



Fallstudie – Depression

1. Situation

Albert K., ein 61-jähriger Mann, wird in einer Allgemeinarztpraxis vorgestellt. Im Gespräch zeigt er sich zwar offen, auf genaues Nachfragen der Ärztin beschränkt er sich jedoch auf symptombezogene Informationen. Fragen zu seinem emotionalen Wohlergehen scheinen ihm eher unangenehm. Das Anamnesegespräch liefert schließlich folgende Patienteninformation:

Herr K. wüsste eigentlich gar nicht so genau, warum er da sei. Er käme vielmehr auf Drängen seiner Frau, die seit einigen Monaten ihren Mann „kaum wiedererkenne“. Auf die Frage der Ärztin, was genau er damit meine, berichtet Albert K., dass er in letzter Zeit ständig unausgeglichen sei. Auf die kleinsten Unregelmäßigkeiten reagiere er mit starkem Ärger und Ungeduld und besonders seine Frau wäre oft die Leidtragende. Einmal wäre ihm fast die Hand ausgerutscht. So etwas sei ihm vorher noch nie passiert. Seine Frau interpretiere seine Feindseligkeit als Persönlichkeitsveränderung und habe nun Angst, er könnte einen Gehirntumor haben. Er selbst fühle sich eher gestresst und übermüdet. Aber das sei ja auch kein Wunder, schließlich stehe er seit einem halben Jahr unter enormen beruflichen Druck. Sein Arbeitspensum sei einfach kaum mehr zu bewältigen und seit einiger Zeit gehe zudem das Gerücht um, dass es zu Stellenkürzungen kommen werde. Früher sei er mit solchen Stresssituationen viel entspannter umgegangen, aber er sei ja nun auch nicht mehr der Jüngste und könne sich im Moment einfach nicht mehr so gut konzentrieren. Kürzertreten wolle er auf keinen Fall - aus Angst dann von Stellenkürzungen betroffen zu sein, wolle er das beste geben. Außerdem: Was sei ein Mann seines Alters schon wert ohne beruflichen Erfolg? Eine gewisse Erschöpfung und Abgeschlagenheit müsse man dann eben vorübergehend in Kauf nehmen.

Seine Frau beklage sich nun, dass er gar nicht mehr vom Sofa hochkäme. Früher hätten Sie abends oft noch etwas unternommen. Ein gemeinsames Hobby sei die Gartenarbeit. Aber darauf habe er nun wirklich keine Lust mehr. Auch sonst bleibe er lieber daheim. Ruhige Abende seien doch auch nicht verkehrt, um Kraft zu tanken, oder? Vor allem wenn man so schlecht schlafe wie er. Seine Frau zeige dafür so gar kein Verständnis, was auch ein Grund für den ständigen Ärger sei.

Problematisch sei zudem, dass er gelegentlich ein wenig zu tief ins Glas schaue, um abends leichter ausspannen und den Ärger vertreiben zu können. Ein, zwei Mal habe ihn seine Frau dabei erwischt und ihm unterstellt, er hätte ein Alkoholproblem. Das sei natürlich übertrieben und habe ihn sehr verärgert. Besonders auch, weil seine Frau sich mit ihrer

Vermutung einem befreundeten Ehepaar anvertraut habe. Das wäre ihm richtig peinlich gewesen. Es gehe ja schließlich niemandem etwas an, dass er im Moment nicht ganz in Höchstform sei.

Wenn er einfach mal wieder Durchschlafen könnte und eine Weile seine Ruhe hätte, würde sich sein Unwohlsein bestimmt legen und er hätte auch wieder mehr Lust auf kleine Unternehmungen. Wahrscheinlich bräuchte er einfach ein ordentliches Schlafmittel?

2. Verdachtsdiagnose

➤ Unipolare depressive Episode

INFO: Eine Verdachtsdiagnose ist eine Form der Diagnose, die nicht auf gesicherten Daten beruht, sondern die *intuitiv* aus unvollständigen oder nicht verifizierten Informationen abgeleitet wird, die der/die Behandelnde beispielsweise im Rahmen der Anamnese sammelt.

3. Lernziele – Gendermedizin

1. Gesundheitsverhalten & Krankheitseinstellung:

Erkrankte Männer zeigen im Gegensatz zu Frauen deutlich seltener und weniger intensiv hilfesuchendes Verhalten. Die europäische DEPRES-Studie zeigt, dass 52 Prozent der Männer und 41 Prozent der Frauen, bei denen sich in irgendeiner Weise depressive Symptome manifestiert haben, keine professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen. (1) Wenn Hilfe gesucht wird, ist die erste Anlaufstelle häufig nicht eine psychiatrische oder psychotherapeutische Praxis. In der Regel werden zunächst der Hausarzt bzw. die Hausärztin oder eine internistische Praxis konsultiert, die nicht immer über hinreichendes Fachwissen verfügen. Männer führen ihre Krankheitssymptome deutlich seltener als Frauen auf psychische Probleme zurück. Häufig verdrängen oder bagatellisieren betroffene Männer ihre psychischen Beschwerden und führen Befindlichkeitsstörungen auf Umweltfaktoren, momentanen Stress und/oder berufliche Belastungen zurück. Krankheitsgefühle werden häufig nicht korrekt interpretiert. (2)

2. Kommunikation & Interaktion:

Immer noch häufig zeigen Patienten im Kontakt mit Ärzten oder Ärztinnen einen stereotyp geprägten „männlichen“ Kommunikationsstil. Psychische Beschwerden werden dabei oft als persönliches Versagen gewertet und nicht kommuniziert. Es fällt ihnen schwer, über Gefühle

und Stimmungen zu sprechen. Folge ist dann, dass psychische und psychosomatische Symptome von Patienten während der Untersuchung nicht genannt und von Ärzten und Ärztinnen übersehen werden. Zudem neigen Ärzte und Ärztinnen bei Frauen eher als bei Männern dazu, Symptome psychosomatisch zu deuten. Dagegen werden psychische Belastungen beispielsweise aufgrund von beruflichem Stress bei Männern häufiger übersehen, obwohl (laut Männergesundheitsbericht 2013) Männer aufgrund ihres Berufes deutlich stärker psychisch belastet sind als dies bei Frauen der Fall ist. (5)

3. Diagnose & Behandlung:

Depressive Frühsymptome wie erhöhte Erschöpfbarkeit oder Schlafstörungen werden von Männern häufiger ignoriert, geeignete Behandlungsschritte können dann nicht eingeleitet werden. So konsultieren sie einen Arzt oder eine Ärztin häufig erst dann, wenn somatische Beschwerden wie starke Erschöpfungszustände oder Gefühle eines „Burnouts“ eindeutige Auswirkungen auf die alltägliche Funktionalität haben. Oft führt auch komorbider Alkohol- und/oder Nikotinkonsum zu gesundheitlichen Folgen und damit zu einem höheren Gesundheitsrisiko mit Behandlungsnotwendigkeit. (6)

Selbst wenn ärztliche Konsultation stattfindet, ist eine korrekte Diagnosestellung nicht immer gewährleistet. Vielmehr scheinen soziale Geschlechterrollen grundlegenden Einfluss auf das Erkennen (und damit Behandeln) depressiver Erkrankungen zu haben. Tatsächlich zeigen die Ergebnisse einer prospektiven Studie mit 500 Patienten und Patientinnen, dass in allgemeinmedizinischen Praxen beim Vorliegen klinisch-relevanter Depressionswerte die Diagnose einer Depression bei Männern signifikant seltener gestellt wird als bei Frauen. (7)

4. Symptome:

AutorInnen sprechen von einer „Depressionsblindheit“ bei Männern, die verschiedene Ursachen zu haben scheint. Dabei ist sicherlich ein wichtiger Aspekt, dass sich depressive Symptome bei Männern zuweilen in anderer Form äußern als bei Frauen: Während depressive Kernsymptome wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Anhedonie von beiden Geschlechtern etwa gleich häufig genannt werden, können sich andere depressive Beschwerden zwischen den Geschlechtern durchaus unterscheiden. (9) Zum Beispiel reagieren Männer bei einer Depression eher aggressiv und risikofreudig und greifen öfter zu Alkohol und Drogen. Diese externalen Symptome überdecken besonders zu Beginn häufig die „klassisch“ internalen Symptome wie Selbstwertverlust, Antriebslosigkeit oder Verlust an Freude. Nicht zuletzt deswegen bleiben Depressionen bei Männern häufig unerkannt. (10)

5. Fazit

Männer und Frauen können sich in ihrer depressiven Symptomatik und ihrem Umgang mit der Erkrankung grundlegend unterscheiden. Depression und andere psychische Beschwerden werden immer noch häufig stigmatisiert und tabuisiert und führen zu einer sogenannten „Depressionsblindheit“ bei Männern. Praktizierende im Gesundheitsbereich sollten (im Sinne einer individualisierten Medizin) für Geschlechteraspekte stärker sensibilisiert werden.

6. Literatur

1. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz O, Tylee, A (1997) Depression in the community: the first pan European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacology*; 12: 19 – 29.
2. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine J, Mendlewicz J, Tylee A (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*; 252(5):201–9.
3. Cronauer CK, Schmid Mast M (2010). Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient. *Die Rehabilitation*; 49(5):308–14
4. Harth W, Brähler E, Schuppe HC (2012). *Praxisbuch Männergesundheit: Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden*. Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
5. Weißbach L, Stiehler M (2013). *Männergesundheitsbericht 2013: Im Fokus: Psychische Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
6. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert-Koch-Instituts *Der Hausarzt* 2012; 49 (3): 47-49
7. Bertakis KD (2009). The influence of gender on the doctor–patient interaction. *Patient Education and Counseling*; 76(3):356–60.
8. Lautenbacher S (2007). *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann*. Heidelberg: Springer.
9. Weißbach L, Stiehler M (2013). *Männergesundheitsbericht 2013: Im Fokus: Psychische Gesundheit*. Bern: Hans Huber.