

6 Tabuthema – Männerdepression

Manfred Wolfersdorf

6.1 Einleitung – zur Epidemiologie

Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands, gehen in einem hohen Ausmaße mit Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben einher und beeinträchtigen die Lebensqualität in Beziehung zu Partnern, Familie und Umfeld erheblich (Murray u. Lopez 1996). Die nationale Gesundheitspolitik, die EU-Kommission für Gesundheit, die WHO und die psychiatrisch-psychotherapeutischen und -psychosomatischen Fachgesellschaften haben dies in der letzten Dekade erkannt und mit Aktionen reagiert, die die Verbesserung von Wahrnehmung und Prävention (insbesondere Früherkennung und rasche Behandlung, Suizidprävention und adäquater Langzeittherapie wegen des hohen Anteils an Rezidivierung und länger anhaltenden Verläufen) sowie insgesamt eine Entstigmatisierung und höhere Behandlungsrate anstreben. In dieses Gesamtpaket gehört auch die Wahrnehmung unterschiedlicher depressiver Syndrome und hier auch die Frage nach geschlechtsspezifischen Aspekten depressiver Erkrankungen: „Männer und Depression“/„männliche Depression“/„Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem“, um nur einige Überschriften der letzten Jahre zu nennen (Möller-Leimkühler 2000, 2009)

6.1.1 Facts & Fictions

Der Gesundheitssurvey für Deutschland 1998 (Wittchen u. Jacobi 2001) gibt eine 1-Jahresprävalenz für depressive Erkrankungen von 15% für Frauen und 8,1% für Männer an. Die Depression gilt als eine eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnete Erkrankung, denkt man an Benennungen wie „Wochenbettdepression“ oder „klimakterische Depression“. Eine systematische Beschäftigung mit der „Männerdepression“ gibt es bisher kaum. Andererseits weiß man, dass jenseits des 75. Lebensjahres die Häufigkeit depressiver Erkrankungen bei Männern sich der der Frauen annähert,

Tab. 1 Suizidraten in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005

Altersspanne	Männer	Frauen
71–75 Jahre	31,2	10,1
80–85 Jahre	40,3	11,4
86–90 Jahre	82,2	20,7
90 Jahre und älter	87,3	16,7

bzw. zulasten der Männer umschlägt (Adam 1998; Wolfersdorf u. Schüler 2005), wobei die Depressionsrate der älteren Männer zunimmt. Depression im höheren Lebensalter scheint also eher oder zumindest auch ein Thema der Männer zu sein.

Bei den Suizidraten in Deutschland gilt seit Beginn der statistischen Erfassung durchgängig ein deutliches Überwiegen der Männer (Suizidrate auf 100.000 der Bevölkerung 2007: Männer 17,4; Frauen 5,7), sodass aktuell auf einen Frauensuizid drei Männersuizide kommen.

Sodann ist eine deutliche Zunahme der Suizidraten der Männer mit zunehmendem Alter gegenüber den Frauen gleicher Altersgruppe zu beobachten (s. Tab. 1).

Die enge Verknüpfung von Suizidalität und Depression ist bekannt. Callies et al. (2007) haben in ihrer Kultur vergleichenden Diskussion von Suizidalität darauf hingewiesen, Schaller und Wolfersdorf (2010) in einer Übersicht zur psychologischen Autopsie von Suizidenten den hohen Anteil von bis zu 60% primäre Depression und den hohen Anteil von Männern (2 Drittel bis 3 Viertel) zeigen können.

Letztendlich müsste dies zu einem Umdenken bezüglich der Bewertung unserer therapeutischen Maßnahmen im Feld der Depressionsbehandlung und der Suizidprävention mit Blick auf die Männerdepression, insbesondere im höheren Lebensalter, und die nahezu weltweit erhöhte Suizidmortalität von Männern führen. Die insbesondere durch Suizide prominenter Männer im letzten Jahrzehnt immer wieder angestoßene Diskussion könnte i. S. einer Entstigmatisierung dazu beitragen (Wolfersdorf 2009; Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2010).

6.2 „Männerdepression“: Das klinische Bild

Eine erste „kernige“ Beschreibung des depressiven Mannes hat wohl die Mystikerin des mittelalterlichen Klosterlebens Hildegard von Bingen, 1098 geboren, in ihrem Buch „*Cause et curae*“ niedergelegt (Lieburg 1992), als sie depressive Männer und Frauen unterschiedlich beschrieb und als kausales Konzept der Entstehung der „*schwarzen Galle*“ (deutsche Übersetzung des Wortes Melancholie) den Sündenfall von Adam beschrieb:

„Denn als Adam das Gute erkannte und es dadurch, dass er den Apfel aß, schlecht machte, erhob sich als Vergeltung für die Wandlung in ihm die Schwarzgalle, die ohne Eingebung des Teufels im Menschen weder beim Wachen noch im Schlafe vorhanden ist, wobei Trauer und Verzweiflung, wie sie Adam bei seiner Übertretung fühlte, aus der Schwarzgalle aufstiegen.“ Und weiter: „Da befiel Traurigkeit seine Seele und diese suchte bald nach einer Entschuldigung dafür im Zorn. Denn aus der Traurigkeit wird der Zorn geboren, woher auch die Men-



schen von ihrem Stammvater her die Traurigkeit, den Zorn und was ihnen sonst noch Schaden bringt, überkommen haben.“

Man könnte dies als einen genialen und vor allem klinisch sehr gut gesehenen ersten Entwurf einer geschlechtsspezifischen Krankheitsbeschreibung verstehen, insbesondere da wesentliche Charakteristika der sogenannten typischen männlichen Depression wie Zorn und selbstschädigendes Verhalten bereits benannt werden.

6.2.1 Klinisches Bild „depressive Episode“

Eine Depression ist eine primäre Erkrankung der Gestimmtheit (Affektivität: Stimmung und Gefühle) eines Menschen. Sie ist beschreibbar und erkennbar anhand typischer Symptome, wobei neben dem operationalisierten Symptom- und Verhaltensmuster auch eine Zeitstabilität von mindestens 2 Wochen gegeben sein muss (s. Tab. 2). In der akuten Depression weisen depressiv Kranke ein Kernsyndrom von

Tab. 2 Das klinische Bild einer depressiven Episode. Affektive und kognitive Symptome

psychische Symptome

depressive Herabgestimmtheit, depressive Verstimmung

Freudlosigkeit, Gefühllosigkeit, Nicht-weinen-Können, Weinkrämpfe, Verzweiflung, Dysphorie

globale Angstzustände (vor allem, was auf einen zukommt)

Angst vor dem Tag und seinen Anforderungen, objekt- und situationsbezogene Ängste, Zukunftsangst, übersteigerte Befürchtungen

Grübelzustände, Gedankenkreisen, Denkhemmung, Leeregefühl im Kopf, Monotonie in der Sprache

Selbstvorwürfe wegen Nichtkönnen (Insuffizienzgefühl), Versagen und Minderwertigkeit (Selbstwertstörung), Nichtgeliebt-, Nichtgeschätztwerden, Schuldgefühle (Selbstverurteilung, -anklage), Klage über materielle Probleme, Verarmung oder körperliche Befindlichkeit (Hypochondrie)

Gefühl von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit; negative Selbsteinschätzung

depressiver Wahn: Verarmungs-, Schuld-, Versündigungs-, Untergangswahn und hypochondrische Ideen

Ruhe- und Weglaufwünsche, Todeswunsch, Suizidideen als Erwägung, Einfall; Suizidabsicht, frühere Suizidalität

Klagen über subjektiv erlebte Merk- und Konzentrationsstörungen

antriebs- und psychomotorische Störungen

Lust- und Antriebslosigkeit, Nichtkönnen; leere Hektik

psychomotorische Agitiertheit, Getriebenheit

psychomotorische Hemmung, Stupor

vegetative Symptome

globaler Vitalitätsverlust mit rascher Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Kraftlosigkeit

Leibgefühlstörungen (Druck, Spannungs-, Schweregefühl)

Appetitstörung, Gewichtsabnahme, Obstipation

Schlafstörungen (Ein-, Durchschlafstörung, zerhackter Schlaf, morgendliches Früherwachen, fehlende Erholung)

Tagesschwankungen (Morgentief, abendliche Aufhellung)

saisonale Abhängigkeit der Depressionsauslösung

Libidostörungen, Impotenz beim Mann, Dysmenorrhoe bei der Frau

durchgehender Herabgestimmtheit, Freud- und Antriebslosigkeit, dysfunktionalen depressiven Kognitionen der Insuffizienz, Selbstentwertung, Schuld und Hypochondrie auf, einschließlich Einstellungen von Hoffnungs- und Hilflosigkeit, im körperlichen Bereich vor allem rasche Erschöpfbarkeit, Appetit-, Schlaf- und sexuelle Störungen. Interaktionell imponiert ein typisches depressives Verhalten des Rückzugs, des Appells, der Selbst- und Fremdentwertung. Depressionen entstehen an den Schnittstellen der Persönlichkeitsstruktur mit Verlust-, Trauer-, Kränkungs-, Belastungs- oder Anpassungssituationen, können in allen Situationen von Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie bei biologischen und psychologischen Lebensveränderungen und auch im Kontext chronischer körperlicher Erkrankungen auftreten, insbesondere wenn Letztere der Anpassung des Lebenskonzeptes und des Selbstbildes bedürfen.

6.2.2 Männerdepression

Versucht man, die klinischen Daten zur sogenannten Männerdepression zusammenzufassen, so scheinen sich solche vor allem durch die in Tabelle 3 benannten Unterschiede auf der Symptom- und Verhaltensebene auszuzeichnen.

Häufig wird darauf hingewiesen, dass Frauen in Selbstbeurteilungsskalen für Depressivität bzw. zu Beschwerden signifikant höhere Werte i. S. einer besseren Selbstdarstellung der eigenen Depressivität, Verzweiflung und Hilfsbedürftigkeit aufweisen (Möller-Leimkühler 2000; Wolfersdorf et al. 2007, 2009), während depressive Männer in stationärer Behandlung sich durch eine signifikant höhere Ausprägung von Hoffnungslosigkeit, einen höheren Anteil von psychotischem Erleben, durch höhere Werte in der Fremdbeurteilung (z.B. Hamilton-Depressions-Skala) auszeichnen. Scheibe und Mitarbeiter verglichen ambulant behandelte männliche und weibliche depressive Patienten und fanden bei Frauen signifikant mehr vegetative und atypische Symptome, mehr Angstzustände sowie höhere Werte in Selbstbeurteilungsskalen zur Depression als bei den Männern; hinsichtlich Therapieergebnis mit antidepressiver Medikation und Krankheitsverlauf ergaben sich keine Unterschiede (nach Wolfersdorf et al. 2007). Psychophysiologische Untersuchungen zur Habituatinsrate auf optische Reize zeigten beim Vergleich von nach Alter und Geschlecht paralleli-

Tab. 3 Männerdepression. Unterschiede zu Frauendepression

<i>depressive Herabgestimmtheit und erhöhte Reizbarkeit</i>
<i>in der Depression hohes Ausmaß an Hoffnungslosigkeit und Suizidgefährdung</i>
<i>unzureichende Impuls- und Ärgerkontrolle in der Depression</i>
<i>eher Vorhalt an andere als Täter, (Mobbing-Thema, Externalisierung des Versagens), selbst eher Opfer, weniger Selbstanklage</i>
<i>hohe narzisstische Kränkbarkeit, anhaltende Gekränktheit, „narzisstische Welt“</i>
<i>Stresstoleranz eingeschränkt</i>
<i>eher schlechte Compliance, Schwierigkeiten mit Krankheits- und Therapiekonzept</i>
<i>Neigung zu selbstschädigendem Verhalten wie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch oder Suizidalität</i>
<i>Unfähigkeit, sich an neue Situationen anzupassen, Rigidität</i>
<i>Neigung zu strengen Normen und Selbstverurteilung</i>



sierten, später durch Suizid verstorbenen depressiven Männern bzw. Frauen mit harter Suizidmethode versus Kontrollen bei den Männern, nicht aber bei den Frauen eine hochsignifikant belegte Nicht-Reaktivität in der Habituation, d.h. eine an das männliche Geschlecht gebundene Unfähigkeit, sich an äußere Reize rasch anzupassen (Wolfersdorf et al. 2007). Schneider und Mitarbeiter verglichen Persönlichkeitsfaktoren und Achse-I-Erkrankungen als Risikofaktoren für Suizid und fanden bei den durch Suizid verstorbenen Männern vorwiegend vermeidende, abhängige bzw. anankastisch-zwanghafte Persönlichkeitsstörungen, während bei den Frauen nach DSM-IV antisoziale, Borderline-, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen dominierten (Schneider 2003). Möller-Leimkühler fand bei stationären depressiven Patienten geschlechtsspezifische Symptommuster, nämlich bei den Männern als Faktor 1 Schlafstörungen und Substanzmissbrauch, als Faktor 2 Irritabilität, Aggressivität und antisoziales Verhalten, während bei den Frauen Faktor 1 Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und Substanzmissbrauch und Faktor 2 Unruhe, depressive Verstimmung und Klagsamkeit umfasste (Möller-Leimkühler 2010).

6.3 Therapieempfehlungen

Ob es sich bei der sogenannten Männerdepression um eine eigenständige Form der primären depressiven Erkrankungen handelt, muss offen bleiben. Möglicherweise gilt ähnliches wie für die Depression im höheren Lebensalter, nämlich dass die sogenannte Männerdepression eine durch geschlechtsspezifische Charakteristika akzentuierte Symptom- und Verhaltensausrprägung darstellt: Neigung zu höherer Impulsivität und Aggression, eingeschränktes Hilfesuchverhalten, geringere Erkennensrate.

Vor diesem Hintergrund hat Möller-Leimkühler 2010 die in Tabelle 4 zusammengefassten Kriterien für die Diagnose einer „männlichen Depression“ zusammengestellt (Möller-Leimkühler 2010): Hier spielen der soziale Rückzug, die Neigung zur Selbst-

Tab. 4 Diagnostische Kriterien für „männliche Depression“ (nach Möller-Leimkühler 2010)

vermehrter sozialer Rückzug
berufliches Überengagement
Abstreiten von Kummer und Traurigkeit
Forderungen nach Autonomie, Rückzug
Hilfe von anderen nicht annehmen
ab- oder zunehmendes sexuelles Interesse
zunehmende Intensität oder Häufigkeit von Ärgerattacken
Impulsivität
vermehrter Alkohol- und/oder Nikotinkonsum
ausgeprägte Selbstkritik, bezogen auf vermeintliches Versagen
Versagensangst, Scham- und Schuldgefühl
verdeckte Feindseligkeit, Gereiztheit
Unruhe
Konzentrations-, Schlaf- und Gewichtsprobleme

überforderung und zur rigiden Autonomie, das fehlende Hilfesuchverhalten, die zunehmende Häufigkeit von Ärger- und Impulsivitätskontrollverlusten, der kompensatorische Versuch mit Alkohol oder Nikotin bzw. auch mit Sport, die Neigung zu exzessiver Selbstanklage oder auch zur Projektion nach außen eine besondere Rolle. Der Allgemeinarzt, erste Anlaufperson letztendlich auch für Männer, sollte um diese Thematik wissen. In der Tabelle 5 sind die wesentlichen Aspekte bei Männern abschließend noch einmal zusammengefasst.

Tab. 5 Depression und Suizidalität bei Männern. Zusammenfassung geschlechtsspezifische Überlegungen

Depression ist die häufigste, aber auch die lebensgefährlichste psychische Erkrankung. Wir haben heute ein komplexes Bündel von therapeutischen Maßnahmen zur Verfügung. Geschlechtsverhältnis 2 Frauen auf 1 Mann im Alter 30–65, darunter annähernd gleich (ohne Postpartum-Depression), darüber zunehmend eher Männer

Bis heute versterben 3–4% aller depressiv Kranken durch Suizid, davon doppelt so viele Männer wie Frauen. Der Rückgang der Suizidrate seit 1990 ist bei den Frauen am deutlichsten, weniger bei Männern, Suizidprävention erreicht vor allem Frauen.

Männer neigen in der Depression eher zu Rückzug, verdeckter Suizidalität, Alkoholismus, körperlichen Beschwerden und Impulsdurchbrüchen. Frau betonen eher Symptomatik, können eher klagen, Hilfe suchen und sind beziehungsorientierter.

Männer neigen zu höherer Impulsivität, Aggression (narzisstische Wut, zerstörend, Rache, implodieren), Frauen sind eher appellativ-intentional, narzisstisch verletzbar, beziehungserhaltend.

Männer eher begrenzt „anpassungsfähig“ (psychophysiologisch nicht-reaktiv), neurobiochemisch eher „serotonerges Defizit“, Rigidität, fehlende Orientierungsreaktion

Depressionsthemen bei Männern eher im Arbeits- und Leistungsbereich, bei Frauen eher im Beziehungsfeld („cost of caring“), Schuld- und Schamgefühle beherrschen Männer.

Männer brauchen andere, evtl. erniedrigte Zugangsschwellen zu Hilfsangeboten.

Verbesserung der geschlechtsspezifischen Depressionsdiagnostik bei Frauen z.B. Postpartum Depression, bei Männern „male depression“ bei Schmerzsyndromen, Suchterkrankungen, Impulsdurchbrüchen, Suizidalität

Aus gesundheitspolitischer Sicht ergibt sich daraus die grundsätzliche Notwendigkeit, die Zugangswege zum medizinischen und hier psychiatrisch-psychotherapeutischen und -psychosomatischen Versorgungssystem hinsichtlich ihrer geschlechtsspezifischen Barrieren bzw. geschlechtsspezifischer Ausrichtung, z.B. Schwerpunkt auf Frauen, zu überprüfen und nach neuen, niederschwelligeren Zugangswegen für Männer zu suchen.

Literatur

- Adam C (1998) Depressive Störungen im Alter. Epidemiologie und soziale Bedingungen. Juventa, Weinheim München
- Calliess IT, Machleidt W, Ziegenbein M, Haldenhof H (2007) Suizidalität im Kulturvergleich. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 75, 653–664
- Keller F (1997) Belastende Lebensereignisse und der Verlauf von Depressionen. Waxmann, Münster New York
- Lieburg van MJ (1992) Frau und Depression. Erasmus Publishing Rotterdam
- Möller-Leimkühler AM (2000) Männer und Depression: Geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 68, 489–495



- Möller-Leimkühler AM (2003) The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253, 1–8
- Möller-Leimkühler AM (2009) Männer, Depression und „männliche Depression“. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 77, 412–422
- Möller-Leimkühler AM (2010) Depression bei Männern: Eine Einführung. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 11, 11–20
- Murray CJL, Lopez AD (1996) The global burden of disease and injuries. Harvard, Cambridge
- Schaller E, Wolfersdorf M (2010) Depression and suicide. In: Kumar U, Mandal MK (eds.) *Suicidal Behaviour*. Sage Publications. Los Angeles London New Delhi, 278–296
- Schneider B (2003) Risikofaktoren für Suizid. Roderer, Regensburg
- Schulte-Wefers H, Wolfersdorf M (2006) Suizidalität bei Männern. *Blickpunkt DER MANN* 4, 10–18
- Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtke B (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61, 216–222
- Wolfersdorf M (2005) MännerDepression und MännerSuizid – Zur Suizidalität beim männlichen Geschlecht. *Festschrift Dr. Margrit Egnér-Stiftung Nr. 21*. Zürich, 51–63
- Wolfersdorf M (2008) Männer und psychische Erkrankung – Anmerkungen. *Suizidprophylaxe* 35, 167–174
- Wolfersdorf M (2009) Männersuizid: Warum sich „erfolgreiche“ Männer umbringen – Gedanken zur Psychodynamik. *Blickpunkt DER MANN* 7, 38–41
- Wolfersdorf M, Etzersdorfer E (2010) Suizid und Suizidprävention. Kohlhammer, Stuttgart
- Wolfersdorf M, Schüler M (2005) Depressionen im Alter. Kohlhammer, Stuttgart
- Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Schaller E (2008) Männer-Depression/Männer-Suizid. *Suizidprophylaxe* 35, 195–199
- Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Schaller E (2009) Depression bei Männern: Einige klinische Aspekte der sogenannten „männlichen Depression“. *Blickpunkt DER MANN* 7, 8–14
- Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T, Adler L (2007) Männerdepression/Frauendepression? Psychophysiologische Unterschiede. *Psychiatrische Praxis* 34, 176–177
- Wolfersdorf M, Straub R (1994) Electrodermal reactivity in male and female depressive patients who later died by suicide. *Acta Psychiatr Scand* 89, 279–284