

***MÄNNER HABEN'S SCHWER!!!!***  
**DER DEPRESSIVE MANN IN DER 2. LEBENSHÄLFTE**

**Dr. Thomas Kapitany**  
**Kriseninterventionszentrum Wien**

# GESCHLECHTERROLLEN

## „FAMILIENERNÄHRER UND ZUVERDIENERIN“

### Erwerbstätige Gesamt, Anteil der Frauen

- 1994: 43,0 %
  - 2013: 46,7 %
- 
- Erwerbstätige Männer Teilzeit:
    - 1994: 4,2 %
    - 2013: 10,0 %
  
  - Erwerbstätige Frauen Teilzeit:
    - 1994: 26,0 %
    - 2013: 45,5 %

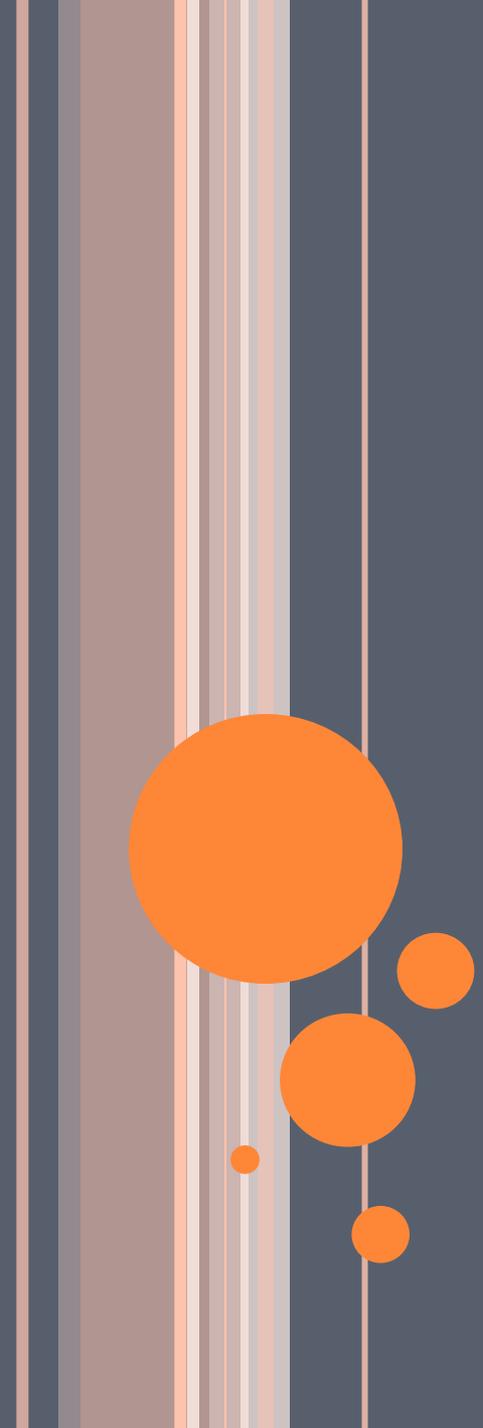
*Quelle: Statistik Austria 2014*



# DEPRESSION PRÄVALENZRATEN

- 12 Monatsprävalenz
  - Psychiatrische Erkrankungen gesamt 27 %
  - Alle Affektiven Erkrankungen 9,1 %
  - Major Depression 8,3 %
    - Frauen 11,5 %
    - Männer 5,1 %
- Lebenszeitprävalenz Depression
  - Frauen 23 – 32 %
  - Männer 11 – 17 %
- Häufigkeit nach Geschlecht
  - w:m = 2:1





**„MÄNNER HABEN´S SCHWER,  
NEHMEN´S LEICHT.“**

**Herbert Grönemeyer**

# MÄNNERGESUNDHEIT ÖSTERREICH 2013

- Lebenserwartung
  - **M**            **78,45 Jahre**
  - **F**            **83,56**
- Personen verstorben vor dem 65. Lebensjahr (02-13)
  - **M**            **66,4 %**
  - **F**            **33,6 %**
- RaucherInnen in der Bevölkerung
  - **M**            **27,3 %**
  - **F**            **19,4 %**
- Anteil an den 330.000 chronischen AlkoholikerInnen
  - **M**            **80 %**
  - **F**            **20 %**
- Anteil der Suizide (02-13)
  - **M**            **75,8 %**
  - **F**            **24,2 %**



# DEPRESSION BEIM MANN

- 1) Geschlechter-Bias Suizid
  - Suizidopfer 75 % Männer
  
- 2) Stabilste Variable bei Suizidopfern:
  - Depression in 70 bis 90 %



**Hypothese:**

**Die Männerdepression wird seltener erkannt!**



# SYMPTOME DER DEPRESSION (ICD-10)

## **Hauptsymptome (mindestens 2)**

- Gedrückte Stimmung
- Interesselosigkeit/Freudlosigkeit
  - Gleichgültigkeit gegenüber geliebten Objekten und Aktivitäten
- Verminderter Antrieb
  - Rasche Ermüdbarkeit und Erschöpfung
  - Sozialer Rückzug
- Dauer der Beeinträchtigung mind. 2 Wochen



# SYMPTOME DER DEPRESSION (ICD-10)

## **Andere häufige Symptome (mindestens 2-4)**

- Verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- Hemmung/Unruhe
- Selbstbeschädigung, suizidales Verhalten
- Schlafstörung
- Appetitminderung
- Morgentief

Dauer der Beeinträchtigung min. 2 Wochen



# DIE MÄNNLICHE DEPRESSION I

- Depressive Patienten in stationärer Behandlung
  - Keine Geschlechtsunterschiede bzgl. Kernsymptome (Angst 2002)
  - Alter:  $m > f$
  - Schweregrad bei Aufnahme (Wolfersdorf 2006)
    - Fremdbeurteilung  $m > f$
    - Männer: + Reizbarkeit, Agitiertheit, Feindseligkeit, Alkoholmissbrauch
    - Selbstbeurteilung  $m < f$
    - **Aber: Männer subjektiv mehr Hoffnungslosigkeit!**
  - Bei Entlassung und nach 1 Jahr (Wolfersdorf 2006)
    - **Fremd- und Selbstbeurteilung bei Männern und Frauen gleich!**



# DIE MÄNNLICHE DEPRESSION II

*Schulung von AllgemeinmedizinerInnen im Erkennen und Behandeln von Depression in Gotland, SWE (Rutz et al. 1989)*

## ■ Resüme

- Mehr Depressionen erkannt und behandelt (+AD, - TQ)
- Erheblich Abnahme der Suizidrate (- **60%**)
- Weniger Krankenhausbehandlungen
- Relevante gesundheitsökonomische Aspekte
  
- **Geschlechtsunterschiede – Positive Auswirkungen:**
  - Bei Frauen
  - **Nicht bei Männern!**



# DIE MÄNNLICHE DEPRESSION III

- Annäherung der Depressionsraten von Mann und Frau (L. Martin et al., 2013)
  - Durch Einsatz von Skalen, die die postulierten „männlichen“ Depressionssymptome mit einbeziehen
  - Bei Männern:
    - Ärgerattacken/Aggressivität, Gereiztheit, Impulsivität
    - Risikoverhalten
    - Substanzmissbrauch
    - Keine Vitalitätsstörung bzw. Hyperaktivität



# FORMEN DER DEPRESSION

## ○ Depression bei Männern

- Reizbarkeit, Wutanfälle, unbändiger Ärger
- niedrige Impulskontrolle (schnelles Aufbrausen)
- Neigung zu Vorwürfen und nachtragendem Verhalten
- geringe Stresstoleranz
- hohe Risikobereitschaft
- sozial unangepasstes Verhalten
- höherer Gebrauch von Suchtmitteln (vor allem Alkohol und Nikotin)

## ➤ Gefährdungen

- Alkoholismus, Suchterkrankung
- Somatische Erkrankung
- Unbehandelt bleiben
- Suizid



# VERLAUF DEPRESSION

## ○ Mortalität

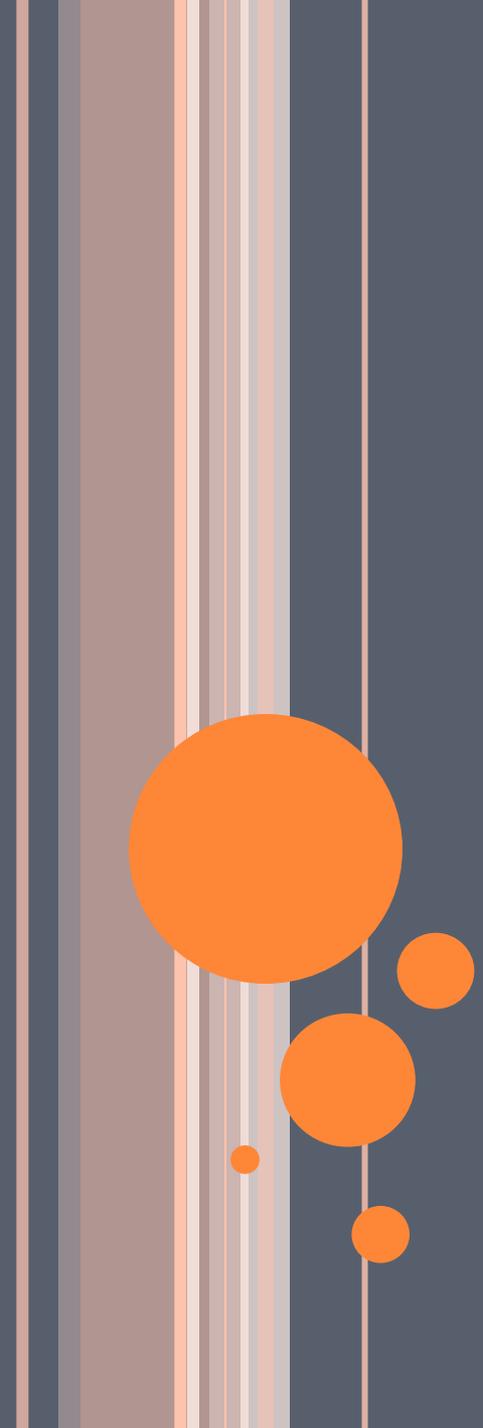
- 20-fach erhöhtes Suizidrisiko
- 60-fach erhöhtes Suizidrisiko bei unbehandelter Depression
- Erhöhte Mortalität für natürliche Todesursachen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen



# URSACHEN DER DEPRESSION

- Traditionell:
  - Psychogen – Endogen – Organisch
- Aktuell:
  - Genetik:
    - z.B. 5-HT Transporter Gen (geringere Resillienz bei Trauma)
    - Bedeutung Epi-Genetik
  - Vulnerabilitäts-Stress-Modell
    - Das Auftreten einer affektiven Störung bei genetisch vulnerablen Individuen erst im Zusammenspiel mit Auslösefaktoren (hormoneller Umstellung, körperlichen Erkrankungen, psychosoziale Belastung)
  - Familiäre Häufung von Depression: auch familiäre Häufung von belastenden Lebensereignissen
  - Frühe Traumatisierung und Kindling – Bahnung der Reizempfindlichkeit
  - Bedeutung von Stress, früher Trennung,
    - Psychodynamisch: fehlgeleitete affektive Abstimmungsprozesse zwischen Eltern und Kind
    - Im Beruf: hohe Anforderungen bei geringer autonomer Kontrolle, oder
    - Missverhältnis Anstrengung und Belohnung (materiell, ideell)





# „WANN IST MAN EIN MANN?“

Herbert Grönemeyer

# WARUM MÄNNER SICH SUIZIDIEREN UND FRAUEN SUIZIDVERSUCHE MACHEN

- Suizide
  - Männer : Frauen 3 : 1
- **Suizidversuche**
  - Männer : Frauen ~ 1 : 1,2 [(m: 5x SR (SVR108), f: 17x SR (SVR131))]
- Letalitätstheorie:
  - Härtere Suizidmethoden bei Männern
- Geschlechterstereotypen:
  - Männer: rationaler Akt Suizid
  - Frauen: emotionaler Akt Suizidversuch
- **Hilfesuchverhalten Männer:**
  - Wesentlich geringer (m:f = 1:2)
- Depression
  - Männer : Frauen 1 : 2



# „WANN IST EIN MANN EIN MANN?“

Traditionelles männliches Rollenverhalten

„*Fight or Flight*“ statt *Kooperation*

- Erwerb oder Erhalt von Macht und Dominanz – durch:
  - Kontrolle
  - Mut
  - Leistungs- und Wettbewerbsorientierung
  - Unabhängigkeit
  - Rationalität – Logik
  - Aktivität
  - Unverletzlichkeit



# „WANN IST EIN MANN EIN MANN?“

Traditionelles männliches Rollenverhalten

„*Fight or Flight*“ statt *Kooperation*

- Die Folgen davon
  - Kontrolle von Emotionalität
    - „Angst, Unsicherheit, Traurigkeit gefährden Dominanz“
    - Selbstbetäubung durch
      - Alkoholismus
      - Sensation seeking
      - Übermäßigen Sport
      - Sexuelle Bestätigung
  - Somatisierung
    - Verschiebung von Emotionalität, Konflikten und Spannungen auf die Ebene des Körpers:
    - „[...] körperliche Einschränkungen führen zu einer Destabilisierung und so zum Erleben von verdrängten Ängsten, [...] und Ungeborgenheitserfahrungen.“ (Lindner 2010)



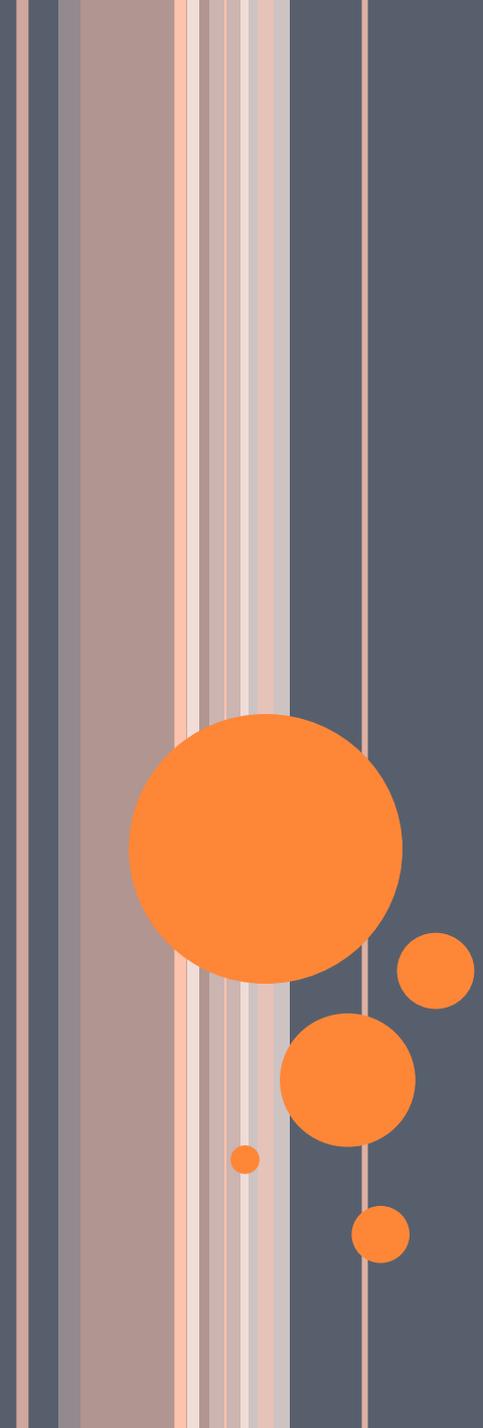
# „WANN IST EIN MANN EIN MANN?“

Traditionelles männliches Rollenverhalten

„*Fight or Flight*“ statt *Kooperation*

- Die Folgen davon
  - Ablehnung Hilfe zu suchen
  - „Hilfsbedürftigkeit gefährdet die männliche Identität“
  - Verstärkt bei Männern mit zurückgezogener Dynamik (Lindner et al. 2010)
- Suizid als Ausweg
  - Rettung des Selbstwerts statt Offenbarung von Schwäche, Versagen, Bedürftigkeit (Paradoxon?)



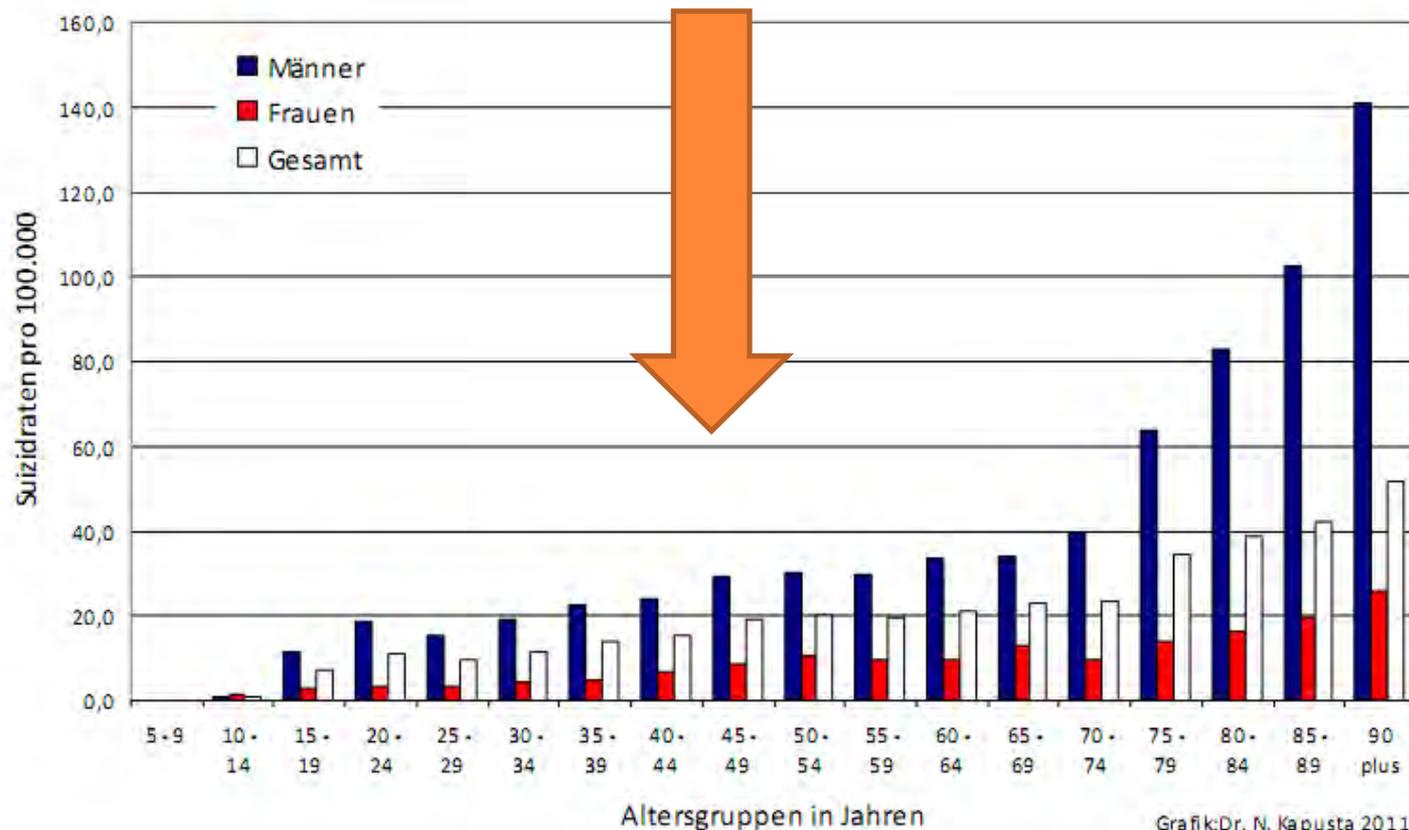


**„WANN BLEIBT EIN MANN EIN  
MANN?“**

**frei nach Herbert Grönemeyer**

# Midlife Crisis

*„Innere Unstimmigkeit von 35- bis 45-jährigen anlässlich der Einsicht, dass man nicht mehr Formel-1-Weltmeister, Top-Manager oder Ehemann von Angelina Jolie werden wird.“ (J. Stadler, Falter)*



# RISIKOFAKTOREN FÜR DEPRESSION

Frauen	Männer
Niedriger Sozioökonomischer Status	Niedriger Sozioökonomischer Status
Versorgungsrolle (Hausfrau, Ehefrau, Mutter)	Alleinlebend
Alleinerziehende Mutter	Nach Scheidung/Trennung
Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger	Arbeitslosigkeit
Geringe soziale Unterstützung	Berufliche Gratifikationskrisen
Sexueller Missbrauch in der Kindheit	Pensionierung
„High-effort/low-reward conditions“	Chronische Erkrankung

Nach Möller-Leimkühler 2009



# RISIKOFAKTOREN FÜR DEPRESSION

## Männer

Niedriger Sozioökonomischer Status

Alleinlebend

Nach Scheidung/Trennung

Arbeitslosigkeit

Berufliche Gratifikationskrisen

Pensionierung

Chronische Erkrankung

## Verlustkrisen

Isolation

Verlust von

- Lebenssinn
- Anerkennung
- Bestätigung

Bedrohung des Selbstwerts

## Narzisstische Krisen

Nach Möller-Leimkühler 2009 (wro)



# ENTSTEHUNGSBEDINGUNGEN DER „MÄNNLICHEN DEPRESSION“

## Zusammentreffen

von

### 1. persönlichen Faktoren, erhöhter Vulnerabilität

- Frühe Trennungserfahrungen und Verluste
- Traumatisierung
- Mangelnde oder nicht adäquate Fürsorge der primären Bezugspersonen
- Genetische Disposition

mit

### 1. gesellschaftlich geprägten Rollenerwartungen und -zuschreibungen

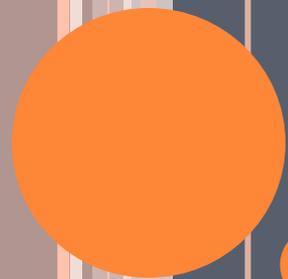


# REAKTION DER UMWELT

Auf die typischen männlichen Symptome einer Depression

- Unverständnis
- Gegenaggression
- Kränkung
- Hilflosigkeit
- Rückzug





„WAS HILFT DEM MANN?“

# DEPRESSION BEIM MANN – GIBT ES HILFE?

## Präventive und therapeutische Überlegungen

- Enttabuisierung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankung inkl. Depression bei Männern
- Männerspezifische Angebote
  - Beratung
  - Psychotherapie
  - Gesundheitsförderung
- Fokus Männergesundheit/Männermedizin
  - Schwerpunkt Männer-Depression
  - ? Männersprechstunde
    - Hausarzt/Hausärztin
    - Fachärzte
  - Aus- und Fortbildung
  - Schwerpunkt Suizidprävention



# GRUNDPRINZIPIEN KRISENINTERVENTION

(SONNECK 1977, S3-LEITLINIEN 2004)

## Gesprächs- und Beziehungsangebot

- Beziehung herstellen; Zeit, Raum und Akzeptanz zur Verfügung stellen, Halt geben, Leid aushalten

## Diagnostik und Einschätzung

- Erfassen der Situation, Einschätzung Suizidalität und Handlungsdruck

## Akutmanagement und Versorgung

- Linderung von Symptomen, Abwenden von Gefahren
- Leute einbeziehen, die unterstützen und sichern

## Therapie und Problemlösung

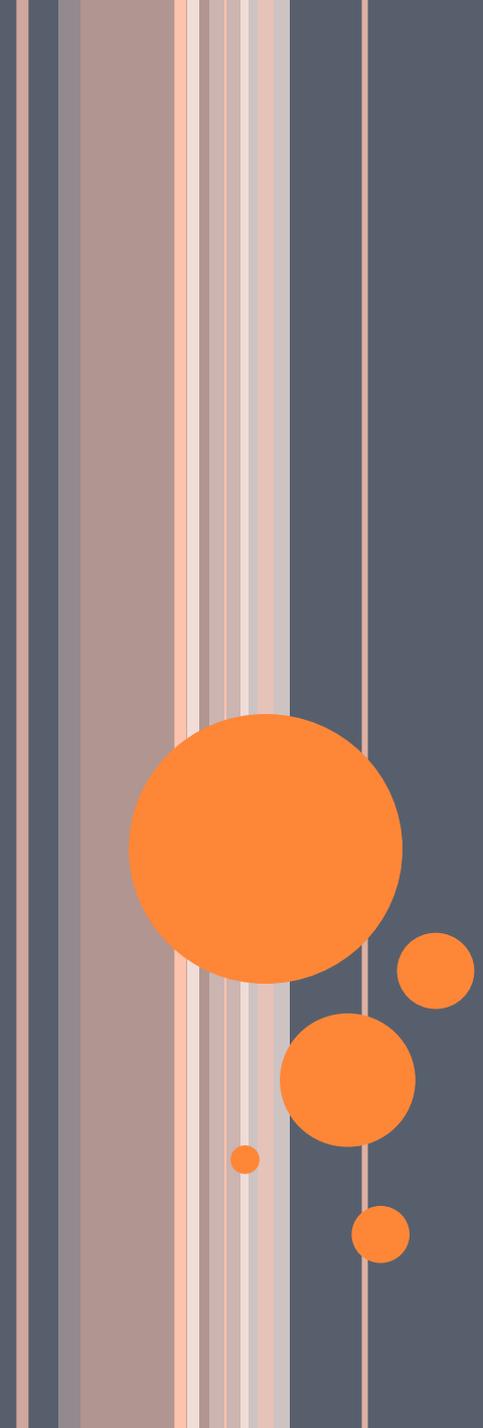
- Ansatz zur Problembewältigung, Therapieplanung



# KRISENINTERVENTION

- Beziehungsfördernde Haltung
  - Aktives Ansprechen und Nachfragen
    - Das veränderte Verhalten (gerade auch Reizbarkeit, Missmut, etc.)
    - Lebensereignisse – Lebensveränderungen – Verluste
    - „Ich mache mir Sorgen“
  - Verstehen wollen
  - Dem Patienten die Möglichkeit geben, Leidvolles mitzuteilen
    - Mit der Bereitschaft Leid auch anzuhören
  - Aushalten, wenn ich keine Problemlösung anbieten kann
  - Auf argumentierendes Diskutieren verzichten
  - Krisenankennung – Psychoedukation



A decorative vertical bar on the left side of the slide, featuring a gradient from dark blue to light blue and several orange circles of varying sizes. The text is positioned to the right of this bar.

# PSYCHOPHARMAKA – BEHANDLUNG VON DEPRESSION UND SUIZIDALITÄT

# ANTIDEPRESSIVE THERAPIE BEI SUIZIDALITÄT

- Substanzen mit serotonerger Wirkkomponente
  - SSRI oder Dual serotonerg + noradrenerg (SNRI)
- ABER: Achtung Wirklatenz
- keine Substanzen mit geringer therapeutischer Breite  
(keine Trizyklischen Antidepressiva TZA)
- Reduktion von anfänglichen Nebenwirkungen durch  
einschleichende Dosierung
- abhängig von der Akuität begleitende symptomatische Therapie  
(Sedierung, Schlafförderung, ....)
- kurzfristig wiederbestellen



# ANTIDEPRESSIVA NEBENWIRKUNGEN

- Serotonerge Nebenwirkungen
  - häufig zu Beginn: Gastrointestinale NW/ Unruhezustände Angst/ Schlafstörungen/ Kopfschmerzen
  - **häufig im Verlauf: Sexualstörungen (cave beim älteren Mann – Aufklärung besonders wichtig)**
- Seltene schwerwiegende serotonerge NW
  - Qtc- Verlängerung
  - Blutungsneigung verstärkt
  - Serotoninsyndrom
  - Hyponatriämien (SIADH)



# EINSATZ VON TRANQUILLIZER BEI AKUTER SUIZIDALITÄT

- Keine reinen Hypnotika (ohne anxiolytische Wirkung)
- Eher keine reinen Anxiolytika (ohne sedierende Wirkung)
- Keine Substanzen mit sehr kurzer HWZ (Rebound-Gefahr)
  
- Kurzfristig wiederbestellen
- Versorgung mit wenigen Tagesdosen
- **kontrollierte Behandlung** über begrenzte Zeit (Tage bis 2 oder 3 Wochen)

geeignet sind z.B.:

(Diazepam)

Oxazepam

Lorazepam

---

Sehr eingeschränkt,  
nicht kontinuierlich

Praxiten, Anxiolit

Temesta



# PSYCHOPHARMAKA IN DER KRISENINTERVENTION – GEFAHREN

Gefahr	Maßnahme
Unzureichende akute Wirksamkeit, Entstehung eines Reboundeffekts	Substanzen mit längerwirksamer Tranquilizerwirkung Kurzfristige Therapiekontrolle
Unzureichende Wirksamkeit im Verlauf	Kurzfristige Kontrolltermine Notfallintervention und -management klären
Non-Compliance	Ausreichende Exploration ausreichende Aufklärung
Selbstschädigende Einnahme der verordneten Medikation, Intoxikation	Medikamente mit großer therapeutischer Breite (keine TZA) Akut nur kleine Medikamentenmengen
Abhängigkeitsentwicklung	Konsequentes ärztliches Monitoring bei Benzodiazepinen Zeitlich begrenzter Einsatz



# DEPRESSION BEIM MANN – HILFE KOMMT!

- Verstehen
  - *Der verletzliche Kern*
- Erkennen – **Daran denken**
  - *Bei Verhaltensänderungen*
  - *Bei psychosozialen Krisen- und Verlustsituationen*
  - *Bei somatischen Erkrankungen*
- Ansprechen – **Danach fragen**
  - *Frage nach Stressoren*
  - *Frage nach Verlusten*
  - *Wie ist die soziale Situation*
- Aussprache – **Darüber sprechen**
  - *Gespräch anbieten*
  - *Männerspezifische Angebote*

