie auszugleichen, der Hilflosigkeit immer größerer Männergruppen entgegenzuarbeiten und eine wechselseitige Toleranz und Kommuni-

kation zwischen den Geschlechtern zu verbessern. Dies sollte auch bedeuten, männliches Erleben von Gefühlen von sozialer Identität, Signifikanz und existenzieller Sinnhaftigkeit zu berücksichtigen und in nicht-orthodoxer, unideologischer Weise Verständnis zu schaffen für traditionelle männliche Bedürfnisse nach Integrität, Stolz, Status und Würde – auch in heutigen und modernen Gesellschaften des Umbruchs der Geschlechterrollen.

Anstrengungen dieser Art müssen selbstverständlich eingebunden werden in die Anforderungen einer modernen Gesellschaft, männliche traditionelle Wertungen, Machtstrukturen, Blindheiten und unrealistische Ich-Ideale zu überdenken und zu verändern. Ein sich ausbreitender professioneller Fokus auf eine „personenzentrierte Psychiatrie“ schafft hier entscheidende Möglichkeiten, individualisiert, narrativ und geschlechtsspezifisch Prävention, Diagnostik und Behandlung männlicher Depression und Suizidalität zu verbessern. Entsprechende Strategien sollten auf die spezifische Stärke und Verletzlichkeit, die spezifischen Rollenerwartungen und Schwächen von Männern fokussieren, besonders das männliche Bedürfnis nach Status, professioneller Identität und sozialer Würde berücksichtigen und damit männlichem Ausagieren und gewaltsamer Überkompensation bei Kontrollverlust und Hilflosigkeit entgegenzuwirken.

Der Autor verneint Interessenkonflikte.

### ■ Relevanz für die Praxis

Die geschlechtsspezifische personenbezogene Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen, insbesondere depressiver Zustände und von Selbstmordneigung ist ein neues und zunehmend wichtiges Feld öffentlicher und individueller Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbehandlung. Die allzu frühzeitige Sterblichkeit von Männern in individueller und gesellschaftlicher Krise wird hierbei als bedeutendes Problem öffentlicher Gesundheit erkannt, für die betroffenen Männer selbst, aber auch ihr Umfeld in der Familie, bei Freunden, auf Arbeitsplätzen und in der sozialen Umgebung.

Die Kosten und das Leiden, die direkt und indirekt mit unerkannter und unbehandelter männlicher Depressivität, von ihr bedingter Gewalt, Selbstdestruktivität, Krankheit und gesellschaftlichem Stress verknüpft sind, sind immens.

Europäische Regierungen, vor allem in Osteuropa, sowie internationale Organisationen wie die WHO und die Europäische Union, haben das Problem identifiziert, Maßnahmen angemahnt und Projekte initiiert.

Eines der Hauptprobleme hierbei ist die mangelhafte Erkennung männlicher Depression und Suizidalität und die männliche Unwilligkeit, Hilfsangebote konventioneller Art in Anspruch zu nehmen.

Im Hinblick auf dieses fehlende Hilfesuchenverhalten und die alexithymische Unfähigkeit von Männern, eigene Depression zu erkennen und Schwäche und Hilfebedürfnis rechtzeitig zu signalisieren, wird Hilfe in neuer Art angeboten werden müssen. Screeninginstrumente und aufsuchende Strategien – auf Arbeitsplätzen und in Familien, in

Gemeinden, Vereinen und Gewerkschaften – sind gefordert.

Lösungsmodelle, teilweise in der Praxis erprobt, wurden in diesem Kapitel aufgezeigt. Eine weitere Steigerung des Problembewusstseins sowohl professioneller als auch politischer Entscheidungsträger ist jedoch vonnöten. Weitere Evaluierungsforschung und Strategieentwicklung sind angezeigt und mögliche Wege wurden beschrieben.

Gefordert ist auch eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den Geschlechtern, ein gesteigertes Interesse an familienbezogener Aufklärungsarbeit und eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren der Gesellschaft – wie dem Arbeits- und Ausbildungssektor, dem sozialen Sektor, der Krankheits- und Gesundheitsfürsorge und der Justiz. Dabei bedarf es eines multiprofessionellen, multifaktoriellen und multidisziplinären Engagements.

Männlicher Depressivität und Suizidalität und ihren vielfältigen Folgen kann vorgebeugt werden. Sie kann erkannt, behandelt und überwacht werden.

Psychiatrie und allgemeinärztliche Versorgung stehen hier vor einer entscheidenden Herausforderung hinsichtlich Konsequenzanalyse, Beratung und Problemlösung.

**Literatur:**

1. Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 546–50.
2. World Health Organisation (WHO) Regional Office for Europe. Health for All (HFA) database. Copenhagen, 2005.
3. Kyprianou K. Opening speech. Presentation of the European Union's Green Book on Mental Health. European Commission, Luxembourg, 2005.
4. European Commission. Green Book on Mental Health. Luxembourg, 2005.
5. Wasserman D, Värnik A, Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the Former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 306–13.
6. Värnik A, Wasserman D, Dankowicz M, Eklund G. Marked decrease in suicide among men and women in the former USSR during perestroika. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998; 394: 13–9.
7. Rutz W. Mental health in Europe. Problems, advancements, challenges. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2001; 410: 15–20.
8. Taylor R, Morrell S, Slaytor E, Ford P. Suicide in urban South Wales, Australia, 1985–1994: Socio-economic and migrant interactions. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1677–86.
9. WHO. The World Health Report 2001. Mental Health, New Understanding, New Hope. World Health Organisation, Geneva, 2001.
10. Wilkinson R, Marmot M (eds). Social determinants of health – the solid facts. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.
11. Levav I, Rutz W. The WHO World Health Report 2001 new understanding – new hope. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2002; 39: 50–6.
12. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006; 5: 71–6.
13. Jackson ED, Payne JD, Nadel L, Jacobs WJ. Stress differentially modulates fear con-

- ditioning in healthy men and women. *Biol Psychiatry* 2006; 59: 516–22.
14. Rutz W. Suicidal behaviour. Comments, advancements, challenges. An European perspective. *World Psychiatry* 2004; 3: 161–2.
15. Isometsä ET, Lönnkvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 531–5.
16. Wassermann D (ed). Suicide, an unnecessary death. Martin Dunitz, London, 2001.
17. Rihmer Z, Belső N, Kiss K. Strategies for suicide prevention. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15: 83–7.
18. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, Saraceno B. Trends in mortality from suicide, 1965–1999. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 341–9.
19. Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med* 2002; 54: 783–98.
20. World Health Organisation, Regional Office for Europe. Health for All. Copenhagen, 1999.
21. Rihmer Z, Rutz W, Barsi J. Suicide rate, prevalence of diagnosed depression and prevalence of working physicians in Hungary. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 391–4.
22. Rutz W, Wälinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 1997; 1: 39–46.
23. Rutz W. Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *Int J Clin Psychopharmacol* 1999; 14 (Suppl 3): S27–S33.
24. Rihmer Z, Barsi J, Veg K, Katona CL. Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *J Affect Disord* 1990; 20: 87–91.
25. Rutz W, von Knorring L, Wälinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment

- of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 83–88.
26. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 1995; 35: 147–52.
27. Isaksson G. Suicide prevention – a medical breakthrough. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 113–7.
28. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Wälinder J. Prevention of male suicides, lessons from the Gotland study. *Lancet* 1995; 345: 524.
29. 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.
30. Bech P. Male depression. Stress and aggression as pathways to major depression. In: Davson A, Tylee A (eds). Depression – social and economic time bomb. British Medical Journal Books, London, 2001; 63–6.
31. Szadockzy E, Rihmer Z, Papp Z, Vitrai J, Füredi J. Gender differences in major depressive disorder in a Hungarian community survey. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2002; 6: 31–7.
32. Egeland JA, Hostetter AM, Eshleman SK. Amish study III, the impact of cultural factors on diagnoses of bipolar illness. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 67–71.
33. Levav I, Kohn R, Dohrenwend BP, Shrout PE, Skodol AE, Schwartz S, Link BG, Naveh G. An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel. *Psychol Med* 1993; 23: 691–707.
34. Davidson JR, Meltzer-Brody SE. The under-recognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 7): 4–9.
35. Lecrubier Y. Is depression underrecognised and undertreated? *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13: 3–6.
36. Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, Scaini S, Versari M, De Ronchi D. Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 225–30.
37. Jorm AF, Kelly CM, Wright A, Parslow RA, Harris MG, McGorry PD. Belief in dealing with depression alone, results for community surveys of adolescents and adults. *J Affect Disord* 2006; 96: 59–65.
38. De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Life time risk of suicidal ideation and attempts in an Australian community, prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord* 2005; 86: 215–24.
39. Rutz W. Social psychiatry and public mental health – present situation and future objectives. Time for rethinking and renaissance? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 (Suppl 429): 95–100.
40. Levav I et al. World Health Organisation – Regional Office for the Americas (PAHO). 2004. Personal Communication.
41. World Health Organisation. The World Health Report 2001. Mental Health, new understanding, new hope. World Health Organisation, Geneva, 2001.
42. World Health Organisation. World Health Report on Violence. World Health Organisation, Geneva, 2003.
43. Rutz W, von Knorring L, Wälinder J, Wistedt B. Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 399–403.
44. Rutz W. [Male depression and Gotland Male depression scale]. In: Medicinsk årsbok. Munksgaard, Kopenhagen, 1995.
45. Rutz W. Improvement of care for people suffering from depression, the need for comprehensive education. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14: 27–33.
46. Zierau F, Bille A, Rutz W, Bech P. The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic J Psychiatry* 2002; 56: 265–71.
47. Möller-Leimkühler AM, Bottlender R, Strauss A, Rutz W. Is there evidence for male depressive syndrome for patients with major depression? *J Affect Disord* 2004; 80: 87–93.
48. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of cross-cultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 2002; 71: 1–9.

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Rutz**

Geboren 1943. Medizinisches Staatsexamen nach Studien in Erlangen, Wien und Würzburg samt Promotion zum Dr. med. (Nuklearmedizin) in Würzburg. Facharzt Ausbildung in allgemeiner Psychiatrie an der psychiatrischen Universitätsklinik in Uppsala. 1977–1998 Leitender Arzt und Medizinischer Direktor der Psychiatrischen Versorgung der Insel und des Landes Gotland, Schweden. In dieser Zeit klinisch-organisatorische Entwicklungsarbeit samt Habilitation, 1992 Erwerb des „Doctor of Philosophy“ an der Universität Linköping mit der „Gotland-Studie“. In dieser Zeit weitere Forschungsarbeit auf dem Gebiete der epidemiologischen Schizophrenologie samt der Evaluierung psychiatrischer Organisationsveränderungen. 1998 Berufung zur WHO und bis 2005 Direktor des Europäischen Programms für Psychische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation in Kopenhagen als „European Regional Advisor for Mental Health“. 2005–2009 Leiter der Einheit für Psychiatrie und Gesundheitsförderung der Universität Uppsala. Gegenwärtig Professor für Sozialpsychiatrie im Lehrkörper der Hochschule Coburg, international tätig als „Senior Advisor for Public and International Mental Health“.



# 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](#)