
Depressionen – eine Frauenkrankheit?

Genetische, hormonelle, persönlichkeitsbezogene und soziale Faktoren – was bedeutet dies für Diagnose, Therapie und Prävention?

Prof. (apl.) Dr. Christine Kühner, Dipl.-Psych.

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Tagung

Die erschöpfte Seele - Depressionen bei Frauen und Männern

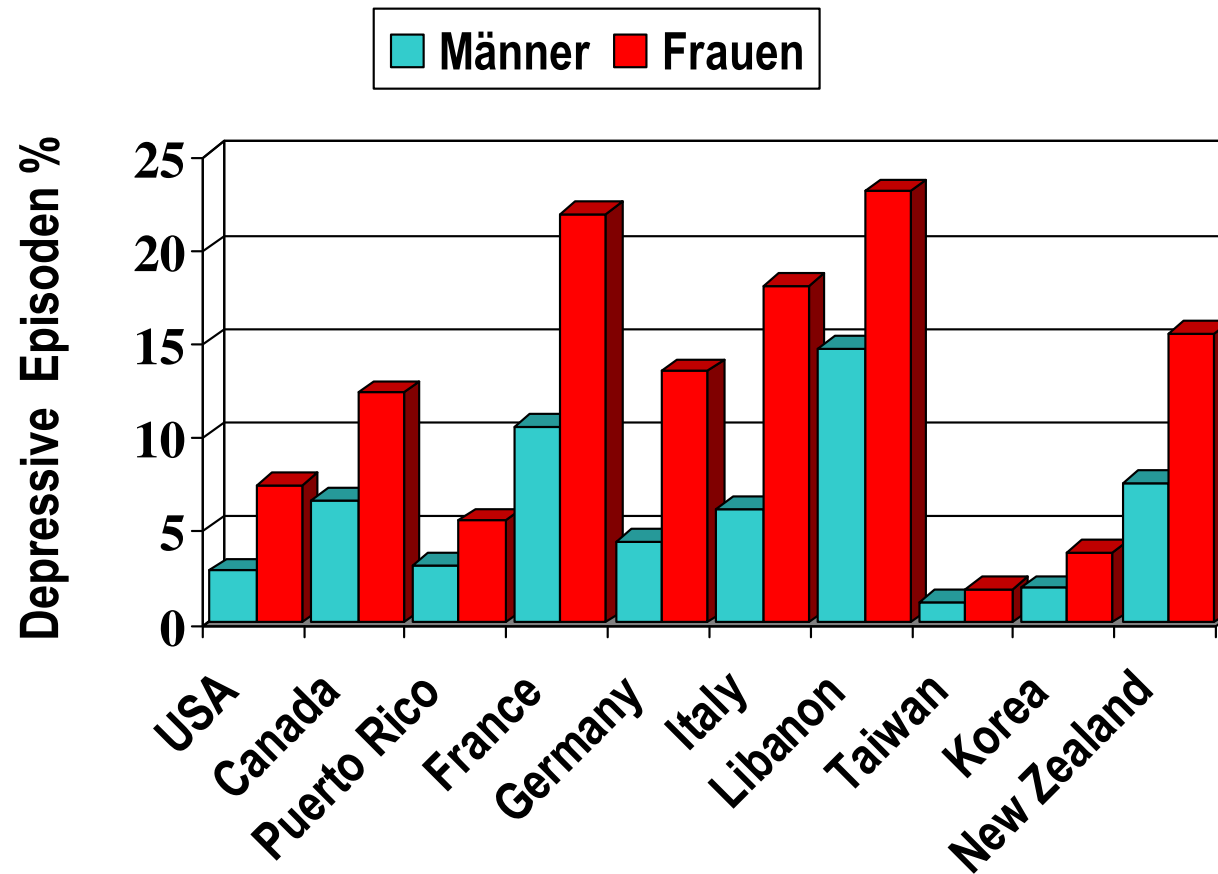
Kunsthau Zürich, 30.6.2011

Übersicht

- Epidemiologie der Depression -
Geschlechtsunterschiede
- Weshalb leiden mehr Frauen als Männer unter
Depressionen
 - Artefakte
 - Biologie
 - Persönlichkeit
 - Psychosoziale Belastungen
- Aspekte der Behandlung von Frauen mit Depression
 - Pharmakotherapie
 - Psychotherapie



Häufigkeit von depressiven Episoden (Lebenszeitprävalenz) in verschiedenen Kulturen



Wann beginnen die Geschlechtsunterschiede in den Erkrankungsraten?

- Depressionen bei **Kindern**: Jungen \geq Mädchen
 - Auseinanderdriften der Raten während der **Pubertät, steilerer Anstieg bei Mädchen** (ab ca. 11-13 Jahren)
 - Im Alter von 18 bereits doppelt so viele Mädchen wie Jungen erkrankt
-

Ersterkrankungen und Verlauf

- Frauen erkranken häufiger als Männer an unipolaren Depressionen – höhere **Inzidenz** (*Kühner, 2003,2007*)
 - Höhere Neuerkrankungsraten von Frauen auch im höheren Alter (d.h. nach der Menopause) (*Luijendijck et al. 2008*)
 - Weniger deutliche Unterschiede im **Krankheitsverlauf**
 - Frauen: Tendenz zu längerer Episodendauer (*Eaton et al. 2008*)
 - keine klaren Unterschiede bzgl. Rückfallwahrscheinlichkeit (*Essau et al. 2010, Hardeveld et al. 2010*)
-

Geschlechtsunterschiede im Symptomprofil

depressive Frauen häufiger ...

körperliche Depressionssymptome

(Kornstein & McEnnay, 2000;
Silverstein, 1999, Wenzel et al., 2005)

”atypische” Depression

(Angst et al., 2002, Marcus et al. 2005, Smith et al., 2008,
van Noorden et al., 2010)

“reine” Depressionen

(Kessler, 2003, van Noorden et al., 2010)

komorbide Angststörungen, Essstörungen

(Breslau et al., 1998, de Graaf et al., 2002, Simonds et
al., 2003, van Noorden et al., 2010)

komorbide somatische Erkrankungen

z.B. Schilddrüsenstörungen, Migräne,
Fibromyalgie (Whybrow, 1995, Kornstein 2003)

Suizidversuche

(Marcus et al., 2005, van Noorden et al., 2010)

depressive Männer häufiger ...

komorbider Alkoholismus und Drogenabhängigkeit

(Moscato et al., 1997, de Graaf et al., 2002; van
Noorden et al., 2010)

ADHD, soziale Phobie

(van Noorden et al., 2010)

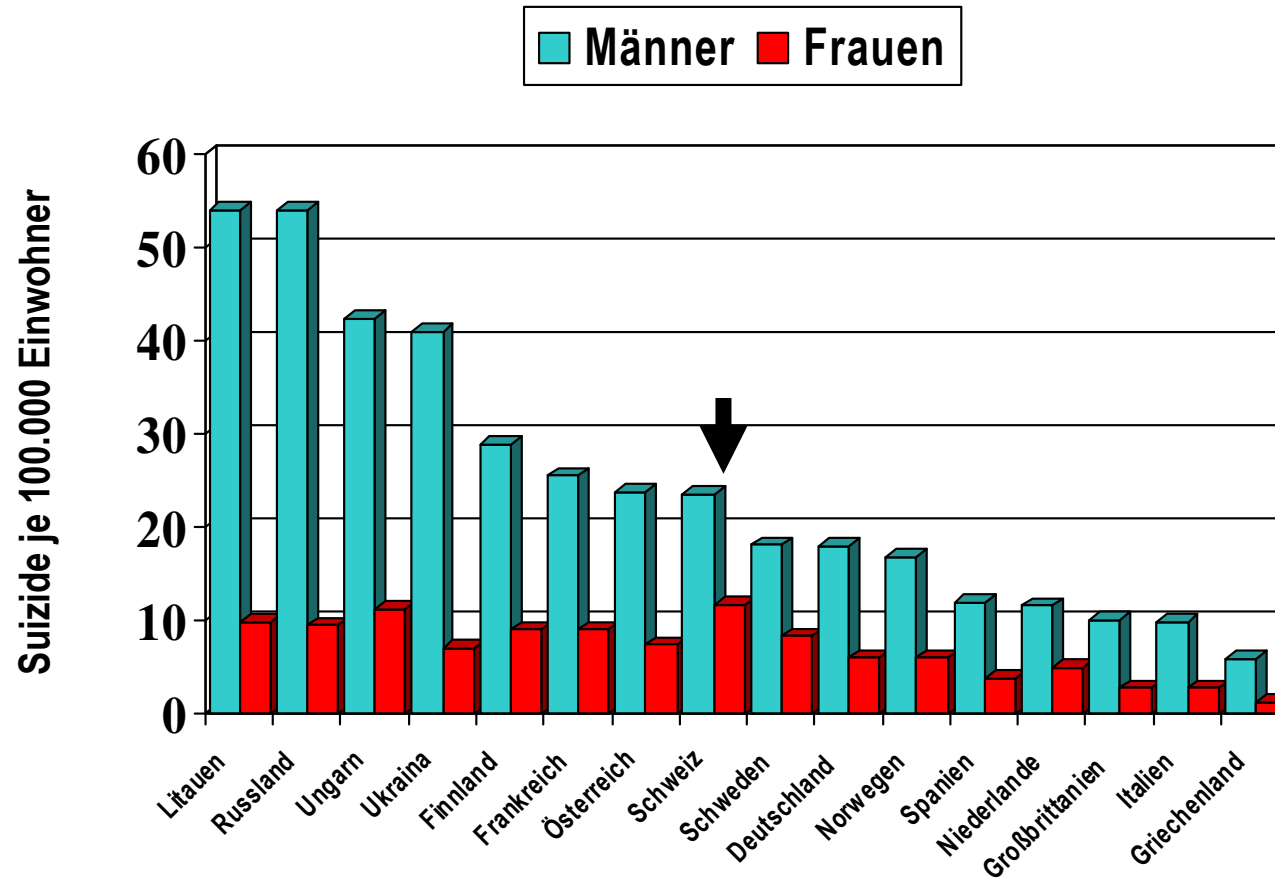
höhere Suizidraten

(Isometsa et al. 1994)



Komorbide Angststörungen
(insb. Panik) vermindern Risiko
für schwere Suizidversuche
(Nakagawa et al. 2009)

Vollendete Suizide pro 100.000 Einwohner



Quelle: WHO 2009

Modellvorstellungen zu krankheitsbegünstigenden Faktoren der Depression

genetische Prädisposition

z.B. EZ 50%,
ZZ 20%

endogene Faktoren

Ungleichgewicht der Neurotransmittersysteme
neuroendokrinologische Dysbalance
chronobiologische Dysbalance

Persönlichkeit/ Temperament

z.B. Typus
melancholicus
introvertiert,
ängstlich-
vermeidend

somatische Faktoren

körperliche Erkrankungen
depressionsauslösende
Medikamente
physikalische Einwirkungen
(z.B. Lichtentzug)

Depression

Entwicklungsfaktoren

ängstlich- überfürsorglicher
Erziehungsstil
frühe Verluste/Traumata
gelernte Hilflosigkeit

psychosoziale Belastungen

akute Verluste
lebenszyklische
Krisen
chronische
Belastungen

Zeigen depressive Männer andere Symptome?

- Hypothese: Männer haben “atypischen” Ausdruck der Depression – Reizbarkeit, Ärger, feindselig-aggressives Verhalten (**“Männerdepression”**) (Rutz , 2001)
- Jedoch: keine Geschlechtsunterschiede in den meisten klinischen und nichtklinischen Studien (Möller-Leimkühler et al., 2004, Masi et al., 2001, Lewinsohn et al., 1993)
oder gar:
- höhere Reizbarkeitswerte bei Patientinnen (Perlis et al., 2005, STAR-D Studie)
- höhere Männerdepression bei Studentinnen als bei Studenten! (Möller-Leimkühler et al., 2010)

CAVE

unterschiedliche Reaktionen auf negativen Affekt, distress ≠
verkannte Depression bei Männern

Fazit:
Mögliche Artefakte sind zu berücksichtigen, ihr Einfluss ist jedoch zu
klein, um höhere Depressionsraten von Frauen ausreichend zu
erklären

Biologische Aspekte

- Unterschiedliches genetisches Risiko?

Metaanalyse über Zwillingsstudien (n=20.000):

genetisches Risiko ist ähnlich für Frauen und Männer

(Sullivan et al. 2000)

- Geschlechtshormone?

Pubertät

Schwangerschaft/Geburt

Perimenopause

Pubertät

- Depressionsraten von Jungen und Mädchen entwickeln sich während der Pubertät auseinander
 - Entwicklung adoleszenter Depression hängt stärker mit dem körperlichen Pubertätsstatus als mit dem eigentlichen Alter zusammen (*Angold et al. 1999*)
 - körperliche Veränderungen interagieren mit psychosozialen Veränderungen (*Hyde et al. 2008, Oldehinkel et al. 2011*)
 - Mädchen erleben in der Pubertät mehr **interpersonelle Stressereignisse** und sind für diese anfälliger
 - haben eine **negativere Selbstwahrnehmung** des eigenen Körpers
 - **grübeln** mehr, sind **misserfolgsorientierter**
- ... diese Faktoren sind depressionsbegünstigend
-

Depressive Störungen in der perinatalen Phase

■ depressive Episoden

Schwangerschaft: ca. 10% (*Yonkers 2003*)
postpartal: 10-15% (*O'Hara & Swain 1996*)



Kein Depressionsschutz
während der
Schwangerschaft

Keine klare postpartale
Inzidenzerhöhung

■ Folgen mütterlicher Depression in der Schwangerschaft

erhöhte Fehlgeburten, Frühgeburten
Wachstumsstörungen
physiologische Veränderungen (z.B. Cortisol)
Entwicklungsverzögerungen ..

(*Yonkers et al. 2009*)

■ Folgen mütterlicher Depression nach der Geburt (postpartal)


Entwicklungsverzögerungen
Entwicklung von psychischen und
Verhaltensstörungen ..

(*Gunlicks & Weissman 2008*)

Postpartale Depressionen bei Vätern

- hohe Prävalenz depressiver Störungen bei Vätern in der postpartalen Phase
ca. 5-10%; Meta-Analyse, 43 Studien (*Paulson & Bazemore, 2010*)
≥ 25% unter Partnern depressiver Frauen (*Goldman et al. 2004*)
 - emotionale und Verhaltensprobleme bei Kindern, insbesondere bei Jungen, unabhängig von mütterlicher Depression (*Ramchandani et al. 2008*)
 - bislang zu wenig beachtet (Screening, Behandlungsangebote ...)
-

Depressive Störungen in der Perimenopause

- Höheres Erkrankungsrisiko bei Frauen mit **früheren depressiven Episoden, prämenstrueller dysphorischer Störung** und **postpartaler Depression** (*Freeman 2006, Parry 2008, Wise 2008*)
 - Neuere Studien: auch etwas erhöhte Neuerkrankungsraten bei bislang nicht vorbelasteten Frauen (*Cohen et al. 2006, Freeman et al. 2006*)
 - kein direkter Zusammenhang zwischen Depressivität und fallendem bzw. Schwankungen im Östrogenspiegel (*Bromberger et al. 2010*)
 - andere Risikofaktoren tragen mehr zur Erklärung bei: z.B. aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren, vasomotorische Symptome (*Alder 2001, Avis et al. 2003, Wise 2008, Bromberger et al. 2008, 2010, 2011*)
-  Menopause = komplexer Prozess, der durch biologische, psychologische, soziale und kulturelle Faktoren beeinflusst wird
-
- Derzeit keine Empfehlung von Hormontherapien zur Depressionsbehandlung im Klimakterium (*Nationale Versorgungsleitlinie UPD, 2009*)

Persönlichkeitsfaktoren und Stressverarbeitung

- Frauen: höhere Ausprägungen in Persönlichkeitsmerkmalen, die mit erhöhter Depressivität einhergehen, z.B. **Neurotizismus, Ängstlichkeit** (*Costa et al. 2001, Feingold 1994*) - Ursache oder Folge?
 - Frauen: mehr **internalisierende emotionsbezogene Reaktionen** im Umgang mit Stress und negativen Verstimmungen
– z.B. sich sorgen, grübeln, Selbstvorwürfe (*z.B. Nolen-Hoeksema et al. 2008*)
 - Männer bevorzugen **externalisierende Strategien**
- Ablenkung, Ablenkung, acting out, Substanzgebrauch

 - Geschlechtsrollensozialisation – Jungen werden eher für **aktives stimmungskontrollierendes Verhalten** verstärkt, Mädchen lernen **Beschäftigung mit negativen Gefühlen** als angemessenes geschlechtstypisches Verhalten (*vgl. Zahn-Waxler 2000*)
-

Psychosoziale Aspekte: Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit der weiblichen Geschlechtsrolle

- gesellschaftliche Benachteiligung, z.B. bzgl. Ausbildungsniveau, ökonomisches Ungleichgewicht, Teilhabe, Armut ... *zsf. Belle & Doucet 2003, Kühner 2007)*
 - Ehe hat für Männer stärkere Schutzfunktion gegen Depression als für Frauen *(z.B. Gutierrez-Lobos et al. 2000, Van de Velde et al., 2010)*
 - Ungleichheit bzgl. Rollenbelastungen *(z.B. Pinqart & Sorensen 2006, Maier 1999, Nolen-Hoeksema et al. 1999)*
 - Cost of Caring *(Kessler & McLeod 1984, Kendler et al. 2001, Hankin & Abramson 2001)*
 - Körperliche und sexuelle Gewalt, einschließlich sexueller Missbrauch in der Kindheit *(BMFSJ 2004, Griffin et al. 2005, Putnam 2003)*
-

Mögliche Annäherung der Depressionsraten in jüngeren Geburtsjahrgängen

WHO-Studie in 15 Ländern weltweit

Beobachtete **Annäherung** von Krankheitsraten in jüngeren Geburtskohorten bezüglich

- Depression
- Substanzgebrauch und Abhängigkeit

Annäherung bezüglich der **Depressionsraten** stand im klaren Zusammenhang mit Veränderung der traditionellen weiblichen Geschlechtsrolle in den jeweiligen Ländern!

(Seedat et al. 2009)

Geschlecht und medikamentöse Behandlung

Das Geschlecht beeinflusst die **Verarbeitung und Wirkung psychotroper Medikation**

- Frauen haben höhere Plasmakonzentrationen und längere Halbwertszeiten antidepressiver Medikation, dadurch höhere Nebenwirkungen
- Einfluss von Menstruationszyklus, Verhütungsmitteln, Schwangerschaft und Menopausalstatus

Frauen erhalten **mehr Psychopharmaka** als Männer

- Antidepressiva (indiziert)
- jedoch auch unkritische Verschreibungspraxis von Beruhigungsmitteln

Frauen werden bei psychischen Problemen **häufiger vom Hausarzt behandelt**, seltener als Männer an zuständigen Facharzt (Psychiater) überwiesen

Wirksame Psychotherapieformen für Depression (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie*)



Kognitive Verhaltenstherapie KVT

Interpersonelle Therapie IPT

Psychodynamische Kurzzeittherapie

Paartherapie und Gruppentherapie

**Cognitive Behavioral Analysis System of
Psychotherapy (CBASP) bei chronischer
Depression**

**Achtsamkeitsbasierte Therapie zur
Rückfallprophylaxe**

**deJong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm 2007*

Geschlechtsunterschiede in der Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depression

Kognitive Verhaltenstherapie

... rationales analytisches Vorgehen – eher etwas für Männer? (*Thase et al 1994*)

- Mehrzahl, v.a. auch größere Studien, finden keine Geschlechtsunterschiede in der Wirksamkeit (*Hautzinger et al. 1996, Kühner & Angermeyer 1999, Jarrett et al. 2001, Merrill et al 2003, Watson & Nathan 2008*)

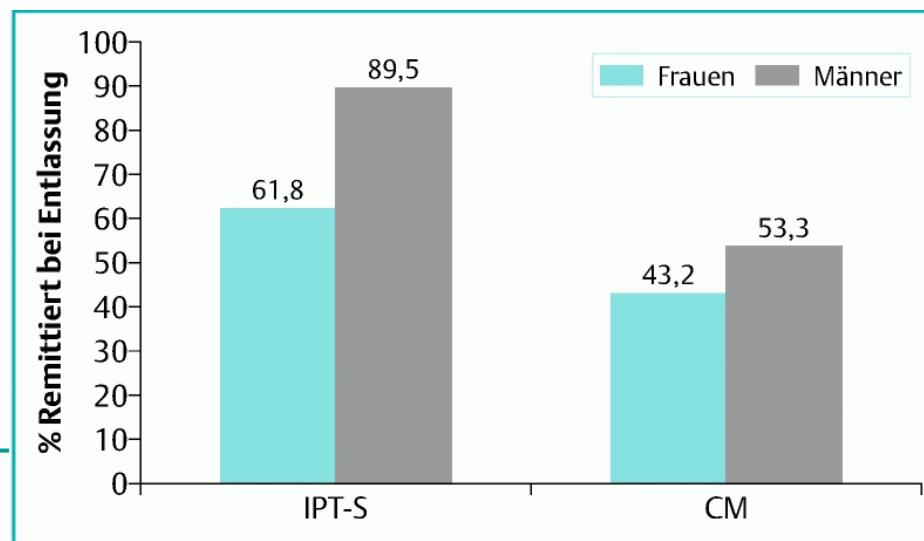


Interpersonelle Therapie

Interpersonelle Therapie

... interpersonelle, häufig frauenspezifische Rollenbereiche – eher etwas für Frauen? (*O'Hara et al 2000, Swartz et al 2006*)

- Freiburger Studie (stationär, n=105): keine Geschlechtsunterschiede nach 5 Wochen Behandlung
- Männer: niedrigere Depressivität (HAMD), höhere Remissionsraten bei Entlassung (*Schneider et al 2008*)

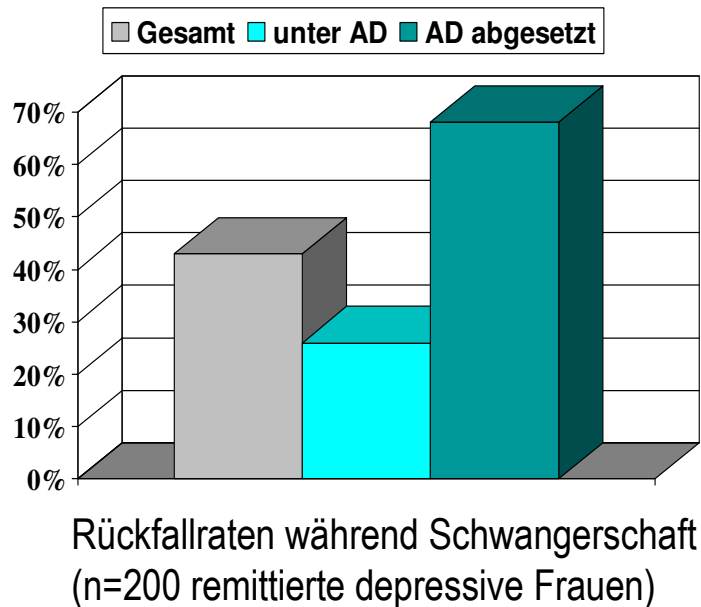


- nach 3-12 Monaten Wiederangleichung

Schneider et al. 2008

Besonderheiten der Behandlung von Depressionen in der Schwangerschaft und nach Geburt eines Kindes

Hohe Rückfallraten beim Absetzen antidepressiver Therapie während der Schwangerschaft



JEDOCH

Während Schwangerschaft und Stillzeit dürfen Antidepressiva nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abwägung verordnet werden

Wirksamkeit biologischer Behandlungsverfahren bei postpartaler Depression

Insgesamt nur wenig erforscht ...

- Antidepressiva (insb. SSRI) sind wirksam bei schwerer postpartaler Depression
(*Dennis et al. 2008 Cochrane Review*)

 - Lichttherapie (7000 Lux, 1 Std/Tag, 5 Wochen) erwies sich wirksam zur
Behandlung nicht-saisonaler depressiver Episoden in der Schwangerschaft
(*Wirz-Justice et al. 2011*)
-

Nichtmedikamentöse Interventionen bei ante / postnataler Depression

Psychotherapie für Depressionen in der Schwangerschaft

- Empfohlen werden insb. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Interpersonelle Therapie (IPT) (*Yonkers et al. 2009*)

Postnatale Depression

- **Prävention mit Risikogruppen:** IPT (*Zlotnick et al. 2001, 2006*), KVT (*Chabrol et al. 2002*) zeigen positive Effekte
 - **Behandlung:** KVT, IPT, Psychodynamische Therapie, Gruppentherapien, nichtdirektive Beratung, Babymassage u.a. sind wirksam (*Dennis 2004, Dennis & Hodnett 2007 Cochrane Review*)
 - **Zusätzlich:** Förderung/Anleitung zur positiven Mutter-Kind-Interaktion in der Therapie
-

Geschlechtersensible Therapie

Sensibilisierung für geschlechtsspezifische Einflussfaktoren der Erkrankung und mögliche geschlechtsspezifische Bedürfnisse in der Behandlung

Pharmakotherapie

unterschiedliche
Bioverfügbarkeit von Pharmaka

Interaktion von
Psychopharmaka und
Geschlechtshormonen

Besonderheiten der
Pharmakotherapie in der
Schwangerschaft und nach der
Geburt

Psychotherapie

aktuelle Risikofaktoren

(Missbrauch, Ausbeutung, sonst. Stressoren,
Rollenüberlastungen, komorbide
Erkrankungen, Gesundheitszustand ..)

Frühere Risikofaktoren

(familiäre Belastungen, Entwicklungsverlauf,
Vorgeschichte von Traumata, Vorgeschichte
von Substanzgebrauch, Gesundheitszustand
..)

Kontextmerkmale

(soziale Stützsysteme, Reaktionen des
Umfelds, Ausbildung und Beruf,
Bewältigungsstile ..)
