

**Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Symposium 6. Juni 2013, Berlin**

Psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Männer – Impulse aus der Forschung



**Prof. Dr. rer.soc.
Anne Maria Möller-Leimkühler
Psychiatrische Klinik der
Ludwig-Maximilians-Universität
München**



Mehrfache Schieflagen bei der Versorgung psychisch Kranker



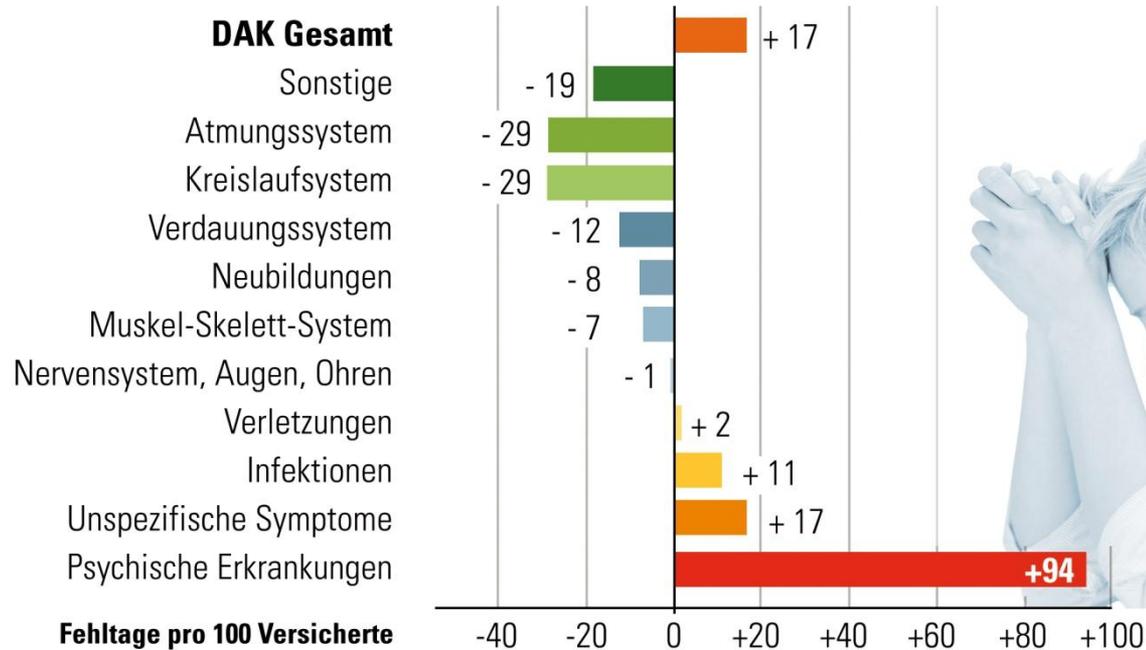
- **Anstieg der Depressionsdiagnosen und Behandlungen, aber Behandlungsquote unverändert (etwa 1/3): **Unterversorgung !****
- **Männer sind stärker unterversorgt als Frauen**
- **Diskrepanz zwischen subjektivem und objektivem Behandlungsbedarf bei Männern und ihrer psychiatr./psychother. Versorgung**
- **Wenn behandelt wird, dann eher spät, stationär und teuer statt früh, ambulant und kostengünstig (Margraf 2009)**

Anstieg psychischer Störungen bei stabiler Prävalenz



Verschiebung des Krankheitsspektrums

Veränderung der Fehltage pro 100 Versicherte zwischen 2000 und 2012



QUELLE DAK Gesundheitsreport 2013

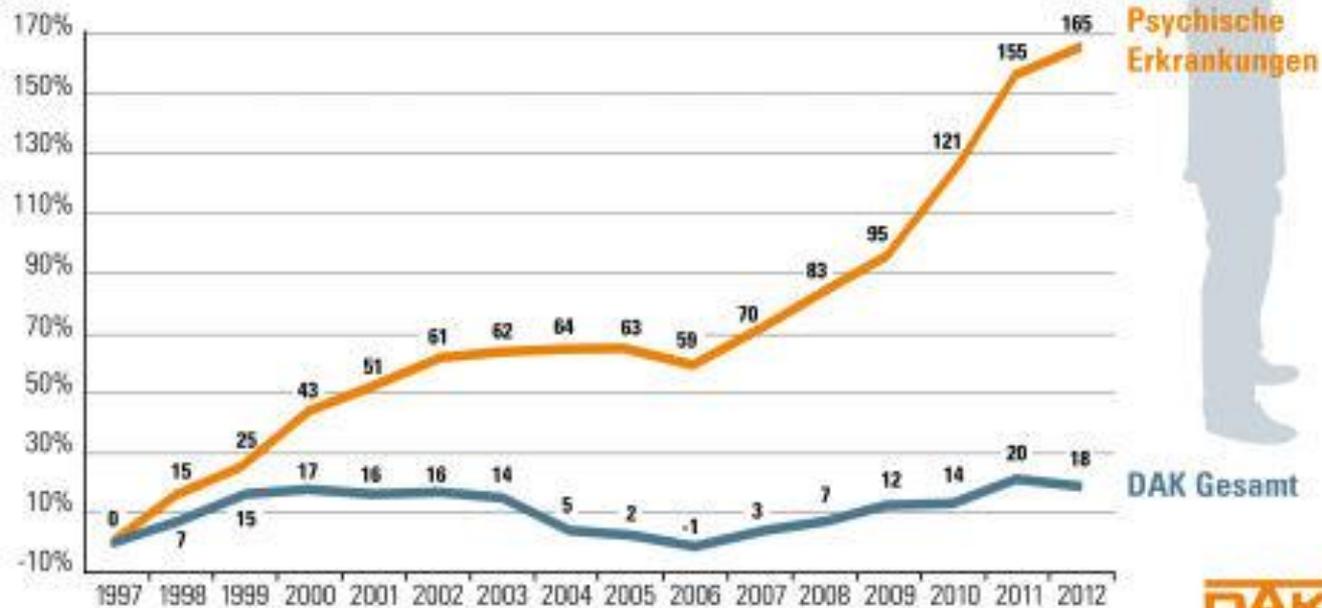
DAK
Gesundheit

Steigender Behandlungsbedarf



Überproportionaler Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen

Zunahme um 165 Prozent seit 1997



QUELLE DAK Gesundheitsreport 2013

DAK
Gesundheit

Zunahme bei Männern



Mann und Gesundheit.

Psychische Krankheiten gegen den Trend gestiegen.

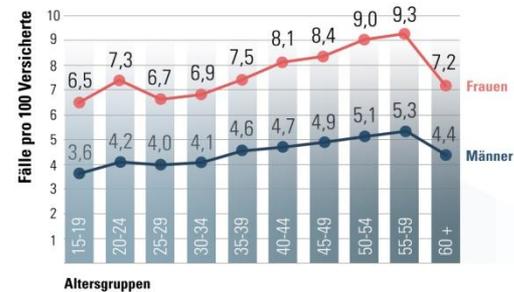


Angaben in Prozent | Abnahme bzw. Zunahme von Krankheitstagen bei Männern 2007 gegenüber 2000

DAK



Psychische Erkrankungen: Frauen häufiger krankgeschrieben als Männer



QUELLE DAK Gesundheitsreport 2013

DAK
Gesundheit

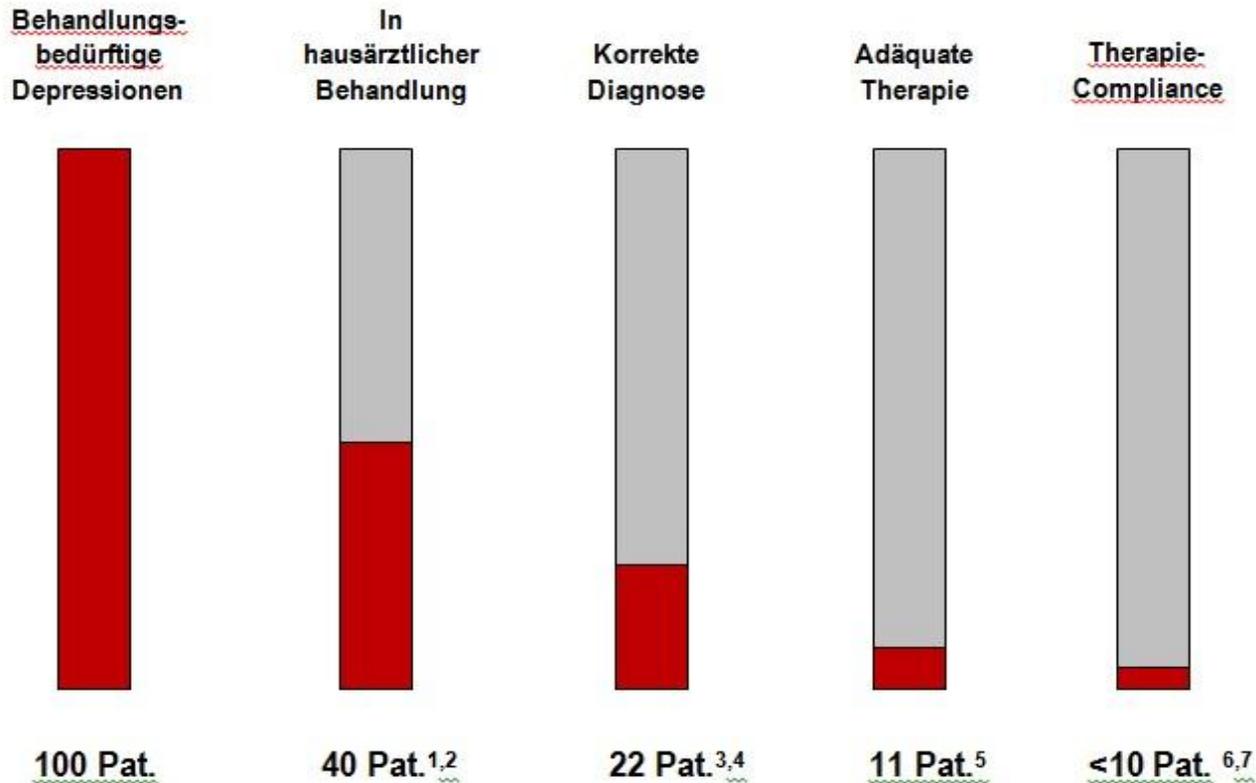


Präsentismus bei Männern ?

Versorgungsbedarf bei Depression

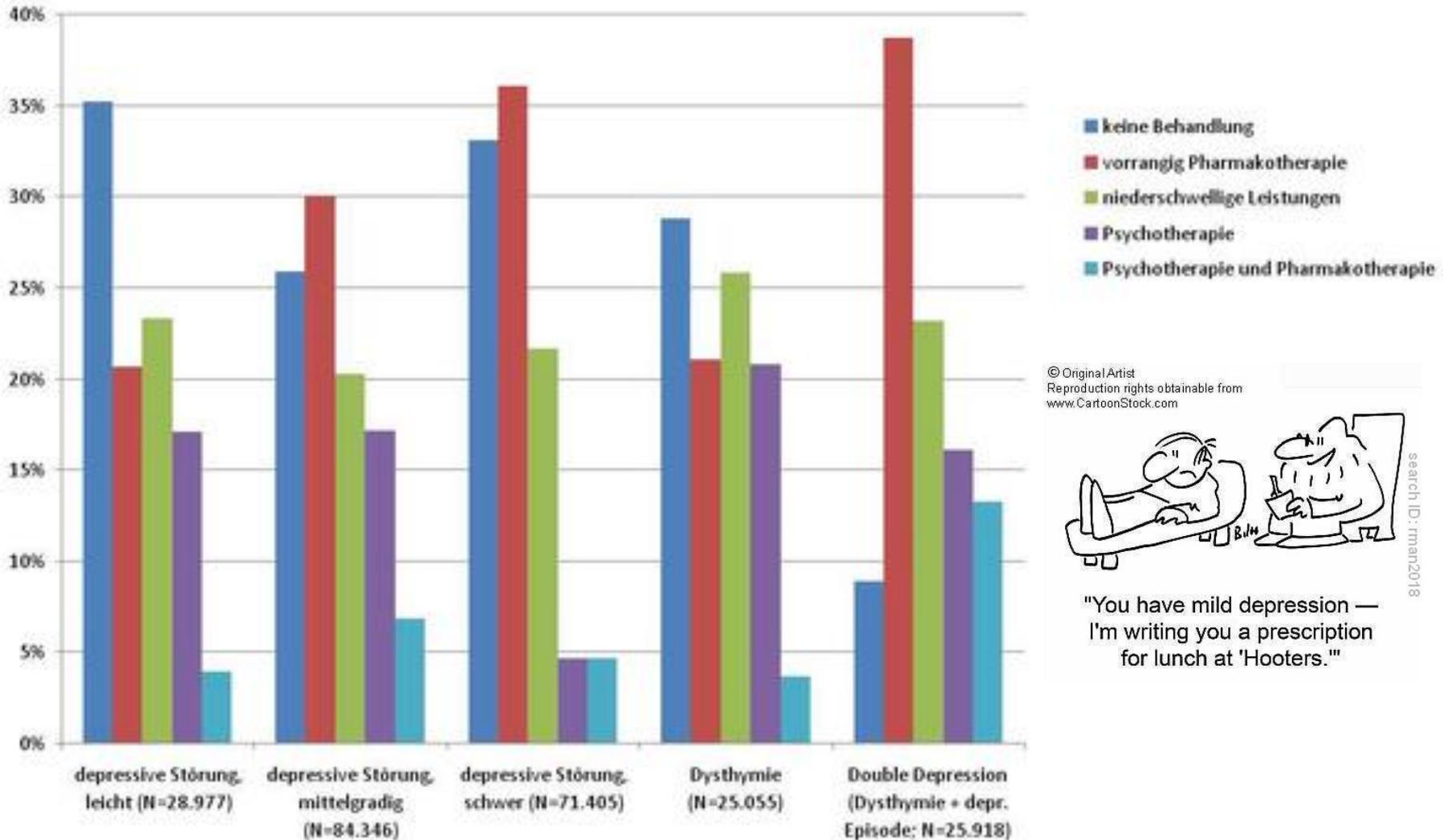


Grobe Schätzung des diagnostischen und therapeutischen Defizits in entwickelten Ländern

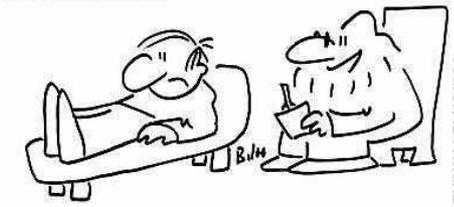


1 Alonso et al. 2004, 2 Wittchen & Jacobi 2012, 3 Jacobi et al. 2002, 4 Mitchel et al. 2009, 5 Boenisch et al. 2012,
6 Pinto-Meza et al. 2011, 7 Lingam & Scott 2001

Zu wenig ambulante Psychotherapie – nicht leitliniengerecht



© Original Artist
 Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



"You have mild depression — I'm writing you a prescription for lunch at 'Hooters.'"

search ID: man2018

Männer in der ambulanten Psychotherapie unterrepräsentiert



Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung 2010

Vergleich der Anteile w/m Patienten der Stichprobenpopulation mit der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen

	Stichprobe ^{1,2}		Gesamtbevölkerung Stichtag 31.12.2008 ^{1,3}	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
≤21 Jahre	1.785 56,68%	1.364 43,32%	8.581.934 48,73%	9.028.700 51,27%
22-30 Jahre	3.455 74,90%	1.158 25,10%	4.364.947 49,31%	4.486.896 50,69%
31-40 Jahre	4.856 73,51%	1.750 26,49%	5.263.443 49,16%	5.443.615 50,84%
41-50 Jahre	5.737 71,58%	2.278 28,42%	6.778.433 49,00%	7.055.559 51,00%
51-60 Jahre	3.509 71,54%	1.396 28,46%	5.513.632 50,16%	5.479.104 49,84%
61-70 Jahre	1.078 75,76%	345 24,24%	4.887.890 51,75%	4.556.978 48,25%
71-80 Jahre	292 75,45%	95 24,55%	3.957.662 56,19%	3.085.174 43,81%

1 Angaben als Häufigkeiten und in % der jeweiligen Patienten, falls nicht anders gekennzeichnet

2 Stichprobe weiblich N=20.746 / männlich N=8.449

3 Gesamtbevölkerung weiblich N=41.818.073 / männlich N=50.184.283

mod. nach Walendzik et al. 2011

ähnliche Ergebnisse bei Hartmann, Zepf 2004; Linden et al. 2002; Strauß et al. 2002

Sind Männer psychisch gesünder ?



positiver Zusammenhang zwischen **Berufsrolle und psychischer Gesundheit** (Mirowsky, Ross 1995)



keine vergleichbare Doppelbelastung durch Berufs- und Familienarbeit



die biologische Differenz: **kein weiblicher Zyklus**



geringeres Körperbewusstsein und **höhere Symptomtoleranz** (Shields et al. 1989)



geringere Selbstaufmerksamkeit (Ingram et al. 1988)



geringere Medikalisierung des männlichen Körpers (Kolip, Glaeske 2002)



geringere Psychologisierung männlicher Beschwerden (Conen, Kuster 1988)



externaler Attributionsstil und **selbstwertsteigernde Copingstrategien** (Syme 1989)



geringerer Neurotizismus von Männern (Jorm 1987)



negative Korrelation zwischen Maskulinität, Ängstlichkeit und Depressivität (Gallacher, Klieger 1995)

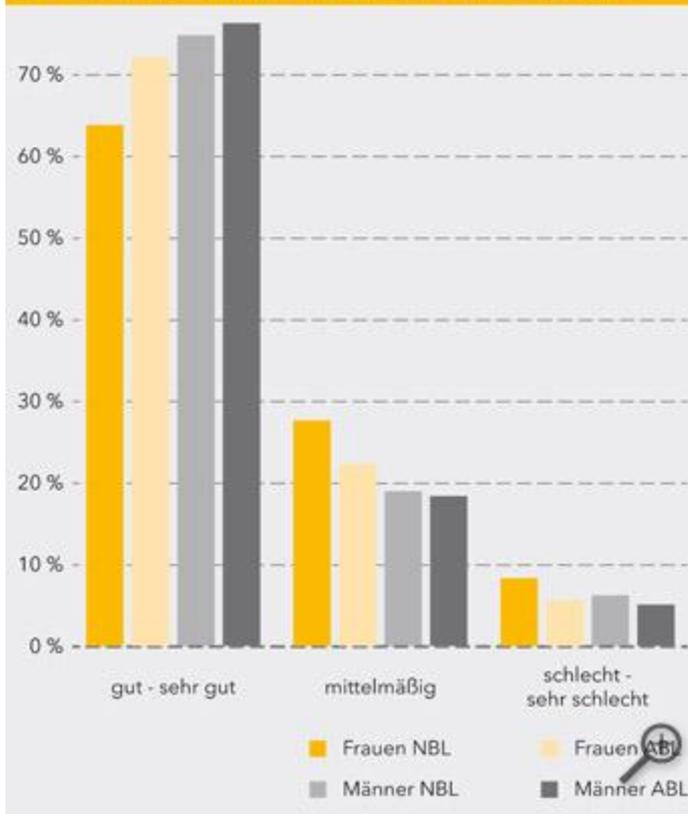


positive Gesundheitseffekte der Ehe (Kiecolt-Glaser, Newton 2001)

Subjektiver Behandlungsbedarf von Männern....

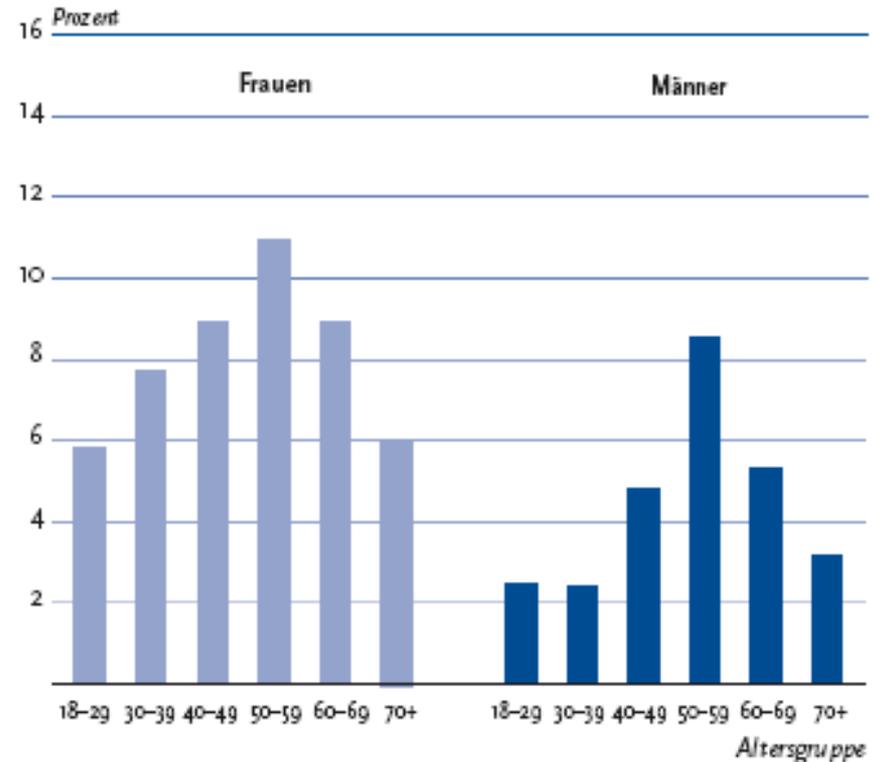


Abb. 68: geschlechtsspezifische Selbsteinschätzung der Gesundheit in alten und neuen Bundesländern



Anteil der Personen mit diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten, nach Alter und Geschlecht

Datenbasis: GEDA 2009

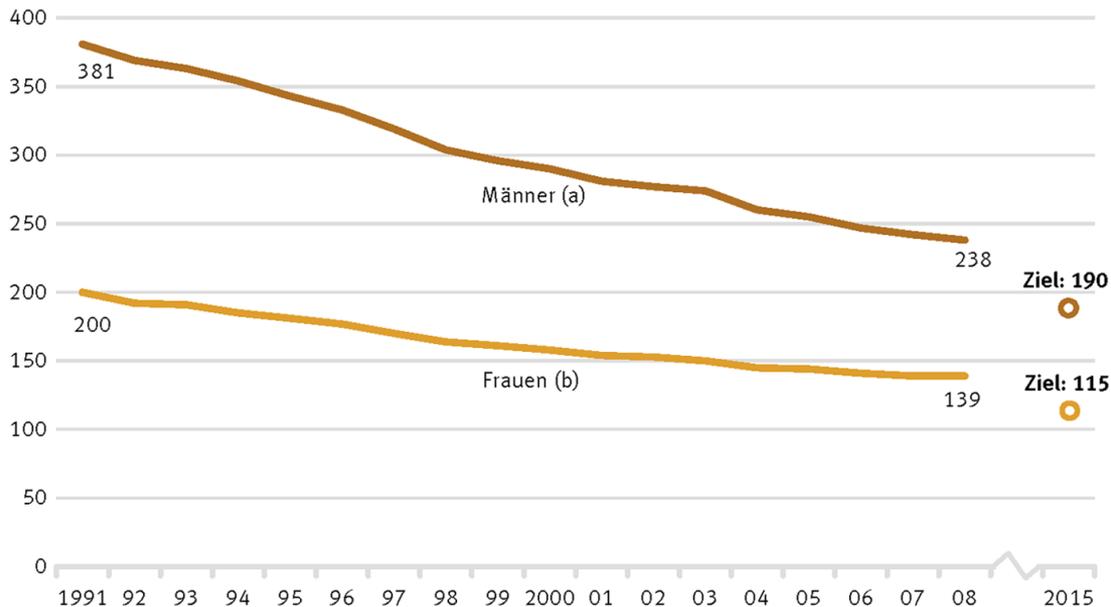


... und objektiver Behandlungsbedarf



Vorzeitige Sterblichkeit

Todesfälle pro 100 000 Einwohner unter 65 Jahren



verhaltensbedingte Erkrankungen



chronischer Stress (Nielsen et al. 2008)



psychische und somatische Komorbidität

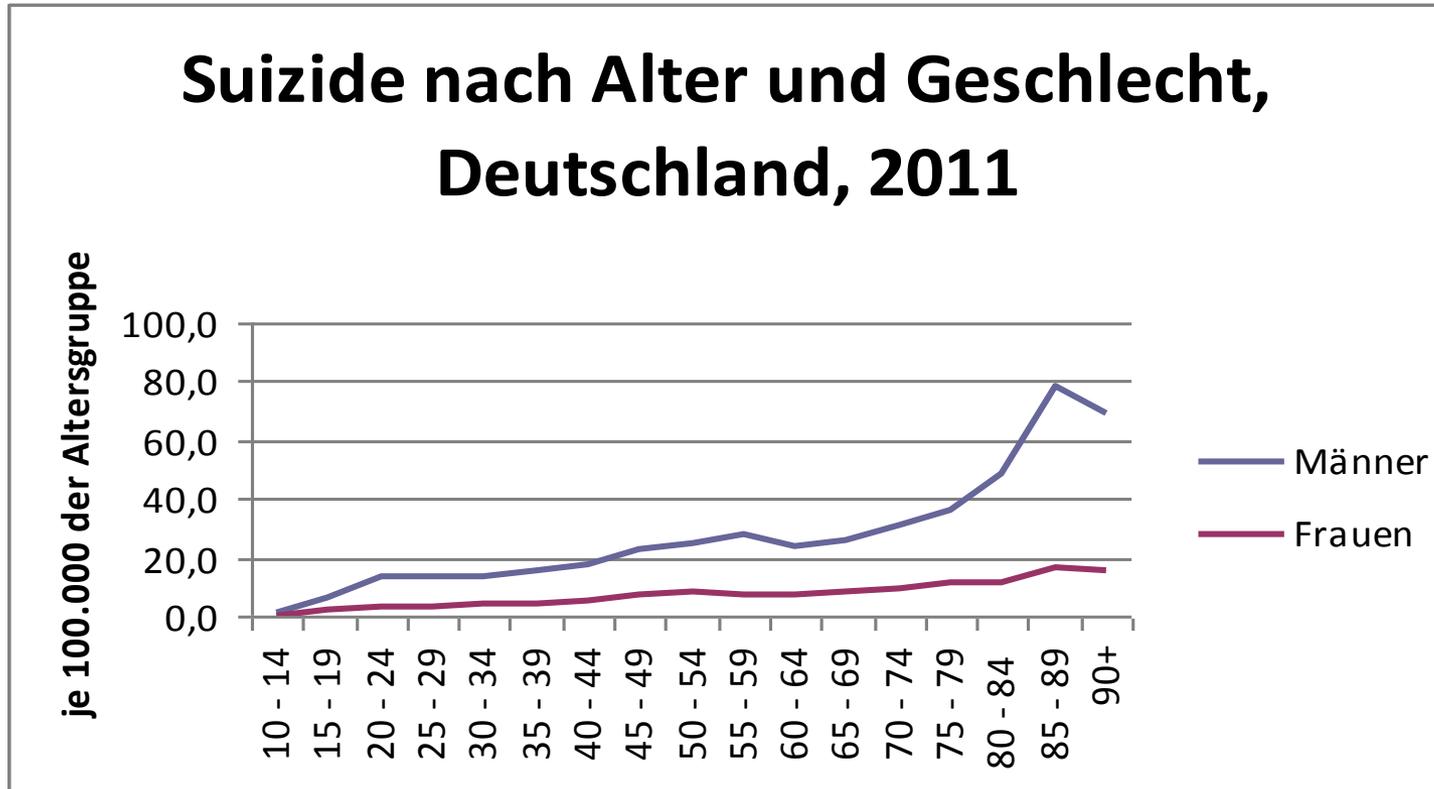


psychische und Verhaltensstörungen



Suizid

... und objektiver Behandlungsbedarf

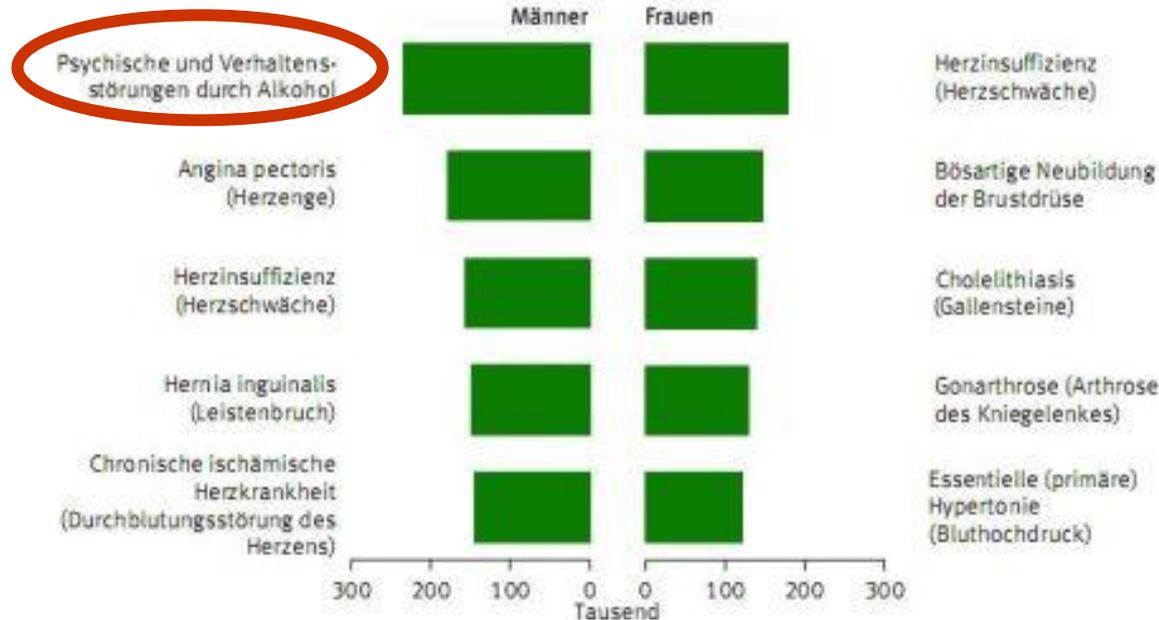


Stat. Bundesamt 2011

Wo sind die überlebenden psychisch kranken Männer?



Die fünf häufigsten Krankenhausdiagnosen* bei Männern und Frauen 2007



* ohne gesunde Neugeborene

Statistisches Bundesamt

80% in Praxen niedergelassener Ärzte
35% in Allgemeinkrankenhäuser
10% in suchttherapeutischen Einrichtungen (Mann 2008)
0,5 – 1% in ambulanter Psychotherapie (Wittchen, Jacobi 2001)

Barrieren der Inanspruchnahme

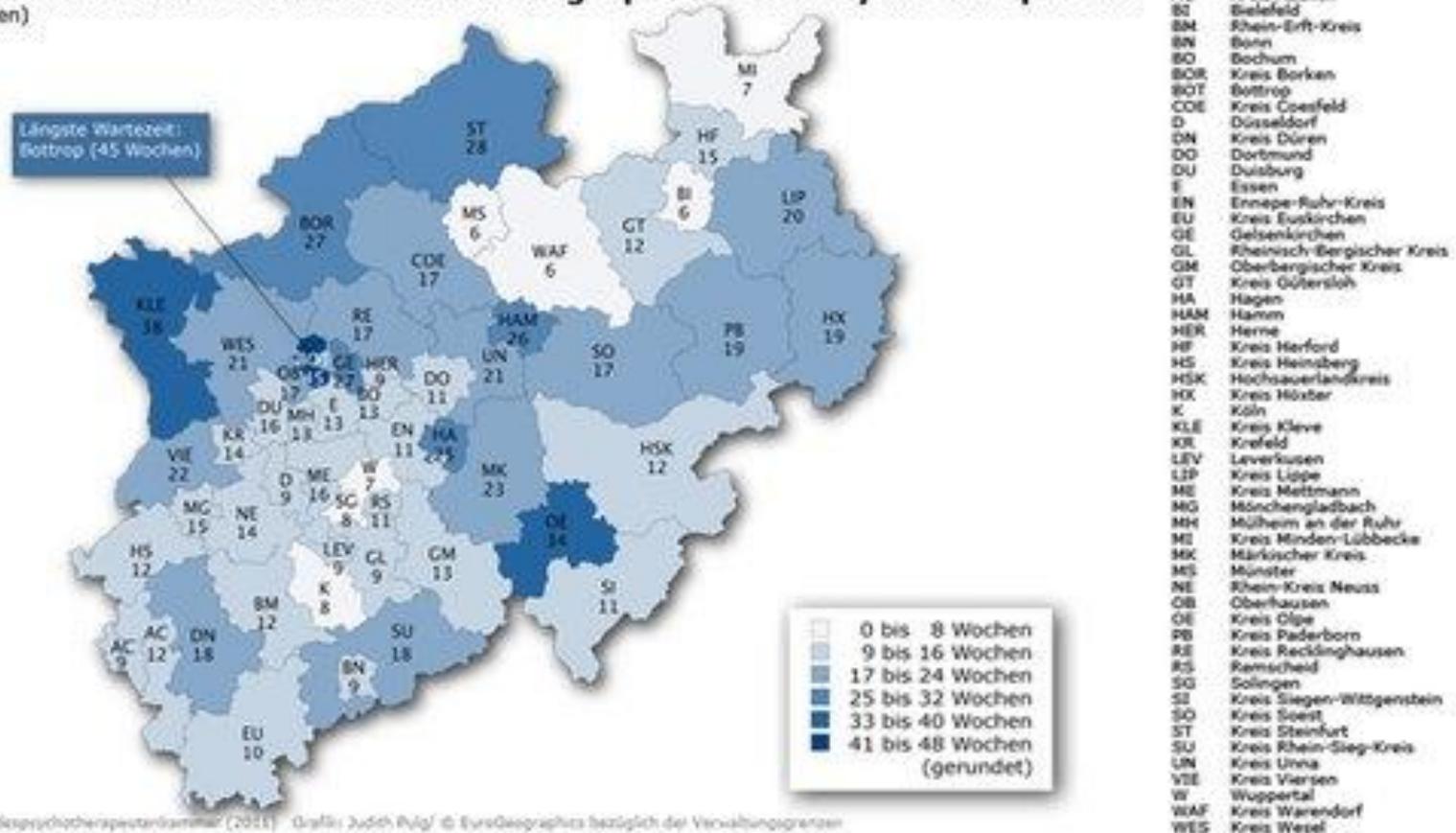


Faktoren des Gesundheitssystems



Durchschnittliche Wartezeit auf Erstgespräch: 3 Monate
 Durchschnittliche Wartezeit auf Therapiebeginn: 6 Monate

Durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten
 (in Wochen)



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer (2011) Grafik: Judith Polig/© EuroGeographics bezüglich der Verwaltungsgrenzen.

Strukturelle Defizite des Versorgungssystems



**Nichterkennen von psych. Störungen in Primärversorgung
(etwa bei der Hälfte der Betroffenen)**

**Keine ausreichende Information und Motivation bzgl.
psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten**

**Regional ungleich verteilte Psychotherapeutendichte
(Großstadt: 38,8 PT auf 100.000 Einwohner, auf dem Land 4,3 PT)**

Fehlen niederschwelliger PT-Angebote

Wartezeiten

Hoher Anteil an abgebrochenen Behandlungen

Einstellungen von Männern zur psychischen Gesundheit



Vorstellung, dass man Depression allein bewältigt
(Jorm et al. 2006)



**Ältere Männer sehen Depression als normalen Bestandteil des
Alters an**
(Sarkisian et al. 2003)



**Männer haben häufiger stereotype, restriktive, pessimistische
und stigmatisierende Einstellungen**
(Ng, Chang 2000; Cook, Wang 2010)



**Besonders ältere Männer haben Vorurteile gegenüber an Depressi
Erkrankten**
(Griffith et al. 2008)



Männer haben ein geringes Wissen über Depression
(Wang et al. 2007)

Einstellungen von Männern zur Psychotherapie



Trotz positiver Grundhaltung Skepsis bei den Männern

	Männer %	Frauen %
„Für mich selber käme eine Psychotherapie auf keinen Fall infrage.“	34,0	21,8
„Viele psychische Probleme oder Störungen sind nur eingebildet ...“	30,6	22,3
„Für viele Betroffene sind ihre psychischen Probleme doch auch eine willkommene Ausrede, um sich vor ihren Pflichten zu drücken.“	39,8	30,3
„Ich glaube, dass die meisten Psychotherapien den Betroffenen nicht helfen.“	27,0	19,5

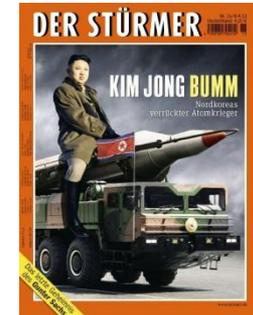
Traditionelle Maskulinität



sozial erwünscht

Macht- und Dominanzstreben
Mut
Unabhängigkeit
Leistungsorientierung
Wettbewerbsorientierung
Rationalität
Erfolg
Aktivität
Kontrolle
Unverletzlichkeit

codierte Emotionalität



gehemmte Expressivität

Aggressivität
Ärger
Feindseligkeit
Risikoverhalten

~~Angst~~
~~Unsicherheit~~
~~Hilflosigkeit~~
~~Traurigkeit~~

Männlichkeitsindikatoren



je weniger Schlaf man braucht

je besser man Schmerzen ertragen kann

je mehr Alkohol man vertragen kann

je weniger man sich um seine Ernährung kümmert

je seltener man andere um Hilfe bittet

je weniger man von anderen abhängig ist

je besser man seine Gefühle kontrollieren kann

je weniger man auf seinen Körper achtet

Je stärker die Orientierung an Normen traditioneller Maskulinität ...



... desto seltener gehen Männer zu Vorsorgeuntersuchungen (Kristen et al. 2009)



... desto schlechter die psychische Gesundheit von Männern (Cochran 2005)



... desto ausgeprägter externalisierende Symptome bei Depression

(Magovcevic, Addis 2008)



... desto wahrscheinlicher ein Suizidversuch (Houle et al. 2007)

Stressvulnerabilität und –verarbeitung bei Männern



**Orientierung an
sozialem Status**
(evolutionsbiologisch/
traditionelle Männerrolle)



**psychobiologische
Stressreaktion**

höhere Cortisol und
ACTH Ausschüttung
**bei leistungsbezogenen
Stressoren**

Verhalten bei Stress

„fight or flight“

Externalisierung, problem-
zentrierte Copingstrategien,
Abwehr



**Alkoholmissbrauch, cardiovasculäre
Erkrankungen, Suizid**

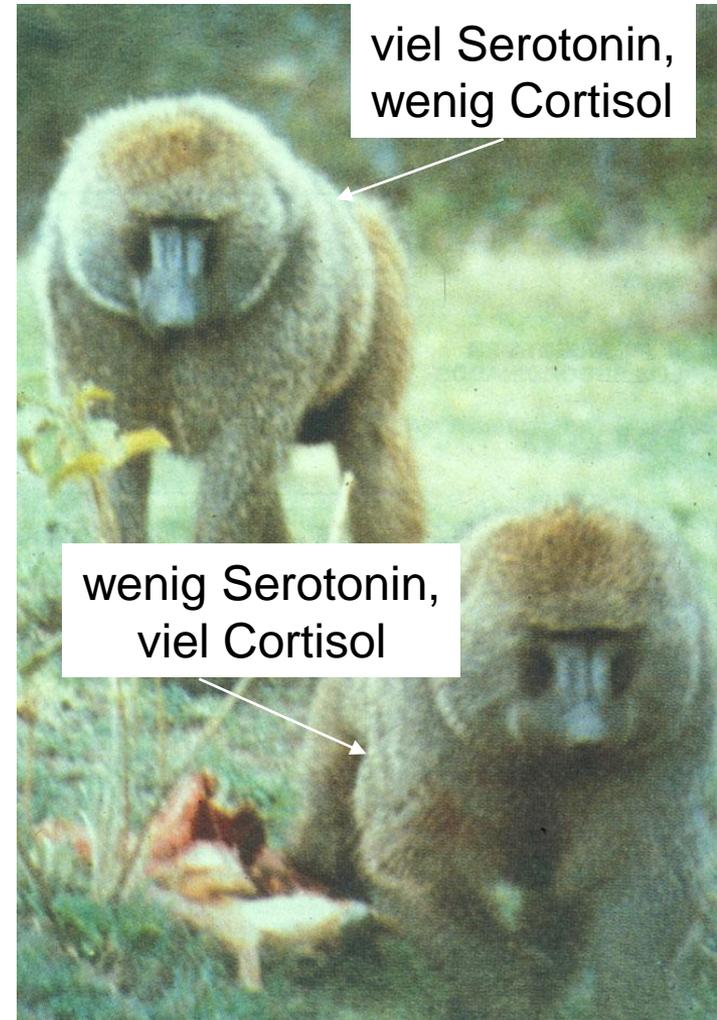
Soziale Unterordnung

Stress für Männer und männliche Paviane



„Die Angst, wertlos oder gar verlassen zu sein, wenn man nicht selber groß und mächtig werden oder zumindest an kollektiver Größe und Macht teilnehmen kann, ist eine kollektive Männerneurose.“

H.E. Richter

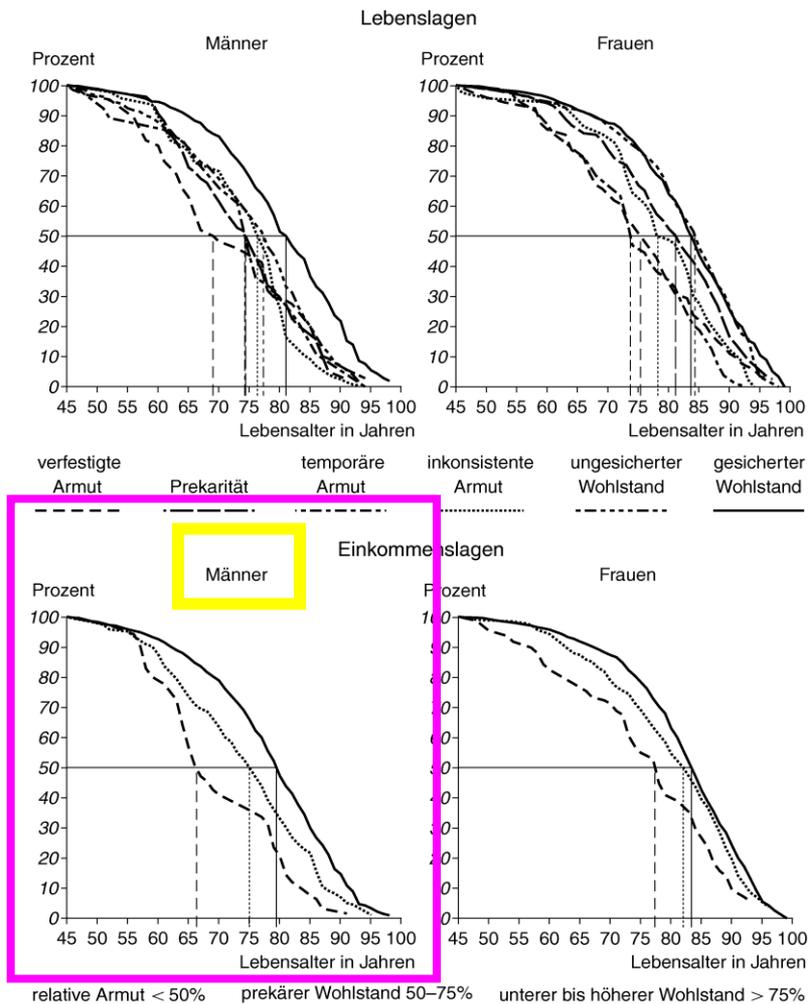


Sapolsky 1989

Reiche Männer leben länger



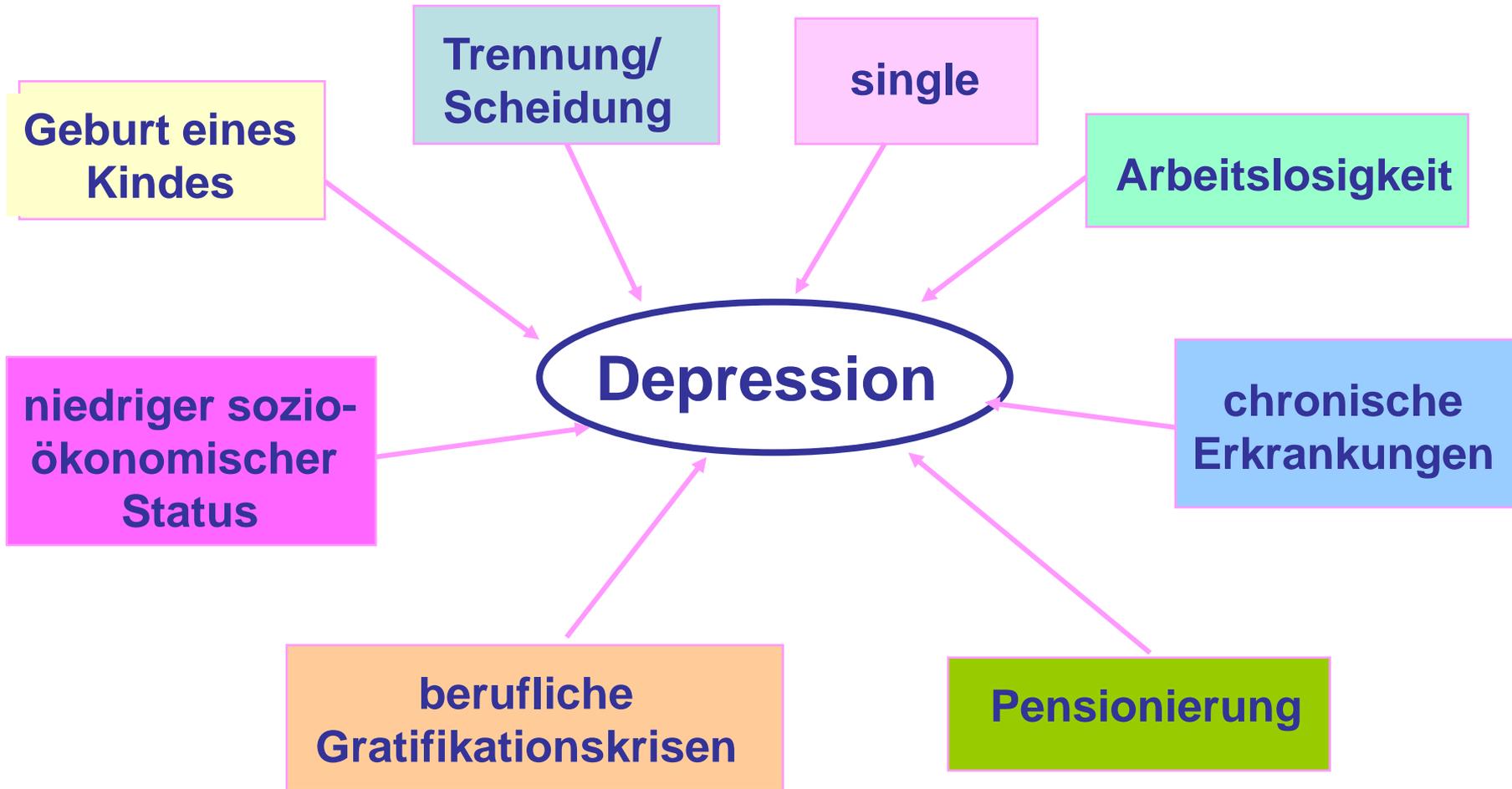
Abbildung 1: Überlebenswahrscheinlichkeit von über 45-Jährigen nach sozialer Lage



Sozialer Status
für Männer eindeutig
mit Erkrankungs-
und Mortalitätsrisiko
assoziiert

Quelle: SOEP 1984–2009, vor 1963 geborene Personen ohne Migrationshintergrund, deren Lebenslage bzw. Einkommenslage über fünf Jahre beobachtet werden konnte.

Risikofaktoren für Depression bei Männern: Statusbedrohungen



Gründe für Unterdiagnostizierung von Depression bei Männern



**männertyp. Stressresponse
„fight or flight“
externalisierendes Verhalten**

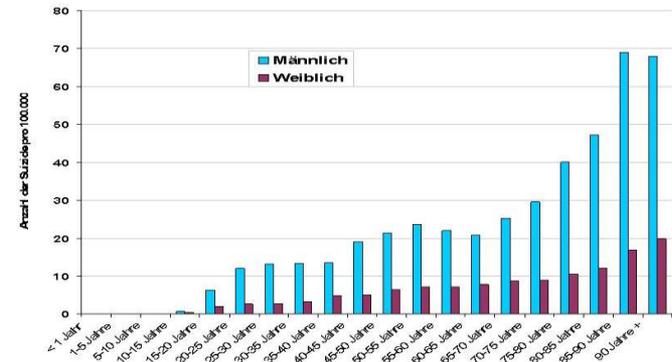


120



**mangelnde Hilfesuche
1M : 2 F
Geschlechterparadox bei
Depression und Suizid**

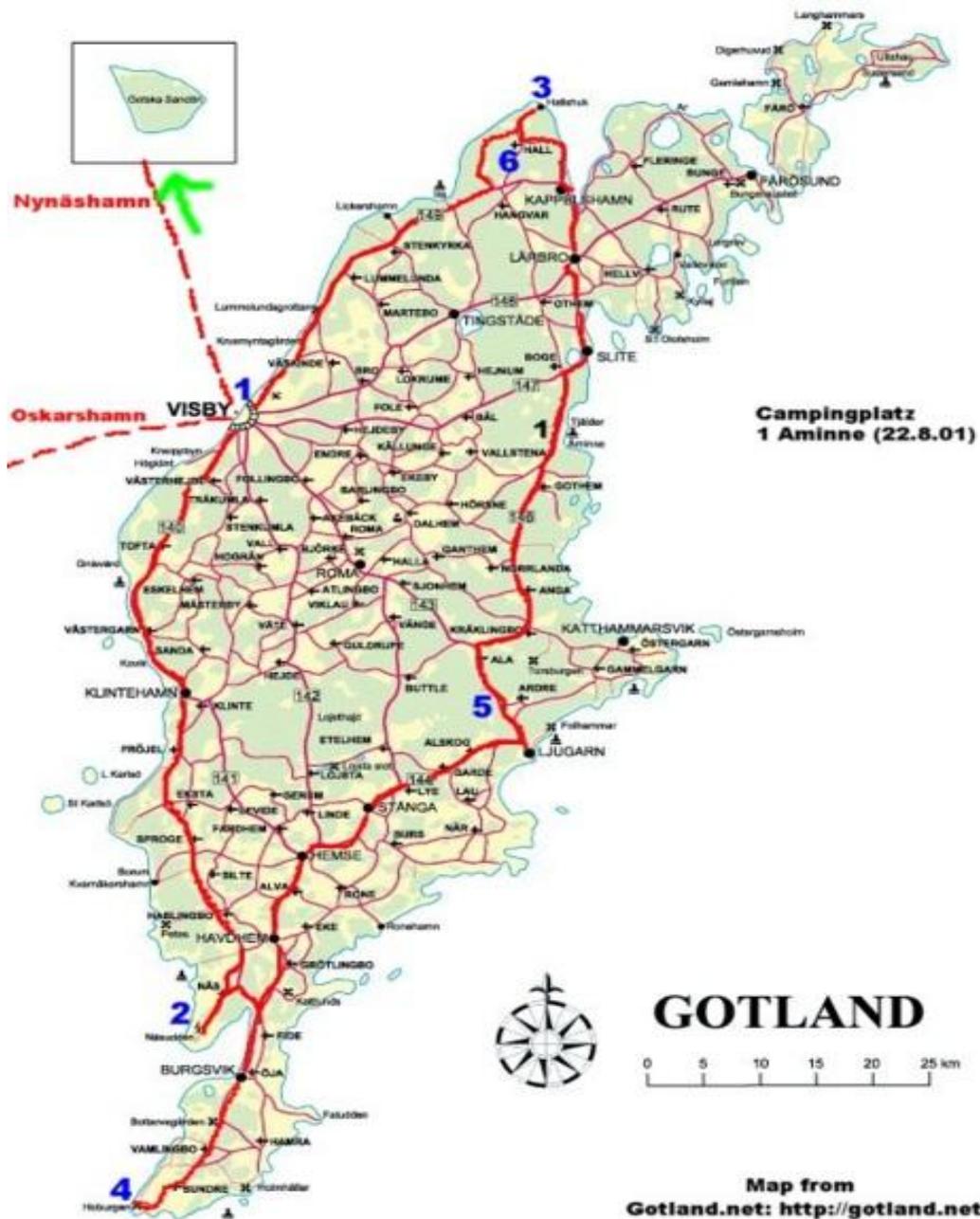
Suizidraten in Deutschland 2008



(Quelle: Bundesamt für Statistik/Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2008)

**Genderbias in Diagnostik
nur „weibliche“ Symptome**





...Hinweise auf
 'Männliche Depression'
 durch Suizidpräven-
 tionsprogramm

Rutz et al.1995

Das männliche depressive Syndrom



- geringe Stresstoleranz
- ausagierende Verhaltensweisen
- geringe Impulskontrolle
- Irritabilität, Ruhelosigkeit, Unzufriedenheit
- Substanzmissbrauch
- antisoziales Verhalten
- depressive Verstimmung
- erbliche Vorbelastung für Depression, Alkohol, Suizid



Kriterien für „männliche Depression“



- sozialer Rückzug, oft nicht zugegeben
- Klagen über Burnout
- Abstreiten von Traurigkeit
- Bestehen auf Autonomie/ Hilfe nicht annehmen
- zunehmende Ärgerattacken
- Impulsivität
- vermehrter Alkohol-/Nikotinkonsum (süchtig nach TV, Sport, Sex etc.)
- Selbstkritik und Versagensangst
- andere für eigene Probleme verantwortlich machen
- Feindseligkeit
- Unruhe und Agitiertheit
- Konzentrations-, Schlaf- und Gewichtsprobleme

Etablierte Diagnosekriterien für Depressive Episode nicht ausreichend



ICD-10 F32 (WHO 1992)	DSM-IV (APA 1994)
depressive Verstimmung	depressive Verstimmung
Interessenverlust	Interessenverlust
Energieverlust	Gewichtsverlust
Ermüdbarkeit	Schlafstörungen
Konzentrationsverlust	Agitiertheit
Selbstzweifel	Müdigkeit
Schuldgefühle	Selbstzweifel
Pessimismus	Konzentrationsverlust
Schlafstörungen	psychsom.Verlangsamung
Appetitverlust	verlangsamtes Sprechen

„When women are depressed, they either eat or go shopping – men invade another country“

Elaine Boosler



Befunde zur „männlichen Depression“



Feindseligkeit bei depressiven Männern häufiger (Fava et al. 1995)



Bei Alkoholpatienten Depressionsrate deutlich höher, wenn „männliche“ Symptome erfasst wurden (Zierau et al. 2002)



Stärkere affektive Rigidität, Irritabilität und Ärgerattacken bei depressiven Männern (Winkler et al. 2004, 2005)



Latentes „männliches“ Symptomcluster von Irritabilität, Aggressivität und antisozialem Verhalten bei depressiven Männern (Möller-Leimkühler et al. 2004)



Höhere Rate „männlicher Depression“ bei depressiven männlichen Suizidopfern als bei weiblichen (Rihmer et al. 2009)



Depressionsentwicklung bei Männern über Stress, Aggression und Alkoholmissbrauch (Bech et al. 2001)



Höheres Depressionsrisiko bei 18-jährigen Männern geht mit höher ausgeprägten „männlichen“ Symptomen einher (Möller-Leimkühler et al. 2006)



„Männliche Depression“ ist assoziiert mit maskuliner Normorientierung, die mit dem Alter zunimmt (Rice et al. 2012)

Anforderungen an ein geschlechter-sensitives Depressions-Screeninginstrument



- ⇒ internalisierende und externalisierende Symptome
- ⇒ skalierte Antworten
- ⇒ Korrelation mit trad. Depressionsskalen
- ⇒ Korrelation mit Gender-Konstrukten, insb. mit Orientierung an maskulinen Normen
- ⇒ ausreichend große Validierungsstichprobe
- ⇒ psychometrische Analyse
- ⇒ Cut-off-Wert
- ⇒ Kurzform

➔ Gendersensitive Depression Screening (GSDS)

trad. Depressionssymptome
Stresswahrnehmung
Unterdrückung von Emotionen
Alkoholkonsum
Hyperaktivität
Risikoverhalten
Aggressivität

Folgen der Nichtbehandlung von Depression



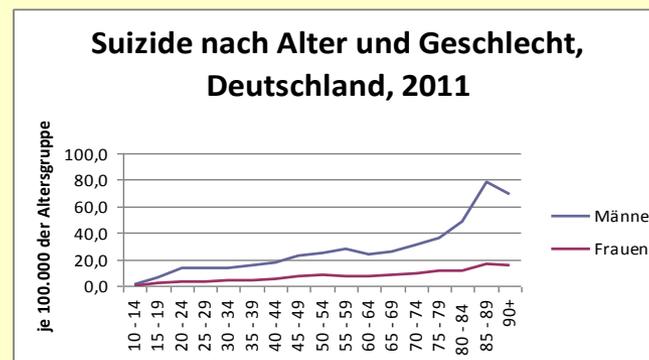
Chronifizierung (vom Symptom bis zur Behandlung > 7 Jahre)

Fehlversorgung durch stationäre Behandlungen in somatischen Kliniken (insb. Männer!)

hohe Kosten durch Präsentismus, Krankschreibung „Doktorshopping“ und Komorbidität

psychische und somatische Komorbidität

Suizid



Komorbidity



Bis zu 50% der Patienten in der somatischen Versorgung weisen psychische Störung auf (Arolt et al. 1998)

88% - 99% aller Versicherten mit einer psychischen Störung weist behandlungsbedürftige somatische Erkrankung auf (Gaebel 2012, DGPPN-Studie)

Anteil der sich in Behandlung befindenden chronisch körperlich kranken Patienten, deren psychische Störung nicht diagnostiziert und behandelt wird: 50% bis 70% (Kapfhammer 2011)

Risiko für psychische Komorbidity bei chronisch körperlichen Erkrankungen liegt zwischen 40% und 60%

Bei Männern evtl. höheres Risiko für komorbide Depression

Schlechtere med. Versorgung bei psychisch Kranken mit som. Komorbidity

„Der psychotherapeutische Behandlungsbedarf von körperlich Erkrankten wie Herzkranken oder Rheumapatienten ist so gut wie gar nicht gedeckt“ (Menzel 2012) – ebenso der somatische Behandlungsbedarf von psychisch Kranken !

Maskulinität, Suizidalität und Hilfesuche



**Fallbeispiel: Patient A, 76 Jahre, verheiratet.
Narzistisches Kränkungserleben mit reaktiver Wut
(Lindner 2009)**



Psychotherapie: Wirksam auch bei Männern !



Kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Therapieerfolg
(Patient und Therapeut; Backenstraß, Mundt 2006)

**Kognitive und Interpersonelle Verhaltenstherapie:
Keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen**
(Hautinger, de Jong, 1996; Schneider et al. 2008)

**Männer profitieren weniger von Gruppentherapie, mehr von
deutenden Therapieangeboten (Backenstraß, Mundt 2006)**

**Männerspezifische Psychotherapie-
angebote sind selten, selbst
im Suchtbereich, wo Männer
in der Mehrzahl sind**
(Spilles, Weidig 2005)



Psychotherapie spart Kosten !



niedrige Behandlungsquote/
hohe Kosten

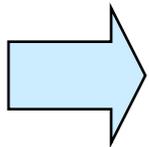
höhere Behandlungsquote:
noch höhere Kosten???

Geschätzter Gewinn je investiertem Euro pro Jahr
(„Return-on-Investment-Quotient“)

Wenn 50 % behandelt werden ...



Wunsch, Kliem, Grocholewski & Kröger, 2013



positive Kosten-Nutzen-Relation !!!

Durch 1 in Psychotherapie investierten Euro
können im Jahr 2 bis 5 Euro eingespart werden

Wunsch et al. 2013
Margraf 2009
Wittmann et al. 2011

Psychotherapie an den Mann bringen



(Heraus-) Forderungen:

Der „schwierige“ Patient: Abwehr, nicht fehlende Motivation

Wertschätzung

Konfrontation

Aktives Erkunden von Problemen

Zielorientierte Gesprächsführung

Männlichkeitsideologie und Identitätskonflikte

Relevante Themen: Alleinsein, Akzeptieren von Schwächen,

Autonomie- und Dominanzproblematik

Nicht Defizitmodell, sondern positives Modell von Maskulinität

**männerspezifische Psychotherapie
oder nur differenzierte Zugangswege ?**