

Geschlechterspezifische Aspekte der Depression*

Frauenspezifische Aspekte der Depression

A. Riecher-Rössler

Zusammenfassung

Frauen leiden etwa doppelt so häufig an depressiven Erkrankungen wie Männer. Auch Symptomatik und Verlauf zeigen deutliche Geschlechtsunterschiede. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen handelt es sich lediglich um *vermeintliche* Unterschiede, etwa dadurch, dass die Diagnose einer Depression bei Frauen eher gestellt wird.

Doch es gibt auch *echte* Häufigkeitsunterschiede zwischen Männern und Frauen. Diese sind zum Teil biologisch, zum Teil psychosozial und kulturell, häufig aber multifaktoriell zu erklären.

Weibliche Sexualhormone und frauenspezifische Einflüsse wie Menstruation, Geburt und Menopause können ebenso eine Rolle spielen wie geschlechtsspezifisches Rollenverhalten und Rollenkonflikte, sozialer Status, Gewalt und Missbrauch.

Die Berücksichtigung dieser und vieler anderer Faktoren könnte unser Verständnis für depressive Erkrankungen und deren Behandlung – nicht nur bei Frauen – entscheidend verbessern.

■ Einleitung

Obwohl die Lebenszeitprävalenz, also die Häufigkeit psychischer Erkrankungen über die Lebenszeit betrachtet, bei Frauen und Männern *insgesamt* gleich hoch ist, leiden Frauen doch zum Teil in anderer Art und Weise und zu anderen „Risikozeiten“ (Überblick bei [1]).

So werden Häufigkeit und klinisches Bild psychischer Erkrankungen bei Frauen zum Teil durch die Reproduktionsvorgänge beeinflusst, also z. B. durch die Pubertät, die Menstruationsvorgänge, die Schwangerschaft und Perinatalzeit oder die Menopause.

Aber auch unabhängig von den Reproduktionsvorgängen zeigen viele psychische Erkrankungen grosse Häufigkeitsunterschiede zwischen Frauen und Männern. Depressionen etwa sind bei Frauen ungefähr doppelt so häufig wie bei Männern, und zwar von den leichteren depressiven Zuständen, den sogenannten neurotischen Depressionen und Dysthymien, bis hin zu den schweren unipolaren affektiven Erkrankungen.

■ Warum ist Depression bei Frauen häufiger?

Artefakte – vorgetäuschte Häufigkeitsunterschiede

Zum einen handelt es sich lediglich um **vorgetäuschte** Unterschiede, etwa durch geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erhebung und Interpretation von Daten bei der Diagnosenvergabe etc. Auch zeigen verschiedene Studien, dass Frauen ihre Beschwerden selbst besser wahrnehmen, bereitwilliger darüber berichten und vor allem schneller Hilfe in Anspruch nehmen als Männer (Überblick bei [1]).

So gibt es etwa bezüglich der häufigeren Depression von Frauen Befunde, dass Frauen schneller Hilfe suchen als Männer, dass sie sich auch besser an depressive Symptome erinnern und diese eher berichten. Auch gibt es Hinweise auf einen „Geschlechterbias“ bei der Diagnostik, etwa dahingehend, dass es für Mann und Frau einer anderen Symptomschwelle bedarf, um zu einem „Fall“ zu werden. Schliesslich sind auch Ärzte Rollenstereotypen unterworfen: Bei identischer Beschwerdenschilderung wird bei Frauen offensichtlich schneller eine Depression diagnostiziert als bei Männern. Weiterhin wird angeführt, dass bei Männern die Depression oft durch Alkoholismus maskiert werde (Übersicht bei [1]).

Echte Häufigkeitsunterschiede

Auch nach Ausschluss der genannten Artefakte verbleiben immer noch beträchtliche **echte** Geschlechtsunterschiede in Inzidenz und Prävalenz (Überblick bei [1]). So zeigen auch die grossen epidemiologischen Studien mit zuverlässiger Methodik, die standardisierte Fragebogen, standardisierte Diagnosesysteme und geschulte Interviewer einsetzen und sich auf repräsentative Bevölkerungserhebungen stützten, Ergebnisse in die gleiche Richtung [2–7]. Die Lebenszeitprävalenz bei Frauen ist etwa doppelt so hoch wie bei Männern, und dieser Unterschied scheint in den verschiedensten Kulturen zu bestehen.

Ursachen der *echten* Häufigkeitsunterschiede zwischen den Geschlechtern: Die echten Geschlechtsunterschiede sind sicherlich zum Teil biologisch, zum Teil psychosozial und kulturell, häufig aber multifaktoriell bedingt.

Auf der **biologischen** Seite handelt es sich dabei vor allem um genetische und hormonelle Einflüsse – zum einen auf die Hirnentwicklung und Hirnmorphologie, zum anderen aber auch auf das aktuelle seelische Befinden (Übersichten bei [8]). So wissen wir inzwischen zum Beispiel, dass Östradiol, das wichtigste weibliche Sexualhormon, eine grosse Zahl von Neurotransmittersystemen moduliert, die mit unserem seelischen Befinden zu tun haben – u. a. werden das dopaminerge,

* Beiträge basierend auf den Vorträgen vom gleichnamigen Symposium, 24.01.2008, Zürich.

das serotonerge, das GABAerge Transmittersystem und auch die Monoaminoxidase (MAO) beeinflusst –, und dadurch nicht nur antidepressiv, sondern wahrscheinlich auch antipsychotisch, aggressionsmildernd und stressprotektiv wirkt und kognitive Funktionen positiv beeinflussen kann (Übersichten bei [9, 10]).

Auch werden vielfältige **psychosoziale** Einflussfaktoren diskutiert. Von Bedeutung sind hier offensichtlich schon die *frühen* Geschlechtsunterschiede in der psychischen Entwicklung, einschliesslich der geschlechtsspezifischen Erziehung und Sozialisation von Knaben und Mädchen, die wiederum das geschlechtsspezifische Rollenverhalten prägen. Eine wichtige Rolle bei den Geschlechtsunterschieden in Häufigkeit und Verlauf psychischer Störungen spielen aber auch der unterschiedliche soziale Status von Männern und Frauen, die Unterschiede im sozialen Stress und in der sozialen Unterstützung, die sie erfahren, und vieles mehr (Übersicht bei [1]).

Was die höhere **Depressionsrate** von Frauen betrifft, so sind in diesem Zusammenhang sicherlich schon die *frühen* Unterschiede in der psychischen Entwicklung und Erziehung von Knaben und Mädchen, die das spätere geschlechtsspezifische Rollenverhalten prägen, interessant. So zeigt etwa die Forschung, dass Mädchen eher zu „gelernter Hilflosigkeit“ und geringem Selbstvertrauen, Buben dagegen eher zu aktiver Bewältigung erzogen werden. Frauen tendieren in der Folge eher dazu, Konflikte zu verinnerlichen und mit Schuldgefühlen und Depression zu reagieren, während Männer eher aktive, zum Teil aggressive Bewältigungsstrategien suchen oder aber zum Suchtmittel oder Suizid greifen. Auch stehen Frauen oft ganz real in starken Abhängigkeiten, ohne Möglichkeit der eigenen Beeinflussung und Kontrolle – etwa in der Partnerschaft oder im Berufsleben –, was das Depressionsrisiko erhöhen kann. Schliesslich sind sie häufiger als Männer Gewalt, physischem oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt. Frauen leben häufiger unter der Armutsgrenze, insbesondere als alleinerziehende Mütter. Sie sind durch ihre multiplen Rollen – zum Beispiel als Mutter, Ehefrau, Haushälterin, Berufsfrau, Pflegenden für Eltern/Schwiegereltern etc. – oft zahlreichen Stressoren sowie einer allgemeinen Überlastung ausgesetzt. Vor allem aber leiden sie z. T. an erheblichen Rollenkonflikten durch diese oft miteinander konkurrierenden Rollen. Frauen sind meist verantwortlich für die Beziehungspflege in der (Gross-) Familie und im Freundeskreis und erfahren daraus mehr Belastungen (Übersicht bei [1, 11]).

Was die endokrinologischen Einflussfaktoren bei der Depression betrifft, so scheinen Östrogene eher psychotrop und stimmungsstabilisierend zu wirken (Übersicht bei [9, 10, 12]). Es ist daher erstaunlich, dass die Depression vor allem in der fertilen Lebenszeit der Frau häufiger ist, in der sie ja eigent-

lich einen Schutz durch ihre Östrogene geniessen sollte. Möglicherweise ist es aber der immer wieder stattfindende Östradiolabfall im Laufe des weiblichen Menstruationszyklus sowie postpartal und perimenopausal, der bei vulnerablen Frauen labilisierend wirkt (Übersicht bei [9–12]).

■ Schlussfolgerungen

Depressionen sind bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern. Soweit es sich um echte Geschlechtsunterschiede handelt, sind diese meist multifaktoriell bedingt – durch das biologische Geschlecht („sex“), insbesondere die Sexualhormone, einerseits, durch das psychosoziale Geschlecht („gender“) mit all den zugeschriebenen und übernommenen Rollen in Partnerschaft, Familie, Beruf, Politik, ökonomischen Strukturen und Kulturen andererseits.

Eine „geschlechtersensible“ Medizin berücksichtigt all diese Einflüsse sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie.

Literatur:

1. Riecher-Rössler A, Bitzer J. Epidemiologie psychischer Störungen bei Frauen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg). Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Elsevier Urban & Fischer, München, Jena, 2005; 21–9.
2. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America. The epidemiological catchment area study. The Free Press, New York, 1991.
3. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1992; 241: 247–58.
4. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychol Med 1998; 28: 109–26.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8–19.
6. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33: 587–95.
7. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U. [Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS study]. Nervenarzt 2000; 71: 535–42.
8. Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg). Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Elsevier Urban & Fischer, München, Jena, 2005.
9. Bergemann N, Riecher-Rössler A (ed). Estrogen effects in psychiatric disorders. Springer, Wien, New York, 2005.
10. Riecher-Roessler A, de Geyter C. The forthcoming role of treatment with oestrogens in mental health. Swiss Med Wkly 2007; 137: 565–72.
11. Riecher-Roessler A, Steiner M. Perinatal stress, mood and anxiety disorders – from bench to bedside. Karger, Basel, 2005.
12. Kahn L, Halbreich U. Estrogen's effect on depression. In: Bergemann N, Riecher-Rössler A (ed). Estrogen effects in psychiatric disorders. Springer, Wien, New York, 2005; 145–73.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Anita Riecher-Rössler
 Chefärztin, Psychiatrische Poliklinik,
 Universitätsspital Basel
 CH-4031 Basel, Petersgraben 4
 E-Mail: ariecher@uhbs.ch

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Geschlechterspezifische Aspekte der Depression* -

Frauenspezifische Aspekte der Depression

Riecher-Rössler A

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 31-32

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

F.b.n. QZ07Z007638M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz