

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## MÄNNER-DEPRESSION

### Männer-typisches Beschwerdebild bis zur Suizid-Gefahr

Depression ist nicht gleich Depression, das ist jedem klar. Schließlich gibt es viele Ursachen, Hintergründe und Auslöser, und deshalb sicher auch unterschiedliche Depressions-Verläufe und damit Depressions-Typen. Auch dass das Alter einen Einfluss auf das jeweilige Leidensbild hat, gehört inzwischen zum Allgemein-Wissen. Dass sich auch geschlechts-spezifische Differenzen finden lassen, also Frauen anders leiden als Männer, kann man sich ebenfalls gut vorstellen. Nur bei dem dann daraus folgenden Begriff „Männer-Depression“ sind viele ratlos. Wo liegt der Unterschied? An was lassen sich depressive Männer erkennen? Welches sind die wichtigsten Ursachen, Auslöser, Verstärker, vielleicht sogar tödlichen Belastungs-Faktoren? Denn auch das verwundert: Frauen sollen häufiger depressiv sein, Männer aber deutlich öfter durch Suizid versterben. Mit anderen Worten: Hier gibt es noch viel zu erforschen, zu erkennen, vor allem rechtzeitig diagnostisch einzuordnen und dann gezielt therapeutisch zu behandeln, und zwar rasch und konsequent. Und das dafür notwendige Wissen sollte Allgemeingut werden, denn insbesondere die Prävention, das rechtzeitige Erkennen, Verstehen und Vorbeugen kann dieses bedrohliche Ungleichgewicht mildern. Eine Gefahr, von der bisher kaum die Rede war. Jetzt aber nimmt es bedrohliche Dimensionen an. Dafür nachfolgender Beitrag.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Männer-Depression – männliche Depression – Gesundheitsverhalten von Männern – männer-typisches Beschwerdebild bei Depressionen – geschlechts-spezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten – Männer-Melancholie – Männer-Schwermut – affektive Störungen bei Männern – Suizid-Gefahr bei Männern – Depressions-Häufigkeit – Häufigkeit von Männer-Depressionen – Häufigkeit von Frauen-Depressionen – Häufigkeit von Männer-Suiziden – Häufigkeit von Frauen-Suiziden – Depressions-Subgruppen –

Phänomenologie der Depression – Symptomatik der Depression – Symptomatik der Männer-Depression – Prävention zur Männer-Depression – Therapie der Männer-Depression – psychosoziale Aspekte der Männer-Depression – dynamische Aspekte der Männer-Depression – Geschlechter-Stereotyp – Gender-Forschung – soziologische Aspekte der Männer-Depression – Gender-Bias – Geschlechter-Paradox – Stress-Verarbeitung bei Männern – Hilfe bei Männer-Depression – „Fight-or-Flight“-Muster – Männlichkeits-Ideologie – traditionelle Männlichkeitsnormen – sozialer Status und Depression – hegemoniale Maskulinität – Depressions-Risikofaktoren für Frauen – Depressions-Risikofaktoren für Männer – diagnostische Kriterien der männlichen Depressionen – u.a.m.

## TEIL I: EINLEITUNG – ALLGEMEINE ASPEKTE

Gibt es geschlechts-spezifische Unterschiede? Oder schlichter: Wie unterscheiden sich Männer von Frauen? Das ist wohl eine der am meisten diskutierten und auf praktisch allen Ebenen untersuchten Fragen. Einschließlich der bekannten Vorurteile, von **A** bis **Z**, d. h. von Autofahren bis Zeit-Geschmack. Und natürlich auch krankheits-bedingt, nicht zuletzt auf seelischer bzw. psychosozialer Ebene, d. h. von **Angst** bis **Zwang**.

Kurz: Es dürfte nichts geben, das nicht schon einmal (kontrovers) diskutiert und von den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen konkret untersucht wurde. Jedenfalls sind die Medien voll davon; und auch die Wissenschaft hat ein reiches Angebot zu bieten. Ist deshalb wirklich schon alles geklärt?

Hier hält sich wohl jeder vorsichtig zurück: Zum einen gibt es immer wieder neue Konstellationen, z. B. zeit-, gesellschafts-, kulturell, ja politisch abhängig; vom erwähnten Zeitgeist, also Mode, Trend usw. ganz zu schweigen. Daneben gibt es aber auch immer wieder Wissens-Lücken, die erstaunen. Zum einen Erkenntnisse, die früheren Generationen bekannt, ja selbstverständlich waren, später aber aus unersichtlichen Gründen regelrecht vergessen wurden. Zum anderen Wissens-Bereiche, die offensichtlich nie tiefergehend bearbeitet wurden. Und dies weil sie entweder keine Bedeutung hatten (bzw. zu haben schienen) oder weil sie sich im Laufe der Zeit erst so richtig entwickelten. Meist handelt es sich um ein Phänomen, an dem mehrere Faktoren beteiligt sind, mehrschichtig, seit jeher, aus aktuellem Grund aber plötzlich in den allgemeinen Blick geraten. Und damit auch in den Medien als „Vergrößerungsglas“.

Ein solches Phänomen ist beispielsweise die Melancholie, Schwermut oder Depression des männlichen Geschlechts. Heute vor allem als „Männer-Depression“ bezeichnet. Auslöser sind – wie so oft – tragische Beispiele aus den Zentren des allgemeinen Interesses (zumeist Sport, Politik oder Show-Business). Was oder wer auch immer der Auslöser war, eines ist sicher: Bevor die Öffentlichkeit stärker darauf aufmerksam (gemacht) wurde, gab es solche Schicksale schon immer, wenn auch zumeist unbeachtet. Oder kurz: Wie viele Opfer mag es schon gegeben haben, doch nur wenige haben es bemerkt und keiner hat daraus gelernt.

Nachfolgend deshalb ein komprimierter Beitrag zum Thema Männer und seelische Störung im Allgemeinen, vor allem aber Männer und Depression im Speziellen. Beginnend mit psychiatrischen Aspekten und schließlich präventiven und therapeutischen Überlegungen und endend mit psychosozialen, vor allem psychodynamischen Gesichtspunkten, die wieder in diagnostische und therapeutische Strategien münden (sollten).

## TEIL II: PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE ASPEKTE

Der Begriff *Depression* und die Mehrzahl der Betroffenen ist weiblich. Soweit das allgemeine Meinungsbild. Das ist zutreffend, bedarf aber einer differenzierteren Wertung, die neuere wissenschaftliche Erkenntnisse nahe legen. Dazu eine kurz gefasste Übersicht von Professor Dr. Dr. Manfred Wolfersdorf, Dr. Hella Schulte-Befers und Dr. Eva Schaller, vom Bezirkskrankenhaus Bayreuth, das auf Grund seiner Depressions-Spezialstation über ein besonderes Maß an Erfahrung verfügt. Grundlage ist ihr Beitrag über *Männer-Depression /Männer-Suizid – Klinische psychiatrisch-psychotherapeutische Aspekte* in der Fachzeitschrift Suizidprophylaxe 35 (2008) 195. Im Einzelnen:

Depressionen sind zwar so alt wie die Menschheit und waren als Melancholia, Schwermut u. a., heute affektive Störungen genannt, eigentlich immer ein folgenreiches Leidenbild von großer, ja schicksalhafter Bedeutung, besonders wenn man die Suizid-Gefahr einbezog. Allerdings wurde diese seelische Krankheit erst um die 1970-er Jahre gezielter erforscht, beginnend mit der wohl ersten Depressions-Spezialstation an der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Basel (unter den Professoren P. Kielholz und G. Hole), fortgesetzt in der ersten deutschen Depressions-Spezialstation im PLK Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm in Ravensburg (Professoren G. Hole und M. Wolfersdorf mit Mitarbeitern) und jetzt in praktisch jeder größeren psychiatrischen Klinik, zuzüglich fach-spezifischer Forschungs- und Therapie-Einheiten.

So konnte es nicht ausbleiben, dass auch die Zahl der Fach-Publikationen nicht nur anstieg, sondern geradezu explodierte. Depressionen sind im letzten halben Jahrhundert zum wissenschaftlichen und klinischen Thema Nr. 1 geworden und (nicht zuletzt deshalb?) auch zur führenden Volkskrankheit, auf jeden Fall im psychosozialen Bereich. Glücklicherweise haben sich damit aber sowohl die diagnostischen als auch differentialdiagnostischen Möglichkeiten (also was könnte es sonst noch sein) deutlich erweitert, was auch für die Psychotherapie, Soziotherapie und Pharmakotherapie (Antidepressiva!) gilt. Das ist auch dringend nötig, denn – wie erwähnt – Depressionen nehmen zu, ob real oder schneller und gezielter erkannt, sie sind ein ernstes gesundheitliches Problem geworden, im Übrigen auch wirtschaftlich, worüber man inzwischen reden darf. Vor allem aber was das qualvolle Leidenbild anbelangt und seine drohende (End-)Konsequenz, die Selbsttötung, um „dem Elend ein Ende zu bereiten“ (Zitat).

Was sich jedoch im allgemeinen Bild über die Schwermut auch eingeschlichen hat, ist die offenbar einseitige Betrachtungsweise bzw. Wertung der Symptomatik, des Beschwerdebildes. Ob durch mangelnden Kenntnisstand und damit einseitige bzw. unzureichende diagnostische Abklärung oder – wahrscheinlicher – durch ein sich änderndes Leidens-Geschehen, bleibt erst einmal offen. Möglicherweise ist beides beteiligt, wobei letzteres wohl doch nicht zu unterschätzen ist, auch was den weiteren Verlauf, gleichsam die Zukunft der Depressions-Diagnose anbelangt. Als Erstes aber eine kurze Übersicht zur Statistik.

### **Häufigkeit der Depressionen generell**

In den Jahren 1998/1999 wurde in einem Bundes-Gesundheits-Survey ein so genannter 12-Monats-Querschnitt durchgeführt (H.-U. Wittchen u. Mitarb.: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatz-Surveys „Psychische Störungen“, 1999). Dabei wurde schon damals deutlich, was auch in der Allgemeinbevölkerung aufgefallen ist: Depressionen sind eher eine Last des weiblichen Geschlechts. Das wurde auch durch Fach-Begriffe unterstrichen wie „klimakterische Depression“ (in den Wechseljahren) oder „Wochenbett-Depression“ (während der Schwangerschaft). Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

In dieser Studie, die nun auch schon fast fünfzehn Jahre zurück liegt, werden folgende Daten angeführt: Mehr als 8% der deutschen Bevölkerung klagt (bzw. klagte schon damals) über eine Depression, wobei Frauen doppelt so häufig betroffen sind (jeweils mehr als 11 zu 5%). Diese einseitige Belastung zeichnet sich schon in jungen Jahren, d. h. zwischen 18 und 35 Jahren ab (9,6 : 6,2%), um in den so genannten „besten Jahren“(?) noch deutlicher zu werden, nämlich 12,1 : 5,1%.

Gilt es nur eine einzelne depressive Episode zu ertragen, so trifft das mehr als 4%. Bei rezidivierenden depressiven Episoden (wenn es also immer wieder zu Depressionen kommt) sind es ebenfalls 4%; hier ist allerdings das weibliche Geschlecht noch ausgeprägter betroffen. Bei der so genannten Dysthymia, früher als „neurotische Depression“ bezeichnet (auch hier: siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie) sind es mehr als 2%, Frauen ebenfalls häufiger. Unter einer bipolaren Störung (konkret: entweder manische oder depressive Episoden) leiden fast 1% der Bevölkerung, wiederum Frauen öfter (wenn auch nicht mehr ganz so drastisch häufiger).

Insgesamt mögen sich diese Prozent-Angaben zwar nicht sehr dramatisch anhören, wenn man sie aber in nackte Bevölkerungszahlen umrechnet, dann sind das Millionen von Opfern in einer Nation mit 82 Millionen Einwohnern (und entsprechend mehr, wenn man allein die ähnlich betroffenen deutschsprachigen Länder hinzu zählt). Kurz: Depressionen sind offenbar tatsächlich eine Volkskrankheit geworden und sollen nach entsprechenden Berechnungen nicht nur zunehmen, sondern auch noch die bisher führenden körperlichen Volkskrankheiten statistisch ablösen (z. B. Herz-Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, Stoffwechsel u. a.).

### **Geschlechtsspezifische Leidens-Schwerpunkte?**

Wenn man die Publikationen, sowohl wissenschaftlich als auch populärmedizinisch und schließlich alle Medien betreffend zu überblicken versucht, dann spielt in der Gesundheits-Situation das weibliche Geschlecht eine größere Rolle (mit Ausnahme von einigen wenigen spezifischen Krankheiten sowie der Unfall-Statistik). Das hat sich in letzter Zeit geändert, möglicherweise auch aus wirtschaftlichen Gründen (was immer eine Rolle spielt, auch wenn man es gerne in Abrede stellt). Man denke nur an das wachsende Interesse bei der so genannten „Männer-Medizin“, einer aus der Andrologie (Männerheilkunde) stammenden Anti-Aging-Diskussion, die sich vorzugsweise um die medikamentöse Behandlung sexueller Störungen rankt, einschließlich medikamentöser Behandlungs-Vorschläge (Stichwort: Testosteron). Allerdings gibt es dabei auch soziologische und zunehmend psychotherapeutische, vor allem psychodynamische Anklänge. Depressionen, sprich Diagnose, Therapie, soziokulturelle u. a. Aspekte, konzentrierten sich aber bis dahin eher auf das weibliche Geschlecht. Das hat sich – wie gesagt – geändert, nicht zuletzt durch die Statistiken einiger Krankenkassen (z. B. DAK-Männer-Stichprobe). Und es hat sich durch die tragischen Suizide offenbar depressiver männlicher Prominenter geändert, was vor allem mit Entsetzen, zumindest aber Erstaunen verbunden war (und wohl immer bleiben wird – siehe später), weil niemand darauf vorbereitet schien.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zum Depressions-Beschwerdebild, wie es inzwischen vor allem den Männern zugeordnet wird,

zusammengefasst von der Expertengruppe des Bezirkskrankenhauses Bayreuth; weitere Hinweise im Teil III.

### **Einteilung – Phänomenologie – Beschwerdebild generell**

Depressionen gelten – fachlich gesprochen – als krankhafte Störung der Affektivität (früher als Gemütskrankheit beschrieben, wobei die Psychiater schon damals von einer „Missachtung der Gemütskräfte“ warnten, heute wissen wir durch die grassierende „Burnout-Epidemie“ mehr).

- Kennzeichnend ist eine *depressive Einstellung*, charakterisiert durch Hilflosigkeit und schließlich Hoffnungslosigkeit, sowie eine Neigung zur Selbst-Entwertung und Schuldzuweisung an die eigene Person. Letzteres wurde früher mit dem „Zeiger der Schuld“ umschrieben, der bei der Depression auf sich selber, bei anderen (seelischen) Krankheiten häufig auf das Umfeld weist. Außerdem finden sich charakteristische depressive Verhaltensweisen wie Rückzug, dysphorische (missgestimmte) Gereiztheit, Negativismus („schwarze Brille“), appellatives Verhalten („Hilfe!“) u. a.

- Früher unterteilte man die Depressionen in bestimmte *Subgruppen*: Psychogene Depressionen, sprich die reaktiven Depressionen, die neurotischen Depressionen und die Erschöpfungsdepressionen. Die so genannten endogenen (überwiegend biologisch verstandenen) Depressionen unterteilte man in reine depressive Phasen (wie es damals genannt wurde), in sich abwechselnde manische und depressive Episoden und auch in die so genannte Involutionen-depression im Rückbildungsalter. Und schließlich die somatogenen Depressionen, die sich aus organischen Depressionen (z. B. Hirnschlag, Parkinson u. a.) und symptomatischen Depressionen zusammensetzen (z. B. nach Herzinfarkt u. ä.). Diese Einteilung war praktisch, ließ sich aber wissenschaftlich nicht halten, besonders wenn man die vielen Mischformen und Zusatz-Belastungen berücksichtigen sollte (was aber teilweise schon damals geschah, ausgedrückt in endo-reaktive oder endo-neurotische Depressionen u. a.).

Heute stellt man Depressionen in einen flexiblen Zusammenhang mit inner-seelischen und/oder äußeren prä-depressiven Ereignissen (also vor dem Ausbruch der Depression, d. h. Konflikte, „live events“ usw.). Hier überwiegen vor allem Aspekte wie Verlust, Überforderung, Kränkung usf., wobei auch die Wechselwirkungen mit den typischen Charakteristika der depressiven Persönlichkeitsstörung eingerechnet werden müssen. Früher definierte man diesen Typus Melancholicus recht konkret; heute ist man da etwas flexibler, bezieht sich aber immer noch auf Aspekte wie hohe Beziehungsbindung, ausgeprägte Leistungs-Orientierung, eingeeengt in Normen und Ordnungs-Strukturen, ferner Aggressionshemmung und Überangepasstheit.

- Auch lässt sich das klinische Bild *phänomenologisch* unterteilen, beispielsweise als gehemmt-apathisches, gehemmt-ängstliches, agitiert (unruhig-getrie-

ben) - ängstliches, vegetativ-psychosomatisches u. ä. Syndrom. Zudem finden sich immer wieder wahnhaft-psychotische, halluzinatorische (Sinnestäuschungen), zwanghaft-anankastische, histrionische (hysterische) oder paranoide Erlebnisweisen, die das jeweilige Leidensbild färben (und die konkrete Diagnose mitunter erschweren).

- Die Symptomatik, das *Beschwerdebild einer Depression* wird von Haupt- und Nebensymptomen charakterisiert. Hauptsymptome sind depressive Herabgestimmtheit und Freudlosigkeit (ein wichtiger Aspekt, viel zu selten diagnostisch herausgearbeitet), ferner Antriebslosigkeit u. a. Nebensymptome sind eher biorhythmischer Art, d. h. Morgentief („Morgengrauen“), Tagesschwankungen usw. Ferner körperlicher Art wie Kraftlosigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Schlafstörung, Appetitstörung, Libidostörung usf. Sowie psychomotorische Hemmung bzw. Agitiertheit (wie versteinert oder unruhig-gespannt-getrieben – s. o.).
- Die Anzahl der Symptome benennt den Schweregrad der Erkrankung. Besonders gefährlich wird es bei drohender *Suizidalität*, wobei vor allem die depressive Hoffnungslosigkeit eine riskante Rolle spielt. Depressionen sind lebensgefährliche, wahrscheinlich sogar die gefährlichsten Erkrankungen überhaupt, denn etwa 3 bis 4% aller Depressiven versterben durch eigene Hand. Rechnet man nur die schwer und schwerst depressiv kranken Menschen, sind es mehr als dreimal so viel. Etwa 40 bis 60% aller Suizid-Opfer weisen zum Zeitpunkt ihrer Selbsttötung eine depressive Symptomatik auf, so die Experten der Psychiatrischen Klinik Bayreuth.

Dieser komprimierte Überblick differenziert nun nicht geschlechtsspezifisch nach Männer- oder Frauen-Symptomatik. Das soll nachfolgend geschehen. Dabei findet sich interessanterweise eine der frühesten Unterscheidungen von einer – allerdings in medizinischer Hinsicht versierten – Nicht-Medizinerin, nämlich der Mystikerin und Äbtissin Hildegard von Bingen. Sie brachte schon damals bei der Beschreibung der männlichen Depressivität auch den „Zorn“ und die „Gereiztheit“ zur Sprache (Hildegard von Bingen: *Causae et cure*), was sich heute bewahrheitet.

Was weiß nun die Wissenschaft inzwischen zu dem Phänomen „Männer-Depression“ zu sagen?

### **Männer-Depression – aktuelle Erkenntnisse**

Was den Experten zunehmend auffällt (und dem näheren Umfeld, insbesondere den Angehörigen inzwischen auch), ist vor allem ein Unterschied zur „weiblichen Depressions-Symptomatik im Bereich der so genannten Impulskontrolle. Oder konkret: Gereiztheit, Aggressivität, Selbst-Behandlungsversuche mit Alkohol bis zum Missbrauch, schließlich suizidale Impulse. Außerdem die stärkere Ausprägung körperlicher Depressions-Symptome (Fachbegriff: Somatisierungstendenz, also eine Neigung zur „Verkörperlichung“ seelischer Nöte).

Und schließlich im Bereich der Psychomotorik eine Hemmung bis zur Blockierung. Dazu eine Rückzugs-Neigung und eingeschränkte Veränderungsfähigkeit. Und was besonders fatal ist: eine unzureichende Inanspruchnahme möglicher Hilfsangebote durch depressive Männer.

Die nachfolgende Übersicht fasst diese Problem-Bereiche noch einmal zusammen:

### **Männer-Depression**

- depressive Herabgestimmtheit und erhöhte Reizbarkeit zugleich
- in der Depression hohes Ausmaß an Hoffnungslosigkeit und damit Suizid-Gefährdung
- unzureichende Impuls- und Ärgerkontrolle in der Depression
- hohe narzisstische Kränkbarkeit, anhaltende Gekränktheit, „narzisstische Welt“
- Stresstoleranz eingeschränkt
- eher schlechte Compliance (therapeutische Mitarbeit), Schwierigkeiten mit Krankheit und Therapiekonzept
- Neigung zu selbstschädigendem Verhalten wie Alkohol- oder Medikamenten-Missbrauch oder schließlich gar Suizidalität
- Unfähigkeit, sich an neue Situationen anzupassen
- Neigung zu strengen Normen und zur Selbstverurteilung u. a.

Mod. nach M. Wolfersdorf et al., 2008

Es hat sich allerdings auch erwiesen, dass das Phänomen „Männer-Depression“ mehr differentialdiagnostische Probleme aufwerfen kann als bei Frauen. So gibt es Studien-Ergebnisse in verschiedene Richtungen, was wohl nicht nur mit methodischen Unterschieden der jeweiligen Untersuchung zu tun hat. Männer-Depressionen sind ganz offensichtlich ein in der Tat schwer einschätzbares, sauber abgrenzbares und vor allem rechtzeitig erfassbares Phänomen. Alles Aspekte, die nicht nur die wissenschaftliche Aufarbeitung erschweren, sondern auch den Leidensdruck der Betroffenen erhöhen, verlängern und ihre Prognose ggf. ungünstiger gestalten können.

Was empfehlen nun Professor Dr. Wolfersdorf und seine Mitarbeiterinnen Dr. Schulte-Wefers und Schaller zur gezielten Diagnostik einer Männer-Depression?

An erster Stelle steht das rechtzeitige Daran-Denken und sich vor allem bewusst machen, dass bei Männern depressive Bilder anders aussehen können

als bei Frauen. Auch die Behandlungsbereitschaft ist häufig geringer, vom spezifischen Hilfesuch-Verhalten ganz zu schweigen. Auch fällt bei Männern, vor allem mit einem strengen Über-Ich (also der so genannten Gewissens-Instanz) bzw. mit sehr hoher Leistungs- und Norm-Orientiertheit die schon erwähnte geringe Veränderungs-Möglichkeit auf. Alles Faktoren, die nicht nur die Diagnose, sondern auch die Therapie erschweren. Nachfolgend deshalb einige Problemfelder, zusammengestellt von den Bayreuther Experten auf der Basis der derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse:

### **Problemfelder Diagnose und Therapie der Männer-Depression**

- Das Daran-Denken auch bei (rein oder überwiegend) körperlicher Symptomatik.
- Krankheitsgefühl, Therapie-Einsicht und Behandlungs-Bereitschaft sind bei Männern anders gelagert.
- Auf Auslöser im Arbeitsbereich achten. Problemfelder sind „Opfer“, „Ärger“, chronische Gekränktheit und das in diesem Fall deutlich ausgeprägtere Abwehr-System im Sinne von Verleugnung, Vermeidung, Ausblenden.
- Falls sexuell aktiv die sexuelle Thematik erkennen: Lustlosigkeit, reduzierte Libido (vor und nach der Depression, während der Depression, unter entsprechenden Nebenwirkungen einer Therapie mit Psychopharmaka usf.).
- Geringe Veränderungs-Bereitschaft bzw. -Möglichkeit bei hohem Leidensdruck (Fachbegriffe: Über-Ich-Depression, strenges, rigides Über-Ich).
- „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“-Einstellung. Aber auch klagsam-vorwurfsvoll regressives Syndrom (“was hat man mir angetan“).
- Vermehrte Gereiztheit, aggressive Gestimmtheit, Überreaktion bei kleinsten Anlässen, Wut, Zorn, Groll.
- Vermehrter Alkoholgebrauch zur Selbstbehandlung.
- Abwehr von Depressivität durch exzessive Arbeit und Sport.
- Rasch Rückzug, Fassade, „mit sich allein abmachen“, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität.

### **Schlussfolgerung und strategischer Ausblick**

Die Depression ist – wie erwähnt – die häufigste und auch die lebensgefährlichste psychische Erkrankung. Dabei steht uns heute eine respektable Viel-

zahl von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung. Sie wird allerdings von Männern und Frauen ganz unterschiedlich in Anspruch genommen bzw. leider eben auch nicht. Denn – wie wir erfahren haben – neigen Männer in der Depression eher zu körperlichen Beschwerden, wirken gereizt und aggressiv, ziehen sich zurück, tendieren häufiger zu Selbstbehandlungsversuchen mit Alkohol – und vor allem zu einer verdeckten Suizidalität. Ihre höhere Impulsivität und Aggressivität, sprich narzisstische Wut, zerstörende Rache, ihre „Indianer-Mentalität“ führt dazu, dass sie nur begrenzt „anpassungsfähig“ sind. Das wird im Übrigen nicht nur psychologisch, sondern sogar psychophysiologisch interpretiert, also die biologische Ausgangslage betreffend.

Psychosozial liegt der Schwerpunkt der Depressions-Themen bei Männern eher im Arbeits- und Leistungsbereich (bei Frauen mehr im Beziehungsfeld und der persönlichen Fürsorge).

Mit anderen Worten: Männer brauchen andere Zugangs-Möglichkeiten zur Hilfsangeboten, ggf. sogar eine niedrigere Schwelle als Frauen, um sie vor depressiver Düsternis und ihren ggf. suizidalen Konsequenzen zu retten. Das gilt vor allem für den Bereich der hausärztlichen, d.h. allgemein-ärztlichen Versorgung, weshalb die Bayreuther Psychiater hier zum Abschluss ihres hilfreichen Beitrags folgende Empfehlungen anschließen:

### **Präventive und therapeutische Überlegungen zur Männer-Depression**

Dazu gehören:

- Das Wissen, dass es eine Depression auch bei Männern gibt, die sich nicht zuletzt durch eine eigene, letztlich schwer durchschaubare Symptomatik auszeichnet.
- Die Notwendigkeit, das Phänomen „Depression“ auch für Männer zu entstigmatisieren (beim weiblichen Geschlecht gibt es Fortschritte, bei Männern tut sich noch ein großer Aufgabenbereich auf).
- Die Verbesserung der Diagnostik von „Männer-Depressionen“, sprich die entsprechenden Symptome erkennen, verstehen und behandeln, was nicht nur die Medizin, sondern auch Psychologie, die Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie, ferner Seelsorge, Sozialarbeit, Pflegewissenschaft u. a. anbelangt.
- Bei Berufs- und Leistungsunfähigkeit, einschränkenden Erkrankungen, Insolvenzen, längerer Arbeitslosigkeit u. a. immer die Entwicklung von Depressionen bedenken (Stichworte: chronische Rückenschmerzen, Zustand nach Herzinfarkt, Krebs-Erkrankung etc.).

- Direktes Nachfragen nach Freudlosigkeit, Gereiztheit, Versagens-Gefühle, Perspektive- und Hoffnungslosigkeit.
- Adäquate Psychotherapie und antidepressive Medikation, Einbeziehung von Beratung, sozialpädagogischer Betreuung, Arbeitsamt usw.
- Männer vernachlässigen eher ihre Gesundheit, d. h. aktive Einbeziehung der Männer durch Hausarzt, nicht-psychiatrischen Facharzt usw.
- Gesundheitspolitisch das Phänomen „Männer-Gesundheit“ um den Fokus „Männer-Depression“ erweitern.
- Ärztliche Ausbildung (Studenten), Weiterbildung (Assistenzärzte) und Fortbildung (Fachärzte) nicht nur andrologisch, sondern auch mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Qualifizierung erweitern.
- Die Suizid-Prävention ernst nehmen, die Statistik gibt zu denken. Konkret: Fragen nach Hilf- und Hoffnungslosigkeit, konkreten beruflichen und persönlichen Perspektiven u. a. Das gehört zum Standard ärztlich-psychologisch-sozialpädagogischer Arbeit.

### **TEIL III: PSYCHOSOZIALE UND PSYCHODYNAMISCHE ASPEKTE DER MÄNNER-DEPRESSION**

Es versteht sich von selber, dass vor der „End-Strecke seelischen Leides“ aus psychiatrischer Sicht ein Vorfeld psychosozialer Aspekte belastet haben muss. Auch dazu gibt es zur „Männer-Depression“ seit Langem eine Reihe von vor allem englisch-sprachigen Fachbeiträgen, die in deutscher Sprache besonders von Frau Professor Dr. rer. soc. Anne-Maria Möller-Leimkühler, Leiterin der Abteilung Medizinische Soziologie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München, dargestellt wird. Nachfolgend eine Kurzfassung ihrer verschiedenen Publikationen, basierend auf dem Artikel *Männer, Depression und „männliche Depression“* in der Fachzeitschrift *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 77 (2009) 4112. Im Einzelnen, wobei in diesem Teil bewusst eine Reihe von Wiederholungen in Kauf genommen werden. Auch das unterstützt die Intention, die psychopathologischen und psychosozialen Besonderheiten der Männer-Depression mehr im Auge zu behalten:

#### **Der Einfluss der Geschlechter-Rolle auf Gesundheit und Krankheiten**

Obgleich sich die Geschlechter-Rolle durch den gesellschaftlichen Wandel deutlich verändert hat (für Frauen sehr viel stärker als für Männer), sind die so

genannten traditionellen Geschlechter-Stereotype (s. u.) aber weiterhin einflussreich und – insbesondere für Männer – handlungsleitend, wie es die Soziologen ausdrücken. Denn seelische (und sogar körperliche) Erkrankungen werden nicht nur durch die biologische Geschlechts-Zugehörigkeit über genetische (Erbanlage) und hormonelle Faktoren beeinflusst, sondern auch durch die soziale Geschlechter-Rolle, geprägt durch eine geschlechts-spezifische Sozialisation.

Dieser Begriff basiert auf dem Lernprozess von soziokulturell vorgegebenem, ja vorgeschriebenem geschlechts-adäquatem Verhalten im Alltag, beeinflusst von Familie, Vorbildern (englischer Fachbegriff: „peer groups“), Schule u. a. Wie sieht das aus, wenn man es auf einige wenige Faktoren reduziert, die aber dennoch den entscheidenden Einfluss haben?

Traditionelle männliche Normen betonen vor allem Belastbarkeit, Unabhängigkeit, Gelassenheit bis zur Unerschütterlichkeit (wenn auch nur äußerlich), das Akzeptieren von Konkurrenz (für sich selber, dann aber auch die anderen betreffend) – und vor allem das Meiden alles Femininem (Weiblichem), einschließlich Gefühle. Vor allem letzteres kann zum Problem werden, denn Emotionen hat jeder (normale) Mensch bis hin zur emotionalen Verletzlichkeit, wobei es naturgemäß günstiger ist, seine Gefühle zu erkennen und zu akzeptieren, auch wenn man sie situations-bedingt erst einmal zurückhalten (keinesfalls aber verdrängen) muss. Kurz: Die erwähnte geschlechts-spezifische Sozialisation hat ihren Preis, vor allem wenn sie unflexibel bis rigide (starr) gelebt wird.

So kann es nicht ausbleiben, dass nicht nur das weibliche, sondern eher auch das männliche Geschlechter-Stereotyp (also Vorurteil bis hin zur unreflektiert übernommenen Vorstellung) auf Grund einer gewissen Einseitigkeit (besser als Ein-Dimensionalität bezeichnet) eine ganze Reihe von Risiken enthält. Dies nicht zuletzt auf der Grundlage eines Ideals, das die Experten als eine „hegemoniale Männlichkeit“ (im Sinne einer zwar geforderten, aber nicht objektivierbaren Vormachtstellung) bezeichnen – und zwar als Ausdruck von Macht, Prestige und Überlegenheit.

Das aber ist nicht für jedermann realisierbar, und zwar nicht nur seelisch und/oder körperlich, sondern allein schon aus der individuellen sozialen Position heraus. Wenn also auch nicht erreichbar, so doch als Vorbild, eben als „handlungsleitende Ideologie“ bezeichnet, an der sich Männer selber messen und auch von anderen gemessen werden. Da aber die Realität anders aussieht wie das Ideal, pflegen Rollen-Konflikte nicht auszubleiben.

Und wie versucht „man(n)“ es auszugleichen? Durch („Über-“) Kompensationen, die unserer Gesellschaft leidvoll bekannt sind. Beispielsweise Aggressivität, extreme Risikofreudigkeit, Alkoholmissbrauch u. a. Kurz: das Ideal einer

„Männlichkeit“, wie sie heute offenbar als erstrebenswert betrachtet wird, hat auch ihre problematischen Seiten – wen wundert's.

Das schlägt sich nicht zuletzt in gesundheitlicher Hinsicht und damit in der Statistik der Krankenkassen nieder. Oder konkret: Gesundheit und Lebensqualität bzw. bei entsprechenden Defiziten ihre Konsequenzen, z. B. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit. Und dies nach Geschlecht differenziert (so genannte Gender-Forschung). Denn das ist die Erkenntnis der letzten Jahre: Hier gibt es Unterschiede, die zu berücksichtigen sind, nicht zuletzt aus sozial-psychologischer Sicht im Vorfeld, später für Diagnose, Therapie und Rehabilitation, wenn es nämlich zu unerträglichen Belastungen und schließlich Krankheit gekommen ist.

Und da zeigt sich beispielsweise, dass das Krankenstands-Niveau insgesamt zwar zurückgegangen ist, die Arbeitsunfähigkeits-Tage auf Grund seelischer Erkrankungen bei Männern hingegen angestiegen sind (beim weiblichen Geschlecht im Übrigen noch deutlicher). Mit anderen Worten: Es gilt neben den allseits bekannten biologischen Belastungen immer häufiger auch psychosoziale Aspekte zu berücksichtigen, und zwar nicht nur aus individueller Sicht (nämlich Leid reduzieren helfen), sondern auch um die wachsenden Kosten in den Griff zu bekommen (ein Aspekt, über den inzwischen gesprochen werden darf).

Wie steht es aber nun um einzelne Belastungsfaktoren, wenn die psychischen Störungen inzwischen zu den häufigsten volkswirtschaftlich relevanten Risiken gehören?

### **Frauen-Depression – Männer-Depression**

Frauen haben eine 2- bis 3-fach höhere Depressions-Rate. Das ist eine alte Erkenntnis. Oder konkret: Die Lebenszeit-Prävalenz, d. h. das Risiko, im Laufe eines Lebens mindestens einmal an einer Depression zu erkranken, liegt inzwischen – je nach Studie – beim weiblichen Geschlecht zwischen 12 und 20%, bei den Männern zwischen 5 und 12%. Gesamthaft gesehen sind das übrigens mehr als acht Millionen Betroffene, allein in Deutschland. Was aber fällt dabei auf?

Männer haben offenbar mit weniger Depressionen zu kämpfen als Frauen. Ihre Suizid-Rate aber liegt um das 3- bis 10-Fache höher als die beim weiblichen Geschlecht. Wer jedoch Hand an sich legt, hat in der Mehrzahl der Fälle mit einer Depression zu kämpfen (man spricht von 60 bis 80%, im erweiterten Sinne sicher noch mehr). Wie aber ist dieser Unterschied zu erklären: Einerseits „objektiv“ bzw. nach eigenem Bekunden nicht depressiv, andererseits deutlich häufiger suizidal (und zwar bis zum bitteren Ende). So etwas nennen die Experten ein Geschlechter-Paradox: niedrige Depressions-, aber hohe

Suizidrate bei Männern, hohe Depressions-, aber niedrigere Suizidrate bei Frauen.

Mit anderen Worten: Depressionen scheinen beim männlichen Geschlecht häufiger unerkannt zu bleiben (und damit auch nicht gezielt behandelt zu werden – mit allen Konsequenzen). Das wird inzwischen auch von entsprechenden Studien unterstrichen.

Nun fragen sich aber die Experten wie Frau Professor Dr. Möller-Leimkühler: Welche Gründe sind für die nachweisliche Unter-Diagnostizierung und Unter-Behandlung depressiver Männer entscheidend? Und sie fügt gleich zusammenfassend an:

Aus soziologischer Perspektive erscheinen drei Faktoren wesentlich:

- eine mangelnde Hilfe-Suche
- ein dysfunktionales Muster der Stress-Verarbeitung sowie
- ein Gender-Bias (in diesem Fall geschlechts-spezifische Verzerrung) in der Diagnostik der Depressionen

Der gemeinsame Nenner dieser Faktoren ist das historisch-gesellschaftliche Konstrukt der traditionellen Maskulinität. Dies schließt die Erkrankung an einer Depression bei Männern aus und fördert ihre Maskierung durch männer-typisches externalisierendes Verhalten. Was heißt dies konkret?

### **Stress und Stress-Verarbeitung**

Zu den traditionellen Männlichkeits-Normen zählt man – wie erwähnt und jetzt konkret: beispielsweise Macht, Erfolg, Stärke, Selbstsicherheit, Unabhängigkeit u. a. (Gegensatz zu Attributen wie Passivität, Angst, Schwäche, Traurigkeit, Introvertiertheit, Selbstunsicherheit usw., die der Weiblichkeit zugeschrieben werden). Diese Männlichkeits-Ideologie hat aber ihre Risiken, teils individuell, vor allem aber gesellschaftlich gesehen, nicht zuletzt bei der offenbar zunehmenden Depressions-Gefahr. Und zwar über die männliche Stress-Vulnerabilität (d. h. Verwundbarkeit) und Stress-Verarbeitung (im Extremfall bis hin zur Lebensmüdigkeit).

Im Unterschied zum weiblichen Geschlecht, das auf Grund seiner psychosozialen und innerseelischen Orientierung bedeutend anfälliger ist für Beziehungs-Stress, sind Männer eher psychobiologisch gesehen leistungsbezogenen Stressoren ausgeliefert. Denn diese bedrohen vor allem ihren sozialen Status, der aus verschiedenen Faktoren zusammengesetzt ist, wie oben dargestellt.

Und das erklärt dann die besondere Verwundbarkeit gegenüber sozio-ökonomischen Belastungen.

Männer – so die Experten – reagieren auf Stress mit dem typischen „Fight-or-Flight“-Muster – mit einem hohen Risiko für Selbst- und Fremdschädigung. Diese Art von Stress-Reaktion ist einerseits biologisch bedingt durch ein höheres Aggressions-Potential und das männliche Geschlechtshormon Testosteron. Dessen Spiegel steigt besonders in Konfrontations-Situationen an, bei denen es um Erhalt oder Erwerb von Macht und Dominanz geht. Denn, so Frau Professor Dr. A. M. Möller-Leimkühler: „Macht und Dominanz, Kontrolle, Mut, Leistungs- und Wettbewerbs-Orientierung, Unabhängigkeit, Autonomie, Rationalität, Aktivität und Unverletzlichkeit sind Wert-Vorstellungen und Handlungs-Leitlinien traditioneller hegemonialer Maskulinität, von deren Erreichung die Selbstwert-Einschätzung abhängig gemacht wird“. Und weiter: „Die Erreichung dieser Ideal-Normen ist nur auf Kosten der Kontrolle von Emotionen wie Angst, Unsicherheit, Schwäche, Traurigkeit und Hilflosigkeit möglich, die als weiblich definiert werden“.

Das hört sich eindrucksvoll an, birgt aber erhebliche Risiken auf verschiedenen Ebenen, wie man sich denken kann, nicht zuletzt die Gesundheit betreffend. Gleichwohl wird sie vor allem von jungen Männern geradezu exzessiv ausgelebt mit/durch Aggressivität, Ärger, Alkoholmissbrauch, Feindseligkeit, riskantem und antisozialem Verhalten und Gewalt. Konkret: (über-)kompensiert mit der Konsequenz: hohe seelische, körperliche, psychosoziale und materielle Kosten.

Und deshalb ist es im Männlichkeits-Stereotyp nicht vorgesehen, Hilfe zu suchen, selbst bei Bedarf oder „mit dem Rücken zur Wand“. Denn das heißt Eingeständnis von Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit. Und dies käme einem Status- und Identitäts-Verlust gleich.

Woher weiß man dies? Nochmals: Männer weisen in allen Altersgruppen eine geringere Inanspruchnahme professioneller Hilfe auf (im Verhältnis von 1 : 2). Seelische oder emotionale Probleme sind selten der Grund, um einen Arzt aufzusuchen und werden deshalb auch entsprechend selten angesprochen. Und dies bei der dann doch überraschenden Suizid-Relation (s. o.), wie es deutlicher nicht sein könnte. Das gipfelt dann in der Schlussfolgerung: „Frauen suchen Hilfe – Männer sterben“. Oder noch härter: „Frauen suchen Hilfe – Männer bringen sich um“.

### **Risikofaktoren für die „Männer-Depression“**

Es gibt Risikofaktoren, die betreffen beide Geschlechter gleich. Dazu gehört beispielsweise ein niedriger sozio-ökonomischer Status. Häufiger sind offenbar Unterschiede, die auf typische Rollen-Belastungen bzw. Bewältigungs-Defizite verweisen. Nachfolgend eine tabellarische Übersicht:

## Psychosoziale Risikofaktoren nach Geschlechtern

### Risikofaktoren für Frauen

niedriger sozio-ökonomischer Status

niedriges Bildungs-Niveau

Hausfrau

Ehefrau

Mutter

alleinerziehende Mutter

geringe soziale Unterstützung

Versorgung pflege-bedürftiger Angehöriger

sexueller Missbrauch in der Kindheit

Nach A. M. Möller-Leimkühler, 2009

### Risikofaktoren für Männer

niedriger sozio-ökonomischer Status

allein-lebend

Scheidung/Trennung

Arbeitslosigkeit

berufliche Gratifikations-Krisen

Pensionierung

chronische Erkrankung

Danach haben Frauen mit vielfältigen Stress-Ursachen zu kämpfen. Bei Männern ist der Beruf eine dominierende Stress-Quelle (bzw. am besten untersucht). Denn Männer haben nicht nur die gefährlicheren Berufe, sie sind auch stärker von der zunehmenden Arbeitsplatz-Unsicherheit betroffen, durch Arbeitslosigkeit belastet und einem höheren seelischen Erkrankungs-Risiko durch ungünstige psychosoziale Arbeits-Bedingungen ausgesetzt (Stichwort: Gratifikations-Krise, auf den einfachsten Nenner gebracht: keine Anerkennung, geschweige denn Dankbarkeit).

Das alles geht nicht zuletzt auf eine Kombination von hohen Anforderungen und geringer Kontrollmöglichkeit zurück, begleitet von hoher Verausgabung und wenig Belohnung im übergeordneten Sinne. Hier liegt dann auch der

Schwerpunkt der männlichen Vulnerabilität (seelischer und psychosozialer Verwundbarkeit).

Dabei spielt im Übrigen auch die zunehmende und häufig durchaus erfolgreiche Emanzipation der Frau (nicht zuletzt beruflich gesehen) eine Rolle. Sie betrifft nämlich nicht nur die Erwerbstätigkeit (zumindest in bestimmten Schichten und Berufen), sondern auch ihre Trennungs-Bereitschaft. Letzteres ist ein erstaunliches Phänomen, das aber nicht nur im privaten, zwischenmenschlichen Bereich, sondern sogar statistisch immer deutlicher wird – mit allen Folgen für den Mann (siehe Risikofaktoren für Männer: Scheidung/Trennung). So steigt – im Unterschied zu Frauen, die eine Trennung/Scheidung erleben – das Depressions- und Suizid-Risiko bei Männern um ein Vielfaches. Das ist sicher für so manchen neu. Und heißt, dass die Ehe für Männer offenbar deutlich mehr gesundheits-schützende Effekte hat, als bisher angenommen.

### **Zur Symptomatik der „Männer-Depression“**

Das Fazit der bisherigen Erkenntnisse würde also lauten: Depressionen können sich beim männlichen Geschlecht anders äußern als die bisher bekannten und diagnostisch genutzten „klassischen Depressions-Symptome“. Das hörten wir schon im Teil II dieser Ausführungen. Und es dürfte vor allem mit gewissen männer-typischen Abwehr-Strategien zum Schutz einer „starken“ Fassade zusammenhängen.

Dabei scheinen sich die so genannten Kern-Symptome – zumindest bei jenen Patienten, die in einer Klinik behandelt werden müssen –, wenig oder gar nicht zu unterscheiden. Allerdings sind Männer in der Schilderung ihres Leidensbildes deutlich zurückhaltender, zumal dann, wenn sie nicht gezielt nach depressions-typischen Krankheitszeichen abgefragt werden. Diese – im Bedarfsfall natürlich verhängnisvolle – Zurückhaltung findet sich übrigens nicht nur im näheren, vor allem aber weiteren Umfeld, sondern auch beim (Haus-)Arzt, der ebenfalls kaum darauf angesprochen wird.

Im Weiteren wurde zumindest in einigen Studien eine erhöhte Feindseligkeit, verstärkter Alkoholkonsum und eine ausgeprägtere Agitiertheit (unruhig, nervös, fahrig, gespannt) gefunden. Dabei sind allerdings auch gesellschafts-spezifische Aspekte zu beachten, die das männer-typische Beschwerdebild modifizieren können (z. B. Alkohol-Verbot in bestimmten Kulturen, strenge Gleichstellung beider Geschlechter u. a.)

Deshalb wurde auf Grund gezielter Studien (vor allem aus dem skandinavischen Bereich) ein Symptom-Katalog zur „männlichen Depression“ vorgeschlagen, der folgende diagnostische Kriterien enthält (nach F. Zierau u. Mitarb., 2002, zitiert nach A. M. Möller-Leimkühler, 2009). Im Einzelnen, entsprechende Hinweise in Teil II ergänzend:

## Diagnostische Kriterien der „männlichen Depression“

- vermehrter sozialer Rückzug, der oft verneint wird
- Burn-out: berufliches Über-Engagement, das mit Klagen über Stress maskiert wird
- Abstreiten von Kummer und Traurigkeit
- zunehmende rigide Forderungen nach Autonomie (sprich: in Ruhe gelassen werden)
- Hilfe von anderen nicht annehmen: das „Ich kann das schon allein“-Syndrom
- abnehmendes oder zunehmendes sexuelles Interesse
- zunehmende Intensität oder Häufigkeit von Ärgerattacken
- Impulsivität
- vermehrter bis exzessiver Alkohol- und/oder Nikotinkonsum (aber auch süchtig nach TV, Sport u. a.)
- ausgeprägte Selbstkritik, bezogen auf vermeintliches Versagen
- Versagens-Angst
- andere für eigene Probleme verantwortlich machen
- verdeckte oder offene Feindseligkeit
- Unruhe und Agitiertheit
- Konzentrations-, Schlaf- und Gewichtsprobleme

Tatsächlich finden sich in einigen Studien, die dem bisher unklaren Phänomen der „Männer-Depression“ konkret nachspürten, vor allem folgende Erkenntnisse:

- Neben den üblichen depressiven Symptomen sind es bei Männern vor allem Gereiztheit, Irritabilität (leichte Erregbarkeit, Reizbarkeit, aber auch schnell durcheinander zu bringen u.a.), ferner Aggressivität, Ärger-Attacken sowie ggf. antisoziales Verhalten, was auffällt.
- Werden (z. B. wie bei einer Alkoholiker-Stichprobe) neben den klassischen Depressions-Symptomen auch die so genannten untypischen, aber nach den jetzigen Erkenntnissen halt für Männer typischen Abwehrmuster erfasst, dann erhöht sich der Prozentsatz der jetzt fundiert diagnostizierten depressiven Männer deutlich.

- Oder bei einer klinisch behandelten Gruppe von Depressiven: Bei Männern deutlich häufiger Ärger-Attacken, Neigung zu ausgeprägter affektiver Rigidität (Starrheit) sowie höherer Irritabilität.
- Bei Männern häufiger Schlafstörungen und Substanz-Missbrauch, Irritabilität, Aggressivität und antisoziales Verhalten, bei Frauen eher Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Substanz-Missbrauch, Unruhe, depressive Verstimmungen und Klagsamkeit.
- Und schließlich ein bedeutsamer Aspekt, der da lautet: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Beschwerdebild finden sich vor allem in den frühen Stadien einer depressiven Erkrankung. Und dies insbesondere als Folge der erwähnten geschlechts-spezifischen Coping-Strategien, d. h. der männer-typischen Einstellung, mit einer depressiven Belastung umzugehen.

## LITERATUR

Wichtiges Themen-, vor allem Diagnose- und Behandlungsfeld, in Zukunft immer bedeutsamer werdend (Statistik!). Nachfolgend eine begrenzte Literatur-Auswahl aus deutsch-sprachigen Fachbüchern:

*Angst, J., C. Ernst:* **Geschlechtsunterschiede in der Psychiatrie.** In: Weibliche Identität im Wandel. Studium Generale. Universität Heidelberg, 1989/1990

*DAK (IGGS Institut GmbH):* **Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Mann und Gesundheit.** DAK-Forschung, Hamburg 2008

*Keller, F.:* **Belastende Lebensereignisse und der Verlauf von Depressionen.** Waxmann-Verlag, Münster-New York 1997

*Lindner, R.:* **Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie.** Psychosozial-Verlag, Gießen 2006

*Mauthe, J.-H. (Hrsg.):* **Krankheit & Geschlecht.** Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternfeld-Berlin 1999

*Meuser, M.:* **Geschlecht und Männlichkeit.** Verlag Leske und Budrich, Opladen 1998

*Möller-Leimkühler, A. M.:* **Männer.** In: G. Stoppe u. Mitarb. (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2006

*Rau, R. u. Mitarb.:* **Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen.** Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund 2010

*Ruppe, A.:* **Langzeitverlauf von Depressionen.** Roderer-Verlag, Regensburg 1996

*Scherer, K. R. (Hrsg.):* **Psychologie der Emotion.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1990

*Schwarzer, R.:* **Psychologie des Gesundheitsverhaltens.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1996

*Traue, H. C.:* **Emotion und Gesundheit.** Akademischer Verlag, Heidelberg-Berlin 1998

*Wolfersdorf, M.:* **Psychische Erkrankung und männliches Geschlecht.** In: M. Stiehler, Th. Klotz (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Juventa-Verlag, Weinheim-München 2007