

## ZUM THEMA

# Depression – (k)ein Thema für Männer?

Interview mit Prof. Dr. Anne-Maria Möller-Leimkühler  
über geschlechtsspezifische Unterschiede bei seelischen Leiden

Vom 10. bis 18. Oktober findet in München zum vierten Mal die Münchner Woche für Seelische Gesundheit statt. Rund 160 Informationsveranstaltungen und Aktionen sind geplant, Schwerpunkt der Projektwoche sind in diesem Jahr geschlechts- und rollenspezifische Aspekte seelischer Gesundheit. So stehen unter anderem Depressionserkrankungen bei Männern im Fokus. Zwar gelten Männer gemeinhin als weniger anfällig für Depressionen – bei Frauen werden Depressionen zwei- bis dreimal so häufig diagnostiziert –, aber ein Vergleich der Suizidrate zwischen den Geschlechtern macht stutzig. Die ist bei Männern nämlich mindestens dreimal so hoch wie bei Frauen. In einem Vortrag der Gesundheitswoche\* vertritt die Münchner Sozialwissenschaftlerin Prof. Dr. Anne-Maria Möller-Leimkühler die These, dass Männer genauso häufig an Depressionen erkranken wie Frauen. Da Männer aber andere Symptome zeigen und seltener Psychotherapien in Anspruch nehmen, würden Depressionen bei ihnen oft übersehen. Die MÄA sprachen mit der Sozialwissenschaftlerin über geschlechtsspezifische Unterschiede, über Geschlechterstereotype und über Möglichkeiten, Depressionen bei Männern besser zu erkennen.

*Frau Professor Möller-Leimkühler, in Ihrem Vortrag geht es explizit um Depressionen bei Männern. Warum? Wurden Männer bei diesem Thema bisher zu sehr vernachlässigt?*

Das kann man wohl so sagen. Nicht nur in der Öffentlichkeit, auch in der Politik, in der Allgemeinmedizin und in den Gesundheitswissenschaften ist psychische Gesundheit von Männern oder psychische Störung von Männern kaum ein Thema. Nach dem gängigen Vorurteil äußert sich psychische Krankheit bei Männern entweder als Gewalttätigkeit oder als Alkoholabhängigkeit – etwas anderes gibt es da zunächst gar nicht. Erst in den letzten Jahren bekommt das Thema Depression bei Männern mehr Aufmerksamkeit. Nicht zuletzt dadurch, dass die Arbeitsausfälle aufgrund von Depressionen nicht mehr zu übersehen sind. Erst wenn gewichtige Produktionsausfälle auftreten, interessiert man sich für die psychische Gesundheit von Männern.

*Warum haben sich die Gesellschaft – und die Männer selbst – nicht schon früher für die psychische Gesundheit von Männern interessiert?*

Das liegt zum einen an der gesellschaftlichen Konstruktion von Männlichkeit und Weiblichkeit: Man geht ganz selbstverständlich davon aus, dass Frauen ein höheres Depressionsrisiko haben als Männer, weil sie nach den gängigen Rollenstereotypen sensibler sind und einen stärkeren Körperbezug haben. Weiblichkeit wurde ja immer schon mit psychischer Krankheit assoziiert, insbesondere mit Depression und Angst. Männlichkeit dagegen mit psychischer Gesundheit. Studien aus den 70er Jahren zeigen, dass die Eigenschaften, die



Prof. Dr. rer. soc. Anne-Maria Möller-Leimkühler ist leitende Diplom-Sozialwissenschaftlerin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München, wo sie verschiedene klinische und nicht-klinische Studien durchführt. Einer ihrer zentralen Forschungsschwerpunkte ist das Thema „Gender und psychische Störungen“, hier insbesondere Depression, Gewalt und Komorbidität bei Männern. Vor ihrer Tätigkeit an der LMU war Möller-Leimkühler in der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie an der Psychiatrischen Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und als Dozentin im dortigen Studiengang Public Health tätig. Sie ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V. und der Stiftung Männergesundheit.

einem psychisch gesunden Erwachsenen zugeschrieben werden, den stereotypen Eigenschaften eines Mannes entsprechen; die Eigenschaften, die psychisch Kranken zugeschrieben werden, dagegen den stereotypen Eigenschaften einer Frau. Auch in späteren Studien wurden diese Ergebnisse noch einmal bestätigt. Dazu kommt die soziale Stigmatisierung psychischer Störungen. Männer haben einerseits selbst stigmatisierende Einstellungen, andererseits sind sie im Fall einer eigenen psychischen Erkrankung auch stärker als Frauen von

sozialer Diskriminierung betroffen. Dies führt zur Verheimlichung von psychischen Problemen und von depressiven Episoden.

*Gibt es Studien, die belegen, dass Männer genauso häufig von Depressionen betroffen sind wie Frauen?*

Nach den bekannten epidemiologischen Zahlen erkranken Frauen doppelt so häufig an Depressionen wie Männer, aber entscheidend ist, welche Instrumente man einsetzt und welche Symptome man abfragt. Die üblichen Screening-Instrumente enthalten vor allem Symptome, die von Frauen berichtet werden, in Bezug darauf, wie sie Depression erfahren. Die Depressionsforschung ist ja auch überwiegend an Frauen gemacht worden. Die typisch weiblichen Symptome sind aber nicht mit traditionellen Männlichkeitsmustern vereinbar und werden daher von Männern abgewehrt. Abwehrstrategien sind externalisierende Verhaltensweisen wie Aggression, Risikoverhalten, Drogenmissbrauch oder Hyperaktivität. Studien haben gezeigt: In Bevölkerungsgruppen, in denen Alkohol und Suizid tabuisiert sind – wie z.B. in orthodoxen jüdischen Gemeinden oder bei den Amish in den USA –, findet man bezüglich der Depressionsrate keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

*Es gibt also eine spezifisch „männliche Depression“?*

Ja, dieses Konzept wurde bereits wissenschaftlich beschrieben, die „männlichen“ Symptome sind aber nicht in den etablierten Diagnosekriterien für Depression enthalten. Treten die beschriebenen externalisierenden Verhaltensweisen auf, kommt es daher eher zu Fehldiagnosen

wie „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ oder „Alkoholismus“, obwohl es sich eigentlich um eine Depression handelt.

*Was müsste getan werden, um diese Situation zu verbessern?*

Es sollte einerseits mehr systematische Fortbildung und Weiterbildung für Ärzte geben. Das passiert zum Teil auch schon. Andererseits brauchen wir praktikable Screening-Instrumente, die Ärzten in der Praxis ein Instrument an die Hand geben, um routinemäßig diese externalisierenden Symptome systematisch abzufragen. Wenn ein männlicher Patient sehr aggressiv und gereizt ist oder übermäßig trinkt oder exzessiv Sport treibt, sollten Ärztinnen und Ärzte nicht zunächst allein eine Persönlichkeitsstörung vermuten, sondern daran denken, dass er möglicherweise eine Depression hat, die er durch solche Abwehrmechanismen zu verdrängen und zu bewältigen versucht. Depression passt ja nicht zur gängigen Männlichkeitsrolle und daher haben Männer auch keine Krankheitseinsicht, wenn sie an einer Depression erkrankt sind.

*Wir brauchen also bessere Screening-Bögen für Depression?*

Wir haben viele Depressionsfragebögen, die man unter dem Gesichtspunkt des Fehlens männlicher Depressionssymptome sehr kritisieren kann. Es gibt bis jetzt nur einen Screening-Bogen zur männlichen Depression, das ist die sogenannte Gotland Scale for Male Depression, aber die hat unter psychometrischen Aspekten große Mängel. In den USA werden zwar Skalen neu- bzw. weiterentwickelt, meiner Meinung nach sind die zum Teil aber auch fragwürdig. Deswegen haben wir hier an der LMU eine eigene Skala entwickelt, die sowohl klassische prototypische Depressionssymptome enthält, aber auch andere Stresssymptome wie Aggressivität, Wutausbrüche, Risikoverhalten, Unterdrückung von Emotionen etc. Wir sind gerade dabei, diese Skala zu evaluieren.

*Wann wird die Evaluation abgeschlossen sein?*

Evaluation ist immer ein langwieriger Prozess und muss an verschiedenen Stich-

proben durchgeführt werden. Ich denke aber, dass wir Anfang des nächsten Jahres erste Ergebnisse haben.

*Was ist, wenn man in der Praxis eine „männliche Depression“ diagnostiziert hat? Wenn das Abwehrverhalten der Männer so groß ist, wird ein Patient diese Diagnose doch sicher nicht so leicht akzeptieren?*

Das stimmt. Ich würde daher auch nicht empfehlen, einem Patienten diese Diagnose auf den Kopf zuzusagen, sondern eher eine Annäherung über den Begriff und das Phänomen „Stress“ zu versuchen. Stress ist in aller Munde, jeder fühlt sich mal gestresst. Männer dürfen das vielleicht nicht so zugeben wie Frauen, aber hier sind die Barrieren nicht so hoch wie bei einer Depression. Außerdem müssen Ärzte die richtigen Fragen stellen, also verschiedene Lebensbereiche ansprechen. Es geht nicht nur um die körperlichen Symptome, sondern auch um das Gefühl des Gestresstseins in der Arbeitswelt und im Privatleben. Zum Beispiel ist auch die Rolle als Vater ein Aspekt, der noch sehr vernachlässigt ist.

*Kann neben dem Begriff „Stress“ auch der Begriff „Burnout“ hilfreich sein?*

Der Begriff „Burnout“ ist positiver besetzt als Depression. Burnout wird als Ausweis dafür angesehen, dass man sich engagiert hat und dass man übermäßig leistungsfähig und belastbar war. Das widerspricht dem, was man der Depression zuschreibt, nämlich dass man versagt hat, dass man ein Loser ist. Allerdings muss man Burnout als Diagnose einer psychischen Erkrankung in Frage stellen. Man geht mittlerweile davon aus, dass Burnout ein Risikofaktor für eine Depression ist, also eine Vorstufe von Depression oder auch für somatische Erkrankungen. Der Begriff ist aber wichtig, weil er ein Selbstkonzept transportiert, was nicht mit Stigmatisierung verbunden ist; er öffnet damit Türen ins Behandlungssystem.

*Wie erklären Sie sich, dass nach Jahrzehnten der Genderforschung Rollenklischees immer noch eine so wichtige Rolle spielen?*

Trotz eines faktischen Rollenwandels bei den Frauen – bei den Männern ist dieser Rollenwandel ja nicht so stark – sind diese Geschlechterstereotype kaum verändert. Dazu gibt es auch interessante Studien. Wenn Sie heute jemanden fragen, was typisch männliche Eigenschaften und was typisch weibliche Eigenschaften sind, kommt immer noch dasselbe im Kern heraus wie vor ein paar Jahrzehnten. Diese Stereotype sind einfach sehr hartnäckig. Interessant ist allerdings – das sehe ich an meinen noch unveröffentlichten Daten und an amerikanischen Studien –, dass die typisch männlichen Depressionssymptome wie Aggression, verminderte Stress-toleranz, Reizbarkeit und Wutausbrüche auch von Frauen berichtet werden, zumindest von jüngere Frauen.

*Hoffen Sie, dass Sie durch Veranstaltungen wie die Woche für Seelische Gesundheit, die Öffentlichkeit für das Thema „männliche Depression“ sensibilisieren können?*

Das denke ich auf jeden Fall. Wenn man mit diesem Thema an die Öffentlichkeit geht, erfährt man sehr viel Interesse und Zuspruch. Um wirklich weiterzukommen, wäre es aber auch wichtig, noch mehr in die Forschung zu investieren. In Deutschland ist die Forschung zur Depression bei Männern noch unterentwickelt. Das Thema psychische Gesundheit ist in der Medizin ja grundsätzlich ein bisschen randständig. Das ist mit ein Grund, warum die Forschung noch nicht so weit fortgeschritten ist, wie sie es sein könnte.

*Mit Prof. Dr. rer. soc. Anne-Maria Möller-Leimkühler sprach Dr. phil. Caroline Mayer*

Weitere Informationen zur Woche für Seelische Gesundheit im Internet unter: [www.woche-seelische-gesundheit.de](http://www.woche-seelische-gesundheit.de)

Am 17. Oktober findet um 19 Uhr in der Seidlvilla die Veranstaltung Depression – (kein) Thema für Männer? statt. Veranstalter sind der ÄKBV und die KVB. Der Eintritt ist frei.

Diesen und weitere MÄA-Leitartikel finden Sie auch auf der Internet-Seite des ÄKBV unter [www.aekbv.de](http://www.aekbv.de) > Münchener Ärztliche Anzeigen > MÄA-Leitartikel