

Frauen suchen Hilfe – Männer sterben! Ist die Depression wirklich weiblich?

Armand Hausmann¹, Wolfgang Rutz² und Ullrich Meise¹

¹ Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck

² Unit for Psychiatry and Health Promotion, Academic University Hospital, Uppsala

Schlüsselwörter

Männliche Depression – Affektive Störungen – geschlechtsspezifische Symptome – Suizid

Key words:

male depression – affective disorders – genderspecific symptoms – suicide

Frauen suchen Hilfe – Männer sterben! Ist die Depression wirklich weiblich?

Bei Frauen wird zumindest doppelt so häufig eine depressive Störung diagnostiziert als bei Männern. Biologische Faktoren könnten für diesen Geschlechtsunterschied verantwortlich gemacht werden. Doch die mit affektiven Störungen eng in Zusammenhang stehenden Suizidraten weisen auch auf andere Ursachen hin. Suizide sind in unserem Kulturkreis bei Männern drei- bis zehn Mal häufiger zu beobachten als bei Frauen, wobei besonders jüngere und ältere Männer betroffen sind. Das soziomedizinische Konzept der „Male Depression“ bietet eine Erklärung für diese Diskordanz. Es werden dabei eine mangelnde Hilfesuche von Männern, eine dysfunktionale Stressverarbeitung sowie ein „gender bias“ in der Diagnostik der Depression verantwortlich gemacht. Die männliche Depression äußert sich nach diesem Konzept klinisch anders und unty-

pischer als die klassische depressive Symptomatik. Es wird postuliert, dass sich diese Depression bei Männern hinter Aggressivität, Irritabilität sowie Sucht- und Risikoverhalten verbirgt und somit häufig zu Fehldiagnosen führt. Die Erstellung einer validierten Rating Skala zur besseren Erfassung diesermännlichendepressiven Psychopathologie, sowie die Peer-Edukation von Ärzten sind zu fordern.

Women seek for help - Men die! Is depression really a female disease?

Prevalence rates of depression in females are about two to three times higher as compared to men. Biological evidence seems to support these data. Genderspecific suiciderates, closely linked to depressive illness, however raise doubts about the genderspecific epidemiological data of depression as males commit suicide three to ten times more often than females. The sociomedical concept of “male depression” delivers an explanation. A gender bias in diagnose as well as a reduced male helpseeking behavior and dysfunctional stress coping in males might be reasons for the reported low prevalence-rates of depression in males. Depression might hide behind addictive- and risk-behavior as well as irritability. As these symptoms differ from the classic depressive symptoms they might not be detected and identified as such. Validated rating scales which specifically assess male symptoms of depression, as well as peer-education programs for colleagues might change current depression rates in males.

Psychische Erkrankungen werden zunehmend als ein schwerwiegendes Problem und als Krankheit anerkannt; die psychische Gesundheit der EU-Bevölkerung wird als stark verbesserungsbedürftig angesehen [27, 28]:

- Psychische Erkrankungen betreffen jeden vierten Bürger. Mehr noch leiden an Störungen der psychischen Gesundheit. Sie alle können zu Suizid führen, der in Europa nach wie vor vielen Menschen das Leben kostet.
- Psychische Erkrankungen verursachen erhebliche Kosten und belasten das Wirtschafts-, Sozial- und Bildungssystem sowie das Justizsystem.
- Nach wie vor kommt es zu Stigmatisierung, Diskriminierung und Mißachtung der Menschenrechte und der Menschenwürde von psychisch Kranken. Dies stellt europäische Grundwerte in Frage.

Die treibende Kraft hinter diesen europäischen Aktivitäten ist, neben der Bedeutung, die seit einiger Zeit dem „Sozialen Kapital“ zuerkannt wird, die Erkenntnis, dass psychische Störungen nicht nur die Kranken und ihre Angehörigen, sondern die gesamte Gesellschaft auch in materieller Hinsicht erheblich belasten und zu gesellschaftlichen Dysfunktion führen [45, 51, 57]. Zudem wird prognostiziert, dass diese Belastungen innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte zunehmen werden. Auch bezüglich ihrer "Krankheitslast" werden psychische Erkrankungen sich den Herz-Kreislauf-Erkrankungen angleichen; so wird angenommen, dass bis zum Jahr

2010 depressive Störungen weltweit die zweithäufigste Ursache für eine Erkrankung sein werden. Die Suizidalität ist dabei ein wichtiger Indikator für den psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung. In diesem Kontext bezog der EU-Kommissar Markos Kyprianou 2006 eindeutig Stellung: *„Psychische Erkrankungen können genauso tödlich sein wie körperliche, zum Beispiel wie Krebs. Jedes Jahr sterben mehr Europäer durch Selbsttötung als durch Autounfälle oder Mord. Dennoch widmet man der psychischen Gesundheit erstaunlich wenig Aufmerksamkeit – man könnte sagen, dass psychische Erkrankungen Europas unsichtbare Todesursachen sind. Ich bin fest entschlossen dies zu ändern.“*

Eine der Strategien für die europäische Gesundheitspolitik ist es, den Zugang zu einer effizienten Primärversorgung für psychische Gesundheitsprobleme zu schaffen. Dazu ist es erforderlich, dass Hausärzte, die auch für psychische Probleme zumeist die erste Anlaufstelle sind, hinsichtlich dem Erkennen und der Behandlung psychischer Erkrankungen die entsprechenden Kompetenzen aufweisen. Durch die „Gotland-Studie“ [42,43] sowie die Aktivitäten der EAAD (Europäische Allianz gegen Depression) [37] konnte eindrucksvoll gezeigt werden, dass die Ausbildung niedergelassener Ärzte hinsichtlich dem Erkennen und die Behandlung depressiver Erkrankungen, zu einer Abnahme von Suiziden geführt hat. Überraschend war jedoch die Erkenntnis aus der „Gotland-Studie“, dass es durch diese Aus- und Fortbildung zwar zu einer signifikanten Reduktion von Suiziden bei Frauen kam, jedoch die Suizidrate der Männer nahezu unverändert blieb [55], weswegen das Konzept eines männerspezifischen depressiven Syndroms verfolgt wurde.

Unsere Gesundheitsversorgung weist heute zwei geschlechtsspezifische Paradoxa auf: Zum einen nehmen Männer im Vergleich zu Frauen nur

halb so oft medizinische Leistungen in Anspruch, sterben aber zwischen 5 (in der EU) und 15 Jahre (in der Russischen Föderation) früher als Frauen. Zum anderen versterben Männer 3 – 10 mal häufiger an einem Suizid als Frauen. Obwohl bekanntlich 70 – 90 % der Suizide im Gefolge depressiver Störungen begangen werden, wird im Vergleich zu Frauen bei Männern eine Depression nur halb so häufig diagnostiziert.

Ist die Depression weiblich?

Die Depression ist weiblich! Zu diesem Schluss könnte man zumindest kommen wenn man epidemiologische Daten zur Prävalenz der Depression betrachtet. Demnach weisen Frauen ein 2 bis 3 fach höheres Risiko auf, im Verlauf ihres Lebens an einer Depression zu erkranken; mit Werten zwischen 4,1 und 21,3% für Frauen und zwischen 2,3 und 12,7% bei Männern [22]. Auch die Dysthymie ist demnach lebenszeitlich häufiger bei Frauen als bei Männern anzutreffen (Männer zu Frauen 0,8 zu 4,8%). Dieser Geschlechtsunterschied läßt sich erstmals in der Pubertät nachweisen [34], findet sich ausgeprägt zwischen dem 30 und 45 Lebensjahr und persistiert bis ins hohe Alter.

Einige neurobiologische Faktoren unterstützen diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Sexualhormone spielen aufgrund ihrer spezifischen Neuromodulation der Rezeptorbiologie eine wichtige Rolle in der Entstehung depressiver Erkrankungen. Bei Frauen beeinflussen Östrogen und Progesteron die kortikale Erregbarkeit. So konnte Smith und Mitarbeiter [48] mittels paired pulse Transkranieller Magnetstimulation (ppTMS) zeigen, dass der weibliche Zyklus, über Modulation von GABA α -Rezeptoren, Einfluss auf die kortikale Erregung ausübt. Ihre Resultate interpretierten die Autoren als einen erregenden östrogenbedingten

Effekt. Ein weiteres elektrophysiologisches Phänomen, die Krampfschwelle, ist geschlechtsspezifisch, und liegt bei Männern höher als bei Frauen [26]. Da neuere Konzepte affektiver Störungen von dysfunktionalen plastischen Veränderungen ausgehen, könnten diese hormonellen Einflüsse zur erhöhten Vulnerabilität von Frauen im Vergleich zu Männern beitragen [56]. Aber auch eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Ausstattung der mit der Depression kausal in Zusammenhang gebrachten Monoamine könnten eine Rolle spielen. Verschiedene Untersuchungen haben beispielsweise gezeigt, dass es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied für das Serotoninsystem gibt. Allerdings haben Männer im Vergleich zu Frauen weniger hohe Monoaminoxidase-Konzentrationen. Dies könnte einen gewissen Schutz vor einem übermäßigen Abbau biogener Amine, und infolge dessen von Depression, bei Männern darstellen.

Soziologisch gesehen könnten die geschlechtsspezifischen Unterschiede durch Mangel an sozialem Rückhalt bei Frauen, welche diesbezüglich vulnerabler scheinen, bedingt sein [21]. Eine niedrige Prävalenz depressiver Störungen bei Männern kann allerdings auch als mangelndes Erkennen depressiver Symptome bei Männern interpretiert werden. Ein Hinweis hierfür bietet die bei Männern mehrfach höhere Suizidrate als bei Frauen. Geht man davon aus, dass Suizide zumeist Folge einer psychischen Erkrankung sind [32] – auch wenn man auch konzidiert, dass Suizide nicht ausschließlich im Rahmen von Depressionen, sondern auch bei Substanzmissbrauch und Schizophrenie zu finden sind – so sind Suizide bei Männern drei bis zehn mal häufiger als bei Frauen anzutreffen [19, 24]. Obwohl etwa 70% der Suizide im Gefolge depressiver Störungen begangen werden, wird im Vergleich zu den Frauen bei Männern eine depressive Störung zumindest halb so oft diagnostiziert.

Junge Männer scheinen von Suizide besonders betroffen zu sein [23, 60, 61]; in dieser jüngeren Altersgruppe ist der Suizid – nach Unfällen – die zweithäufigste Todesursache. Ab dem 65ten Lebensjahr steigt die männliche Suizidrate, im Vergleich zu jener bei Frauen, dramatisch an; dies bedeutet, dass im Alter in Österreich circa 180 Suizide /100000 Männer vs. 20 Suizide /100.000 Frauen zu beobachten sind [54].

Für die Unterdiagnostizierung und folglich Unterbehandlung depressiver Erkrankungen bei Männern gibt es für Möller-Leimkühler und Mitarbeiter [31] drei Gründe an. Es sind dies mangelnde Hilfesuche von Männern, eine dysfunktionale Stressverarbeitung und ein „gender bias“ in der Diagnostik der Depression.

Mangelnde Hilfesuche

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Aspekte, die künftig entsprechend der im Jahre 2005 in Helsinki erstellten Richtlinien [62] stärker berücksichtigt werden sollten, findet sich, dass Männer im Vergleich zu Frauen nur halb so häufig medizinische Leistungen in Anspruch, dass sie aber zwischen 5 (in der EU) und 15 Jahre (in der Russischen Föderation) früher als Frauen sterben. Zum anderen versterben Männer – wie schon ausgeführt – 3 bis 10-mal häufiger an einem Suizid als Frauen, was auch für die Übersterblichkeit der Männer verantwortlich ist [33, 46]. Die mangelnde Hilfesuche von Männern scheint auf dem männlichen Rollenverständnis zu fußen. Geschlechterstereotype sind sehr veränderungsresistent und so müssen deren Effekte, trotz dem Rollenwandel der heute bei Männern zu beobachten ist, als normativ bezeichnet werden. Inanspruchnahmedaten aus Allgemeinarztpraxen stellen bei akuten Symptomen Geschlechterunterschiede im Hilfesuchverhalten von 1:2 zu Ungunsten der Männer fest.

Mit zunehmenden Schweregrad der körperlichen Symptome werden die Unterschiede allerdings geringer [6]. Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe kann nur erfolgen, wenn vorher Symptome der Depression, wahrgenommen und erkannt wurden. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei diesem komplexen Prozess wurden berichtet. Empirische Studien zeigen, dass Männer weniger physische und psychische Symptome berichten als Frauen. Sie berichten seltener über depressive Symptome und schätzen ihren Gesundheitszustand grundsätzlich besser ein, als er tatsächlich ist [9]. So könnte die fehlende Hilfesuche bei depressiver Erkrankung als ein der subjektiven Sichtweise, respektive alexithymen Nicht-Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit entsprechendes Verhalten gedeutet werden.

Hilfesuchen widerspricht dem männlichen Stereotyp und sogar das Wahrnehmen von Hilfsbedürftigkeit dürfte gegen diese männliche Verhaltensschablone verstoßen. Hilfesuche käme einem Statusverlust und einer Identitätsbeschädigung gleich, weil diese mit Inkompetenz, Abhängigkeit, Aufgabe von Autonomie und Selbstkontrolle in Verbindung gebracht wird. Eine niedrige Rate diagnostizierter Depressionen geht mit hoher Suizidrate – und vice versa – einher [5, 38]. Dies bedeutet, dass Verbesserungen im Erkennen depressiver Störungen durch z.B. Antistigma- und Awareness-Programme oder durch Ausbildung von Schlüsselpersonen – wie Ärzten – mit höheren Behandlungs- und gesenkter Suizidraten einhergehen.

Dysfunktionale Stressverarbeitung

Es scheinen gerade die zuvor genannten Einstellungen zu sein, die Männer für die Entstehung von Depressionen vulnerabel machen. Das traditionelle Konstrukt der Männlichkeit ist

in einer sich schnell verändernden postindustriellen Gesellschaft nicht mehr funktional, gleichzeitig stehen aber keine neuen männlichen Identifikationsschablonen zur Verfügung, sodass die Folgen auf Grund männliche Rollenkonflikte unausweichlich sind [29]. Männer reagieren auf Stress anders als Frauen [20]. Männer sind verletzlich gegenüber einer hierarchischen Degradierung während Frauen auf Depravierung oder dem Verlust von familiärer Verbundenheit reagieren [36, 52]. Da Schwäche und Hilfsbedürftigkeit als unmännlich gelten, wundert es nicht, dass Frauen über bessere Coping-Strategien bei emotionalem Stress oder auch bei Schmerz verfügen [18, 53].

Dazu ein Beispiel, wie Verlust von sozialer Identität und Zugehörigkeit, die Lockerung der sozialen Kohäsion, das Zusammenbrechen von Wertordnung oder Bedingungen, die Hilfs- und Hoffnungslosigkeit fördern, sich auf die Männergesundheit auswirken können. Nach dem Zusammenbrechen der Sowjetunion sank in den Transformationsländern die durchschnittliche Lebenserwartung drastisch: Es kam zu einem massiven Anstieg von Todesfällen aufgrund von Suiziden, von Gewaltexzessen, von Unfällen und von kriminellen Verhaltensweisen. Ebenso stieg die Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich an. Betroffen war vorzüglich die männliche Bevölkerung [16, 47].

Für die erhöhte Morbidität und verfrühte Mortalität werden besonders psychische Erkrankungen wie depressive Syndrome und Angststörungen verantwortlich gemacht, die häufig auch mit Substanzmissbrauch und Suizidhandlungen vergesellschaftet sind. Im genannten Zeitraum erhöhte sich die Prävalenz des Alkoholismus um das Vierfache; ebenso stieg die Bereitschaft zu hochriskanten Verhaltensweisen dramatisch an; auch psychosomatische Erkrankungen nahmen deutlich zu.

Psychische und psychosoziale Faktoren bestimmen erheblich die Ge-

sundheit des Menschen. Die Forschungsergebnisse zur Salutogenese oder zum Recovery und der Resilienz belegen besonders die gesundheitsfördernde Bedeutung des "Kohärenzsinnes"; also der Fähigkeit des Einzelnen, über sein Leben selbst bestimmen zu können, ihm einen Sinn zu geben und Sinn zu stiften und Belastungen entsprechend bewältigen zu können [50].

Nicht erfasste depressive Symptome bei Männern

Die traditionelle männliche Geschlechtsrolle kann durch Eigenschaften charakterisiert werden wie Macht und Dominanzbestreben, Aggressivität, Unabhängigkeit, Leistungsorientierung, Rationalität, Kontrolle und Unverletzbarkeit. Zu diesem männlichen Stereotyp gehört es auch, Gefahren zu meistern und die damit verbundenen Ängste und Leiden nicht wahrzunehmen. Während negative Befindlichkeit und Krankheiten, sowie die klassischen Symptome der Depression wie Gedrücktheit, Klagsamkeit, Anhedonie, Antriebsverlust und deren metaphorische Überfrachtung wie Schwäche, Hilfsbedürftigkeit als eher dem weiblichen Geschlecht zugehörig und dementsprechend als unmännlich gelten, werden Aggressivität, Ärger und Feindseligkeit als sozial akzeptierte Kodierung von männlicher Emotionalität gesehen [53, 58]. Da Männer Hilfsbedürftigkeit eher ablehnen, lehnen sie auch die Einnahme von Psychopharmaka ab und bevorzugen als Eigenmedikation Alkohol [41], oder stürzen sich in Arbeit; beides gesellschaftlich positiv sanktionierte und der Geschlechterrolle entsprechende kompatible Alternativen mit momentanem antidepressivem aber auf Dauer depressionsaggravierendem Effekt. Als letzter Akt der Autonomie und Selbstkontrolle wird auch der Suizid angesehen. In Gesellschaften, wie zum Beispiel der orthodox jüdischen,

in der die Pseudo-Copingstrategien wie Alkoholismus sozial nicht akzeptiert sind, bestehen zwischen Männern und Frauen keine Unterschiede hinsichtlich der Depressionsrate [25]. In der „Gotland-Studie“ [42, 43, 44, 46] – die u.a. als das Modell für das EU-Projekt EAAD (Europäische Allianz gegen Depression) angesehen werden kann [37] – konnte u.a. eindrucksvoll gezeigt werden, dass die Qualifizierung niedergelassener Ärzte hinsichtlich Diagnose und Therapie depressiver Erkrankungen, zu einer Abnahme von Indikatoren führt, die mit diesen Störungen assoziiert sind. Überraschend war jedoch, dass es im Gefolge dieser Aktivitäten zwar zu einer 90%igen Reduktion von Suiziden bei Frauen kam, jedoch die Suizidrate der Männer nahezu unverändert blieb [35,55]. Ergebnisse von psychologischen Autopsien der männlichen Suizidopfer führten zur Annahme, dass dafür ein männerspezifisches depressives Syndrom verantwortlich ist. Mit dem Konzept der „Male Depression“ vertreten die Autoren die Ansicht, dass übliche durch Depressionsinventare gut abbildbare depressive Symptome durch geschlechtstypische aber depressionsuntypische Symptome wie Aggressivität, Irritabilität sowie Risiko- und Suchtverhalten überlagert werden, was zu Fehldiagnosen wie Alkoholmissbrauch oder Persönlichkeitsstörung führen kann. Das Konzept der „Male Depression“, einer genderspezifischen Psychopathologie, konnte auch empirisch belegt werden. In klinischen Samples von unipolar Depressiven, fanden sich bei Männern Ärgerattacken, [59] Feindseligkeit [8], gesteigerter Alkoholkonsum [3] sowie eine Kombination aus Irritabilität, Aggressivität und antisozialem Verhalten [30, 64]. Im Vergleich zu Frauen kompensieren Männer ihre depressive Krise öfters mit Suchtverhalten, sei dies durch exzessiven Alkoholabusus und Drogen oder durch Workoholismus und Spielsucht [7].

Allerdings stellen sich bei diesem Konzept der männlichen Depression

Abgrenzungsprobleme gegenüber anderen Konzepten dar. So sind Überlappungen zum Konzept Winokurs zu sehen, bei dem die unipolare Depression, Alkoholismus und antisoziale Persönlichkeitsstörung zu einer Depression-Spektrum-Diagnose zusammengeführt wurden. Auch finden sich symptomatische Überlappungen mit dem Konzept des „Bipolaren Spektrum“ von Akiskal und Pinto [1]. Bipolare Erkrankungen sind hoch rezidivierende, unterdiagnostizierte und unterbehandelte Erkrankungen, die derzeit im Fokus wissenschaftlichen Interesses sind [12, 49] Das „Bipolare Spektrum“ ist beispielsweise durch die Irritabilität als Hauptsymptom der gemischten Episode gegeben. Da Irritabilität doppelt so häufig in der bipolaren Depression als bei der unipolaren vorkommt und bei der bipolaren Störung und besonders bei gemischten Episoden [4] im Vergleich zur unipolaren Depression das Suizidrisiko höher ist, würde dies einen Zusammenhang zwischen der „Male Depression“ und dem Bipolarem Spektrum nahe legen. Die Bipolare Erkrankung geht außerdem überzufällig häufig mit komorbider Alkohol- und/oder Substanzabhängigkeit einher [13]. Auch diese Tatsache könnte für die Zugehörigkeit zum Bipolaren Spektrum sprechen. Zusätzliche Konfusion wird durch die Rekonzeptionalisierung der agitierten unipolaren Depression als gemischte Episode geschaffen [2].

Aus dieser diagnostischen Unsicherheit heraus stellt sich natürlich auch die Frage nach der pharmakologischen Therapie dieser Form der Depression. Da Antidepressiva im Verdacht stehen Kippphänomene zu induzieren respektiv die Irritabilität zu erhöhen [14] stellt sich die Frage nach der adäquaten Therapie der „Male Depression“. Sollten nicht zusammen mit Antidepressiva ein Antimanikum implementiert werden? Wäre es nicht angezeigt bei der leichten bis mittelgradigen Depression gleich alternative Medikamente, wie Atypika oder Antiepileptika zu

verwenden [10,14]? So könnte man die potentiellen affektiven Nebenwirkungen von Antidepressiva verhindern und gleichzeitig eine adäquate Therapie bei komorbider Sucht/Alkoholismus sichern.

Als Resultat eines Suizidpräventionsprogramms auf der schwedischen Insel Gotland [42] wurden diese geschlechtsspezifischen nicht typisch depressiven Symptome, wie Aggressivität, Irritabilität, Risiko- und Suchtverhalten, beim Erstellen eines Screening-Tools (Gotland Scale for Male Depression [65]) erstmals berücksichtigt. Die Skala scheint noch nicht ausreichend validiert, wird aber bereits bei großen Projekten eingesetzt [31].

Verbesserungen im Erkennen von depressiven Störungen sowie eine höhere Behandlungsrate führen zu einer Reduktion von Suiziden [15, 39, 40, 45]. In diesem Kontext ist auch die „Male Depression“ mit ihrer geschlechtsspezifischen Symptomatik in Behandlung und Rehabilitation [11,17] zu berücksichtigen. Dafür sind validierte Rating Skalen für männlich Depressive sowie eine Peer-Edukation von Arztkollegen, welche besonders auf männliche Symptome der Depression fokussiert, zu fordern. Obwohl konventionelle antidepressive Therapie klinisch durchaus positive Effekte aufweisen, bedarf die Fragen nach der adäquaten psychopharmakologischen Therapie im Allgemeinen und der Verwendung von Antidepressiva im Besonderen noch weiterer Klärung.

Literatur

- [1] Akiskal H.S., Pinto O.: The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am* 22(3):517-534 (1999).
- [2] Akiskal H.S., Benazzi F., Perugi G., Rihmer Z.: Agitated „unipolar“ depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 85(3):245-258 (2005).
- [3] Angst J., Gamma A., Gastpar M., Lépine J.P., 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* 252(5):201-209 (2002).
- [4] Balázs J., Benazzi F., Rihmer Z., Rihmer A., Akiskal K.K., Akiskal H.S.: The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J Affect Disord* 91(2-3):133-138 (2006).
- [5] Berecz R., Cáceres M., Szlivka A., Dorado P., Bartók E., Peñas-Lledó E., LLerena A., Degrell I.: Reduced completed suicide rate in Hungary from 1990 to 2001: relation to suicide methods. *J Affect Disord* 88(2):235-238 (2005).
- [6] Briscoe ME Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultation. *Soc Sci Med* 25(5):507-513 (1987).
- [7] De Leo D., Cerin E., Spathonis K., Burgess S.: Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord* 86(2-3):215-224 (2005).
- [8] Fava M., Nolan S., Kradin R., Rosenbaum J.: Gender differences in hostility among depressed and medical outpatients. *J Nerv Ment Dis* 183(1):10-14 (1995).
- [9] Gijssbers van Wijk C.M.T., Kolk A.M., et al.: Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med* 45:231-246 (1997).
- [10] Grunze H.: Antiepileptika in der Therapie bipolarer Störungen. *Neuropsychiatr* 21(2):110-120 (2007).
- [11] Haberfellner E.M., Schöny W., Platz T., Meise U.: Evaluationsergebnisse Medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen – ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. *Neuropsychiatr* 20: 215-218 (2006)
- [12] Hausmann A.: Bipolare Störungen im Fokus. *Neuropsychiatr* 21(2):84-92 (2007).
- [13] Hausmann A., Hörtnagl C., Walpoth M., Fuchs M., Conca A.: Are there substantial reasons for contraindicating antidepressants in bipolar disorder? Part II: facts or artefacts? *Neuropsychiatr* 21(2):131-158 (2007).
- [14] Hausmann A., Fuchs M., Walpoth M., Hörtnagl C., Adami P., Conca A.: Sind Antidepressiva in der Behandlung der bipolaren Depression obsolet? Gibt es Alternativen? Teil III. *Neuropsychiatr* 21(4):248-260 (2007).
- [15] Henriksson S., Isacson G.: Increased antidepressant use and fewer suicides in Jämtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 114(3):159-167 (2006).
- [16] Hinterhuber H., Rutz W., Meise U.: Psychische Gesundheit und Gesellschaft. *Neuropsychiatr* 21(3):180-186 (2007).
- [17] Hinterhuber H., Meise U.: Zum Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation. *Neuropsychiatr* 21(1): 1-4 (2007).
- [18] Hobfial S.E., Dunahoo C.L., Ben-Porat Y., Monnier J.: Gender and coping: the dual-axis model of coping. *Am J Community Psychol* 22:49-82 (1994).
- [19] Isometsä E.T., Lönnqvist J.K.: Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 173:531-535 (1998).
- [20] Jackson E.D., Payne J.D., Nadel L., Jacobs W.J.: Stress differentially modulates fear conditioning in healthy men and women. *Biol Psychiatry* 15:59(6):516-522 (2006).
- [21] Kendler K.S., Myers J., Prescott C.A.: Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 162(2):250-256 (2005).
- [22] Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M., Blazer D.G., Nelson C.B.: Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 29(2-3):85-96 (1993).
- [23] Lefebvre J., Lesage A., Cyr M., Toupin J., Fournier L.: Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33(6):291-298 (1998).
- [24] Levi F., La Vecchia C., Lucchini F., Negri E., Saxena S., Maulik P.K., Saraceno B.: Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand* 108(5):341-349 (2003).
- [25] Löwenthal K., Goldblatt V., Gorton T., et al.: Gender and depression in anglo-jewry. *Psychol Med* 25:1051-1063 (1995).
- [26] McCall W.V., Shelp F.E., Weiner R.D., Austin S., Norris J.: Convulsive threshold differences in right unilateral and bilateral ECT. *Biol Psychiatry* 34(9):606-611 (1993).
- [27] Meise U., Wancata J.: „Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ – Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz für Psychische Gesundheit; Helsinki 2005. *Neuropsychiatr* 19: 151-154 (2006).
- [28] Meise U., Sulzenbacher H., Eder B., Klug G., Schöny W., Wancata J.: Psychische Gesundheitsversorgung in Österreich – Eine Beurteilung durch unterschiedliche Gruppen von Psychiatriebetroffenen auf Grundlage der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation. *Neuropsychiatr* 20: 174-185 (2006).

- [29] Möller-Leimkühler A.M.: Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 68(11):489-495 (2000).
- [30] Möller-Leimkühler A.M., Bottlender R., Strauss A., Rutz W.: Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression. *J Affect Disord* 80(1):87-93 (2004).
- [31] Möller-Leimkühler A.M., Paulus N.C., Heller J.: „Male depression“ in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. *Nervenarzt* 78:641-650 (2007).
- [32] NIMH.: Suicide facts. http://www.ncgv.org/articles/suifact_cfm.htm 04/09/2004
- [33] Notzon F.C., Komarov Y.M., Ermakov S.P., Sempos C.T., Marks J.S., Sempos E.V.: Causes of declining life expectancy in Russia. *JAMA* 279(10):793-800 (1998).
- [34] Oldehinkel A.J., Wittchen H.U., Schuster P.: Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 29(3):655-668 (1999)
- [35] Pollack W.: Mourning, melancholia and masculinity: recognizing and treating depression in men. In: Pollack W., Levant R. (eds). *A new psychotherapy for men*. Wiley New York pp 147-166 (1998).
- [36] Qin P., Agerbo E., Westergård-Nielsen N., Eriksson T., Mortensen P.B.: Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 177:546-550 (2000).
- [37] Pfeiffer-Gerschel T., Wittmann M., Hegerl U.: Die „European Alliance Against Depression (EAAD)“ – Ein europäisches Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen. *Neuropsychiatr* 21: 51-58 (2007).
- [38] Rihmer Z., Barsi J., Veg K., Katona C.L.: Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *J Affect Disord* 20(2):87-91 (1990).
- [39] 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* 35(4):147-152 (1995).
- [40] Rihmer Z., Akiskal H.: Do antidepressants treat (en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord* 94(1-3):3-13 (2006).
- [41] Riska E., Ettore E.: Mental distress-gender aspects of symptoms and coping. *Acta Oncol* 38:757-761 (1999).
- [42] Rutz W., Walinder J., Eberhard G., et al: An educational program on depressive disorders for general practitioners in Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 79(1): 19-26 (1989).
- [43] Rutz W., von Knorring L., Walinder J.: Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 80(2): 151-154 (1989).
- [44] Rutz W., von Knorring L., Walinder J.: Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*. 85(1): 83-88 (1992).
- [45] Rutz W., von Knorring L., Pihlgren H., Rihmer Z., Wälinder J.: Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 345(8948):524 (1995).
- [46] Rutz W.: Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand Suppl* (410):15-20 (2001).
- [47] Rutz W.: Social Psychiatry and public mental health: present situation and future objectives. Time for rethinking and renaissance? *Acta Psychiatrica Scand* 113: 95-100 (2006).
- [48] Smith M.J., Adams L.F., Schmidt P.J., Rubinow D.R., Wassermann E.M.: Abnormal luteal phase excitability of the motor cortex in women with premenstrual syndrome. *Biol Psychiatry* 54(7):757-762 (2003).
- [49] Seyringer M., Schrank B., Berger P., Katschnig H., Amering M.: Bipolare Störungen und manisch-depressive Erkrankungen im Internet. *Neuropsychiatr* 21(2): 172-178 (2007).
- [50] Schrank B., Amering M.: „Recovery“ in der Psychiatrie. *Neuropsychiatr* 21: 45-50 (2007).
- [51] Schwappach D. L. B.: Die ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen und ihrer Versorgung – ein blinder Fleck? *Neuropsychiatr* 21: 18-28 (2007).
- [52] Taylor R., Morrell S., Slaytor E., Ford P.: Suicide in urban New South Wales, Australia 1985-1994: socio-economic and migrant interactions. *Soc Sci Med* 47(11):1677-1686 (1998).
- [53] Unruh A.M., Ritchie J., Merskey H.: Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies. *Clin J Pain* 15:31-40 (1999).
- [54] UniWien. http://www.univie.ac.at/krisenintervention/statistik_suizide_oesterreich.htm. besucht am 13.12.2007.
- [55] Walinder J., Rutz W.: Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 16(Suppl2):S21-24 (2001).
- [56] Walpoth M., Kemmler G., Kramer-Reinstadler K., Lechner-Schoner T., Mechtcheriakov S., Hinterhuber H., Conca A., Hausmann A.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung von Patienten mit „major depression“ mittels Repetitiver Transkranieller Magnetstimulation (rTMS). *Neuropsychiatr* 17(3+4):172-178 (2003).
- [57] Wancata J., Sobocki P., Katschnig H.: Die Kosten von „Gehirnerkrankungen“ in Österreich im Jahr 2004. *Wien Klin Wochenschr* 119(3+4):91-98 (2007).
- [58] William C.: Doing health, doing gender: teenager, diabetes and Asthma. *Soc Sci Med* 50:387-396 (2000).
- [59] Winkler D., Pjrek E., Kasper S.: Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom* 74(5):303-307(2005).
- [60] Wittchen H.U., Höfler M., Meister W.: Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol* 16(3):121-135 (2001).
- [61] Wittchen H.U., Schuster P., Pfister H. et al.: Depressionen in der Allgemeinbevölkerung – Schlecht erkannt und selten behandelt. *Nervenheilkunde* 18:202-209 (1999).
- [62] Weltgesundheitsorganisation Europa-region: Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. <http://www.euro.who.int/dokument/mnh/gdoc07.pdf> (2005).
- [63] WHO Regional Office For Europe., Mental Health in WHO's European Region. Conference Document EUR/RC53. Vienna September 8-11 (2003).
- [64] WHO.: World Health Report On Violence WHO Geneva 2003.
- [65] Zierau F., Bille A., Rutz W., Bech P.: The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry* 56(4): 265-271 (2001).

Univ.-Prof. Dr. Armand Hausmann
 Medizinische Universität Innsbruck
 Klinische Abteilung für Allgemeine
 Psychiatrie
 armand.hausmann@i-med.ac.at