

Suizidalität bei Männern

Schulte-Wefers H

Wolfersdorf M

Blickpunkt der Mann 2006; 4 (2)

10-18

Homepage:

www.kup.at/dermann

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

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Suizidalität bei Männern

H. Schulte-Wefers, M. Wolfersdorf

Nach Definition des Begriffes Suizidalität wird die Selbsttötung von Männern genauer betrachtet. Dabei interessieren neben Suizidmethode und Ort vor allem Erklärungsansätze

After short description of suicidal behaviour we discuss male suicidality specially concepts of suicidal behaviour by men besides methods and location. **Blickpunkt DER MANN 2006; 4 (2): 10–18.**

Suizidalität: Begriffsbestimmung

Nach Angaben der WHO stirbt jährlich weltweit ca. 1 Million Menschen durch Suizid. Bei jungen Menschen ist Suizid weltweit die häufigste Todesursache. Hinzu gerechnet werden müssen zudem jährlich geschätzte 20 bis 50 Millionen Suizidversuche [1]. Suizidales Verhalten gibt es in allen Kulturen, die jeweilige Bewertung ist von religiösen, kulturell-gesellschaftlichen, politischen oder in neuerer Zeit von medizinisch-psycho-sozialen Aspekten geprägt. So gilt und galt Suizidalität zum einen als Ausdruck größter Freiheit („Freitod“), zum anderen als Ausdruck schwerster Einengung durch psychische und körperliche Erkrankung oder soziale Unfreiheit. Suizidalität gilt als ureigene menschliche Denk- und Verhaltensmöglichkeit und *per se* nicht als Krankheit (Tab. 1) (z. B. [2]).

Generell ist Suizidalität allen Menschen möglich. Sie reicht vom Freizeitrisikoverhalten bzw. autoaggressivem Verhalten mit suizidaler Intention und der Inkaufnahme eines Versterbens über suizidales Verhalten als Ausdruck einer narzißtischen Krise mit Wendung der Aggression gegen die eigene Person bis hin zum fremd-aggressiv erweiterten Suizid (z. B. „Mörder-Suizid“) und zum Opfer-Suizid, bei dem man bereit ist, sich für andere Menschen oder für eine Überzeugung töten zu lassen. Suizidalität tritt aus medizinischer Sicht häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf. Sie erfährt hierdurch oder durch andere lebensbeeinträchtigende Situationen (z. B. schwere körperliche Erkrankung mit Verschlechterung der Lebensqualität) Verstärkung. Aufgrund des veränderten und eingengten Erlebens und Wahrnehmens führen psychische Störungen und psychosoziale Krisen näher an die allen Menschen mögliche Beendigung dieser Situation durch Tötung der eigenen Person heran.

Die Hoffnungs- und Hilflosigkeit im Rahmen einer schweren Depression mit dem damit verbundenen dranghaften Wunsch, dies zu beenden, oder auch das Erleben von subjektiver Bedrohtheit in einer paranoiden Deutung der Umweltbeziehungen lassen die Möglichkeit einer vorzeitigen Beendigung des eigenen Lebens näher rücken. Ebenso kann das Erkennen eines beginnenden geistigen Abbaus in einer dementiellen

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Abteilung Depression/Psychotherapie und Abteilung Allgemeine Akutpsychiatrie, am Bezirkskrankenhaus Bayreuth (Ärztlicher Direktor und Chefarzt: Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf)

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Depressionszentrum, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, D-95455 Bayreuth, E-mail: Renate.Zimmermann@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Erkrankung, die Perspektivenlosigkeit im Zusammenhang mit einer existentiell bedrohlichen, einer aktuell unlösbar erscheinenden oder einer tief kränkenden sozialen und Beziehungssituation Menschen suizidal werden lassen. Hierbei ist Suizidalität nicht als Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit zu verstehen, sondern als Einengung durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologisch-politische oder religiöse Rahmenbedingungen. Die Benennung „Freitod“ ist für den Großteil von Menschen in suizidalen Situationen schlichtweg falsch.

Unter **Suizid** ist eine selbstverursachte bzw. selbstveranlaßte selbstschädigende Handlung zu verstehen, die mit dem Ziel durchgeführt wird, tot sein zu wollen (hoher Todeswunsch!). Sie geschieht in dem Wissen, mit der Erwartung und auch im Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Ausgang der Handlung ist stets der Tod des Handelnden. Unter **Suizidversuch** wird zwar ebenfalls eine selbstverursachte, selbstschädigende Handlung verstanden, diesmal jedoch mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens (Todeswunsch) etwas verändern zu wollen, um Weiterleben zu ermöglichen, d. h. der Handelnde überlebt.

Suizidalität ist ein multifaktoriell bedingtes Verhalten, bei dem neben Krankheitsfaktoren (z. B. Depressionen, Sucht, Schizophrenie) psychosoziale Faktoren (z. B. Verlust des Partners) eine große Rolle spielen. Ätiopa-

Tabelle 1: Suizidalität: Begriffsbestimmung (nach [2, 61])

- Suizidalität meint Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln-lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.
- Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf (medizinisch-psycho-soziales Paradigma).
- Psychodynamisch ist Suizidalität ein komplexes Geschehen aus Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, der Veränderbarkeit eines unerträglich erscheinenden Zustandes, aus durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit veränderten Erleben. Motivational spielen appellative, manipulativ-instrumentelle, altruistische sowie auto- und fremd-aggressive Elemente eine Rolle.
- Suizidalität ist bewußtes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person, ein Lebenskonzept. Suizidales Verhalten will etwas verändern, den anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt.
- Suizidalität ist meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingung. Die Benennung „Freitod“ ist für den Großteil suizidaler Menschen/Suizide falsch.

thogenetisch bestehen zwei Modelle: ein sog. Krisenmodell und ein sog. Krankheitsmodell (Abb. 1) [2].

Das **Krisenmodell** geht von einer bisher psychisch auffälligen Persönlichkeit aus, die in ihrer Biographie mit eigenen Bewältigungsstrategien bisherige Lebensereignisse und Belastungen hat meistern können. Tritt ein Lebensereignis auf, das mit den bisherigen Strategien nicht bewältigbar erscheint und versagen zusätzlich äußere Ressourcen, dann entwickelt sich ein innerer Spannungszustand, der mit folgender „Risiko-Psychopathologie“ einhergeht: Angst, Panik, Wut und Depressivität, ängstlich-gereizte Gemüthsstimmung; Gedanken von Hilf- und Hoffnungslosigkeit; körperliche Unruhe, Getriebenheit; Schlafstörungen; Angst vor Kontrollverlust, Depersonalisations- und dissoziative Phänomene und kurzfristige psychotische Dekompensationen. Solche Krisensituationen können bei notwendigen Entwicklungsschritten, insbesondere aber bei traumatischen Ereignissen wie plötzlichem Partnerverlust, Erleiden körperlicher oder sexueller Gewalt oder Diagnose einer lebensverkürzenden und -beeinträchtigenden Erkrankung, auftreten. Andererseits können sie in Zusammenhang mit einer sog. narzisstischen Kränkung, d. h. einer Verletzung des Selbstwertgefühls bei einer in ihrem Selbstwert instabilen bzw. sich rasch bedroht fühlenden Persönlichkeit auftreten. Letzteres tritt insbesondere bei Beziehungsgefährdung, Trennungsdrohung bzw. bevorstehender Trennung auf.

Das **Krankheitsmodell** stützt sich auf den hohen Anteil psychischer Erkrankungen bei suizidalen Handlungen, d. h. psychische Erkrankungen spielen bei Suiziden und Suizidversuchen eine wichtige Rolle. Nach

Harris und Barraclough [3] sind hierbei an erster Stelle depressive Episoden, gefolgt von Polytoxikomanie und bipolaren affektiven Erkrankungen zu nennen. Zudem sind auch neurobiologische und genetische Ursachen beim suizidalen Verhalten von Bedeutung. Neue Untersuchungen von Brunner und Bronisch [4] bzw. in Anlehnung an Bronisch et al. [5] weisen auf die Bedeutung biologischer Faktoren der Suizidalität hin. So scheint es gesichert, daß bei Patienten nach Suizidversuch, insbesondere bei Suizid mit harter Methode und vor allem bei Männern, eine erhöhte Konzentration von Serotoninrezeptoren und im Liquor ein erniedrigter Spiegel der 5-Hydroxyindolessigsäure, des Hauptmetaboliten des zentralnervösen Transmitters Serotonin, zu finden ist. Diskutiert wird ein Zusammenhang zwischen niedriger zentraler serotonerger Aktivität und einer erhöhten Impulsivität und Aggressivität auch sich selbst gegenüber.

Suizidalität – wer ist gefährdet?

Darüber hinaus gibt es Risikofaktoren, die jeder Arzt und Angehörige kennen sollte (Tab. 2). Neben der Diagnose einer affektiven Störung sind das: ein Suizidversuch in der Vorgeschichte; schwere depressive Episoden im Krankheitsverlauf; eine familiäre Belastung mit Suizidalität; jüngeres Lebensalter; funktionale Einschränkungen durch die bipolare Störung (z. B. Arbeitsplatzverlust, Ehescheidung etc.) und Einsamkeit bzw. soziale Isolation. Auch eine Persönlichkeitsstruktur, die impulsive Merkmale hat, kann einen erhöhten Risikofaktor für Suizidalität darstellen. Als Risikofaktoren für Suizide gelten:

- Männliches Geschlecht
- Suizide in der Familie

Tabelle 2: Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten

Menschen mit psychischen Erkrankungen

Depressive (primäre Depression, depressive Zustände, reaktive Depression)
 Suchtkranke (Alkoholkrankheit, illegale Drogen)
 Schizophrenie (in stat. Behandlung, Rehabilitation)
 Angststörungen
 Persönlichkeitsstörungen insbesondere vom emotional instabilen Typus

Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität

Suizidankündigungen (Appell in der Ambivalenz), suizidale Krise nach Suizidversuch (10 % Rezidiv mit Suizid)

Alte Menschen

mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronischen einschränkenden Krankheiten, nach Verwitwung mit psychischer und körperlicher Erkrankung (Komorbidität)

Junge Erwachsene, Jugendliche mit

Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innerer Vereinsamung) Drogenproblemen

Familiären Problemen, Ausbildungsproblemen
 Menschen in traumatisierten Situationen und Veränderungskrisen
 Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen
 Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes
 Identitätskrisen
 chronischer Arbeitslosigkeit
 Kriminalität, Z. n. Verkehrsdelikt (z. B. mit Verletzung, Tötung eines anderen)

Menschen mit

schmerzhaften, chronischen, lebeenseinschränkenden, verstümmelnden, körperlichen Erkrankungen, insbesondere des Bewegungs- und zentralnervösen Systems, terminale Erkrankungen mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit

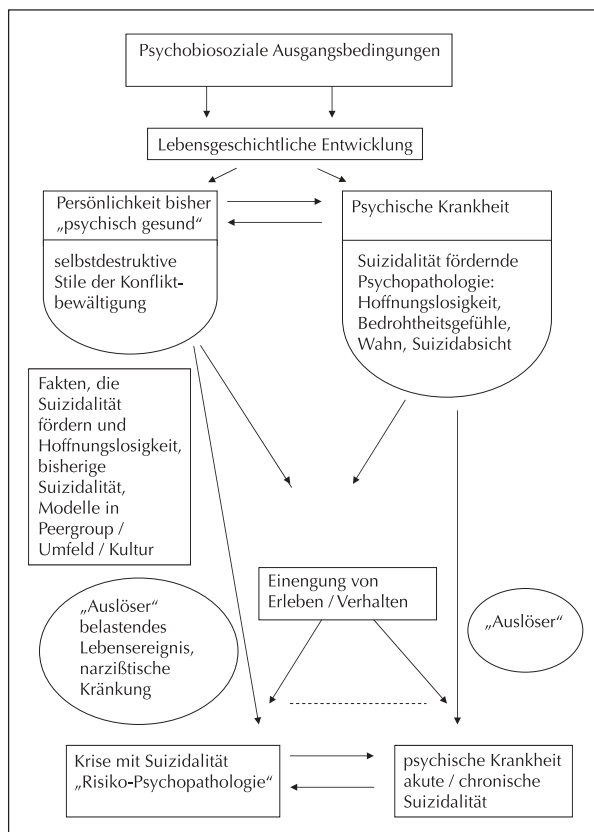


Abbildung 1

- eine psychiatrische Diagnose: v. a. Major Depression, bipolare affektive Störung, Schizophrenie, Alkoholismus. Bei ihnen besteht ein höherer Grad an Affektlabilität, Aggressivität und Impulsivität.
- Körperliche Erkrankung
- Arbeitslosigkeit
- Frühere Suizidversuche
- Single-Dasein, ledig
- Soziale Isolation

Zur Epidemiologie

Weltweit versterben jährlich ca. 1 Million Menschen durch Suizid [1]. Die Suizidraten für Männer und Frauen (auf 100.000 Einwohner) in europäischen Ländern sind in Tabelle 3, in Deutschland in Tabelle 4 zusammengestellt. Schmidtke et al. [6] zeigen, daß diese bei Männern um ein Mehrfaches höher als bei Frauen sind. So gehört männliches Geschlecht zu den Risikofaktoren. Besonders betroffen sind Männer zwischen 40 und 60 Jahren. In Deutschland versterben jährlich

Tabelle 3: Suizidraten für Männer und Frauen (pro 100.000 Einwohner) in einzelnen europäischen Ländern (WHO); letzte verfügbare Daten (Stand: September 2002)

| Land | Jahr | Männer | Frauen |
|-----------------------|------|--------|--------|
| Albanien | 1998 | 6,3 | 3,6 |
| Armenien | 2000 | 2,5 | 0,7 |
| Aserbeidschan | 2000 | 1,2 | 0,4 |
| Belgien | 1995 | 31,3 | 11,7 |
| Bulgarien | 1999 | 24,1 | 8,1 |
| Dänemark | 1998 | 20,9 | 8,1 |
| Deutschland | 1999 | 20,2 | 7,3 |
| Estland | 1999 | 56,0 | 12,1 |
| Finnland | 1999 | 37,9 | 9,6 |
| Frankreich | 1998 | 27,1 | 9,2 |
| Georgien | 2000 | 4,8 | 1,2 |
| Griechenland | 1998 | 6,1 | 1,7 |
| Großbritannien | 1999 | 11,8 | 3,3 |
| Irland | 1998 | 23,1 | 3,9 |
| Island | 1997 | 19,1 | 5,2 |
| Israel | 1997 | 10,5 | 2,6 |
| Italien | 1998 | 12,3 | 3,6 |
| Kasachstan | 1999 | 46,4 | 8,6 |
| Kirgisistan | 1999 | 19,3 | 4,0 |
| Kroatien | 2000 | 32,9 | 10,3 |
| Lettland | 2000 | 56,6 | 11,9 |
| Litauen | 2000 | 75,6 | 16,1 |
| Luxemburg | 2000 | 22,2 | 6,7 |
| Malta | 1999 | 11,7 | 2,6 |
| Mazedonien | 2000 | 10,3 | 4,5 |
| Niederlande | 1999 | 13,0 | 6,3 |
| Norwegen | 1998 | 19,2 | 6,7 |
| Österreich | 2000 | 29,3 | 10,4 |
| Polen | 1999 | 26,1 | 4,5 |
| Portugal | 2000 | 8,5 | 2,0 |
| Republik Moldau | 2000 | 26,7 | 4,1 |
| Rumänien | 2000 | 21,2 | 4,5 |
| Russische Föderation | 1998 | 62,6 | 11,6 |
| Schweden | 1998 | 20,1 | 7,8 |
| Schweiz | 1996 | 29,2 | 11,6 |
| Slowakei | 2000 | 22,6 | 4,9 |
| Slowenien | 1999 | 47,3 | 13,4 |
| Spanien | 1998 | 13,0 | 3,8 |
| Tadschikistan | 1995 | 5,1 | 1,8 |
| Tschechische Republik | 2000 | 26,0 | 6,7 |
| Turkmenistan | 1998 | 13,8 | 3,5 |
| Ukraine | 2000 | 52,1 | 10,0 |
| Ungarn | 2000 | 51,5 | 15,4 |
| Usbekistan | 1998 | 10,5 | 3,1 |
| Weißrußland | 1999 | 61,1 | 10,0 |
| Yugoslawien | 1990 | 21,6 | 9,2 |

mehr als 11.000 Menschen durch Suizid, wobei die Zahl der Suizidversuche etwa zehnmal höher liegt. Das Verhältnis der Suizide bei Männern gegenüber den Suiziden bei Frauen ist etwa 70 zu 30.

2001 suizidierten sich in den USA 30.000 Menschen. Suizid rangiert an 11. Stelle der Todesursachen in den USA. In einer retrospektiven 10 Jahres-Studie (1993–2002) wurden von Shields et al. [7] n = 2864 Suizidenten im Alter von 11–96 Jahren, die in allen medizinischen Prüfzentren Kentuckys erfaßt wurden, untersucht. Bei der Mehrzahl der Opfer handelte es sich um Männer (81,7 %).

Faßt man die epidemiologischen Daten zu Suizid und Suizidversuch im letzten Jahrhundert bis heute getrennt nach dem Geschlecht zusammen, so ergibt sich (mit Ausnahme von China und wahrscheinlich Indien bei Frauen des mittleren Lebensalters) folgendes:

- 1) ein deutliches Überwiegen der Männer bei den Suizidzahlen und -raten um das Zwei- bis Dreifache,
- 2) eine deutlich höhere Suizidrate alter Menschen gegenüber jüngeren – Zunahme der Suizidrate mit zunehmendem Alter, dabei ein Überwiegen der Männer gegenüber den Frauen, jedoch auch eine deutliche Zunahme bei den Frauen, und
- 3) eine höhere Suizidversuchsrate jüngerer Menschen gegenüber älteren, dabei ein deutliches Überwiegen der Frauen gegenüber den Männern.

Geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität: Suizid und männliches Geschlecht

Erst in den vergangenen Jahren haben sich unterschiedliche Autoren der Frage geschlechtsspezifischer Unterschieden bei Suiziden vermehrt zugewandt [8]. Mit dem Thema „Männer und Suizidalität“ haben sich in Deutschland bisher vor allem Teising [9, 10], Wolfersdorf et al. [11], Wolfersdorf [12, 13], Witte [14] und Freytag [15] beschäftigt.

Wann suizidieren sich Männer?

Das Überwiegen der Männer beim Suizid zieht sich durch die gesamte Weltliteratur. Männer suizidieren sich 4,5mal häufiger als Frauen, was der nationalen

Tabelle 4: Suizidzahlen und -raten 1990–2003 in Deutschland (Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik (ZwSt. Bonn), 2005)

| Jahr | insgesamt | Anzahl | | Raten auf 100.000 EW | | |
|------|-----------|--------|-------|----------------------|------|------|
| | | m | w | insgesamt | m | w |
| 1990 | 13 924 | 9 534 | 4 390 | 17,5 | 24,9 | 10,7 |
| 1991 | 14 011 | 9 656 | 4 355 | 17,5 | 25,0 | 10,5 |
| 1992 | 13 458 | 9 326 | 4 132 | 16,7 | 23,9 | 9,9 |
| 1993 | 12 690 | 8 960 | 3 730 | 15,6 | 22,7 | 8,9 |
| 1994 | 12 718 | 9 130 | 3 588 | 15,6 | 23,1 | 8,6 |
| 1995 | 12 888 | 9 222 | 3 666 | 15,7 | 23,0 | 8,7 |
| 1996 | 12 225 | 8 782 | 3 497 | 15,0 | 21,9 | 8,3 |
| 1997 | 12 265 | 8 841 | 3 424 | 14,9 | 22,1 | 8,1 |
| 1998 | 11 644 | 8 575 | 3 069 | 14,2 | 21,4 | 7,3 |
| 1999 | 11 157 | 8 080 | 3 077 | 13,6 | 20,2 | 7,3 |
| 2000 | 11 065 | 8 131 | 2 934 | 13,5 | 20,3 | 7,0 |
| 2001 | 11 156 | 8 188 | 2 968 | 13,5 | 20,4 | 7,0 |
| 2002 | 11 163 | 8 106 | 3 057 | 13,5 | 20,1 | 7,2 |
| 2003 | 11 150 | 8 179 | 2 971 | 13,5 | 20,3 | 7,0 |

(bis einschließlich 1997 nach ICD-9 (E 950–959), ab 1998 nach ICD-10 (X60–X84))

Ratio der Suizide von Männern zu Frauen (4 : 1) 2001 entspricht. In einer irischen Studie von Corcoran et al. [16] konnte ein Anstieg der Suizidhäufigkeit in den Frühjahrs- und Sommermonaten festgestellt werden, v.a. in den Monaten Mai und Juli. Hierbei wurden die Effekte von Monaten und Tagen hinsichtlich Geschlecht, Alter und Kalenderjahr genauer betrachtet sowie Montage, die als Werktag oder Feiertag galten. Untersucht wurden die Suizide von n = 3521 Personen von 1990–1998, davon 2850 Männer (81 %) und 671 von Frauen (19 %). Die männliche Suizidrate war signifikant höher an werktäglichen Montagen (+31 %) und Samstagen (+14 %) als auch in den Monaten April, Juni und August (+17 %). Insbesondere bei jugendlichen Männern/Teenagern wurde ein erhöhtes Risiko an Samstagen, Sonntagen und Montagen beider Art gefunden. Männer in den 20er-Jahren hatten die höchste Suizidrate. Zwei weitere Gipfel wurden bei Männern im Alter von 55–59 Jahren als auch 75–79 Jahren gefunden. Bei Frauen dagegen wurde ein kontinuierlicher Anstieg bis zum 50./54. LJ mit nachfolgendem Abfall gefunden werden.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangen Erazo und Baumert et al. [17], die zwischen 1997 und 2002 4003 tödliche und nicht tödliche suizidale Vorfälle bei der deutschen Bahn hinsichtlich Suizidverhalten, Geschlecht, Alter, Datum, Uhrzeit und Resultat der Ereignisse untersuchten. Die Rate von männlichen zu weiblichen Vorfällen betrug 2,7 : 1, die weibliche Gruppe war signifikant älter als die männliche. Die Verteilung ergab ein bimodales Muster, mit höherem Risiko für Männer ab dem 65. LJ, für die Monate April und September. Montag und Dienstag waren die Tage mit dem höchsten Risiko für beide Geschlechter. Hinsichtlich der Tageszeiten wurde ein Gipfel in den frühen Morgen- und Abendstunden im Winter, im Sommer bei Frauen in den frühen Morgen-, bei Männern in den Sommermonaten eher in den frühen Abendstunden evaluiert. In der Literatur werden saisonale Anstiege für Männer in den Frühjahrsmonaten, für Frauen dagegen im Frühjahr und Herbst postuliert [18–20]. Insgesamt findet sich ein Gipfel für Männer in den Monaten April und September, ein Tief dagegen im Dezember. Entsprechend zahlreicher anderer Studien [21–24] wird ein Gipfel zu Wochenanfang festgestellt. Während das Wochenende Zeit zur Erholung bietet und als positiver Wochenabschnitt gewertet wird, signalisiert der Montag den Beginn einer neuen Arbeitswoche. Insbesondere bei depressiven Menschen fördert der Beginn einer Arbeitswoche das Gefühl des persönlichen Versagens und der Isolation.

Suizide am Samstag können einerseits durch die vermehrte Auseinandersetzung mit sozialen Problemen bei Wegfall der täglichen Ablenkung durch den Beruf und andererseits durch den vermehrten Konsum von Alkohol an den Wochenenden erklärt werden [25]. Alkohol reduziert die Impulskontrolle und erhöht das Risiko für Aggressivität und selbstzerstörerisches Verhalten [26]. Studien einzelner Nationen (Kanada, Schweden, USA, Frankreich, Tschechoslowakei und Ungarn) [27] untermauern die These „Je höher der Alkoholkonsum, desto größer die Suizidrate!“ Bei Männern mit einer Impulskontrollstörung, die oftmals verbunden ist mit einer dissozialen Störung und Suizidalität, findet man häufig einen Alkoholabusus.

Wie suizidieren sich Männer?

Bei den Männern dominieren die sog. harten Suizidmethoden wie Erhängen, Erschießen, Sturz aus der Höhe, wobei auch die führende Methode des Suizides bei den Frauen in Deutschland heutzutage das Erhängen ist [28]. Frauen wählen als Suizidmethode oft eine Tablettenüberdosierung, wobei diese oftmals nicht sehr toxisch ist (früher Barbiturate, trizyklische Antidepressiva).

Die Wahl der Methode hängt oft von der Griffnähe bzw. der raschen Erreichbarkeit ab (z. B. eine in der Nähe vorbeilaufende Eisenbahnlinie, ein leicht zu erreichendes Hochhaus). In Ländern, in denen der Besitz von Schusswaffen erlaubt ist und zum männlichen Selbstverständnis zählt, wird Sich-Erschießen zur führenden Methode. Die bevorzugte Suizidmethode bei Männern in den USA ist Erschießen (67,5 %), gefolgt von Erhängen (13,7 %), Intoxikation durch Überdosis (9,9 %) und Vergiftung mit Kohlenmonoxid (4,4 %) [7]. Nahezu 57 % der Suizide in den Vereinigten Staaten werden mit einer Schusswaffe verübt. Mit der Zunahme der Schusswaffen konnte in den Vereinigten Staaten ein dramatischer Anstieg von Suiziden bei jungen erwachsenen Männern beobachtet werden [29]. Heranwachsende und junge Erwachsene, in geringer Anzahl auch Ältere, besitzen eine erhöhte Vulnerabilität für Suizid durch Schusswaffen. Das Suizidrisiko war insbesondere erhöht, wenn eine Schusswaffe in geladenem Zustand unverschlossen und gut zugänglich im Haushalt vorhanden war. Carrington [30] sowie Leenaars und Lester [31, 32] diskutierten die Effekte des Verbotes von Feuerwaffen und fanden eine signifikante Abnahme der Suizide und Unfälle mit Feuerwaffen, ohne Verschiebung auf eine andere Suizidmethode in ihrer kurzfristigen Beobachtung über wenige Jahre. Die Autoren ziehen die Schlußfolgerung, daß die Restriktion des Zuganges von Schusswaffen als wirksame Suizidprävention angesehen werden und die Suizidrate im höheren Lebensalter reduzieren kann.

Conner und Zhong [33] untersuchten zwischen 1999 und 2000 die Auswirkung eines Schusswaffenverbotes auf die Suizidrate. Ihre Untersuchung ergab, daß in Staaten mit moderatem Erlaub bzw. fehlendem Verbot von Schusswaffen die Suizidraten bei Männern und Frauen höher sind als in Staaten mit Schusswaffenverbot. Es fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Bei Männern zählt Erschießen zu einer der häufigsten Suizidmethoden, da Männer im Vergleich zu Frauen mit dem Umgang von Schusswaffen vertrauter sind und sie mehr Zugang zu Waffen besitzen. Bereits als Jungen spielen sie lieber Gewaltspiele und nutzen Waffen und Messer, wohingegen Mädchen Spiele bevorzugen, bei denen Gewalt oder Aggression auf ein Minimum reduziert sind. Somit sind Jungen bereits in frühem Alter mit Gewalt und dem Umgang mit Waffen vertraut.

In seinem Buch „Suizide in Amerika“ bemerkt Hendin [34], daß eine bestimmte Suizidmethode als Form der Kommunikation von persönlichen und sozialen Bedürfnissen verstanden werden kann. So ist die Methode, die Menschen wählen, nicht nur ihre letzte Nachricht/Mitteilung, sondern auch ein Hinweis darauf, wie sie gelebt und zu Lebzeiten gehofft haben, ihre Konflikte zu lösen. Als Teile der Sozialisation und Mit-

gliedern in Beziehungen suizidieren sich Frauen oftmals nicht, um bestehende Verbindungen nicht zu zerstören oder andere im Stich zu lassen [35]. Sie wählen weniger gewaltsame Suizidmethoden, den „sauberen Tod“, um die Personen, die sie auffinden, nicht zu traumatisieren. Pillen und Kohlenmonoxid lassen den Körper intakt und vermitteln die Illusion, daß jemand schläft. Frauen wählen weniger gewaltsame Methoden, da sie zeitlebens bereits großen Wert auf ihr äußeres Erscheinungsbild gelegt haben und selbst im Tod attraktiv bleiben wollen.

Welche Männer suizidieren sich? Psychoziale Risikofaktoren

Bei jungen Männern sind Anstieg der Scheidungen, Abnahme der Heirat und Anstieg der Einkommensunbeständigkeit mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Die höchste Suizidalität fanden Gunnell et al. [36], die die Suizidzahlen von Männern in unterschiedlichem Lebensalter verglichen, bei jungen Männern im Alter von 25–34 Jahren, verbunden mit einem Anstieg der Scheidungen, Substanzmißbrauch und geringer Verordnung eines Antidepressivums.

Als Risikofaktoren für Suizid bei Männern wurden in mehreren, nachfolgend aufgeführten Studien soziale Faktoren wie Anstieg an Scheidungen, Arbeitslosigkeit, Substanzmißbrauch, Geburtenabnahme und sinkende Hochzeiten, die die soziale Desintegration unterstreichen, untersucht. Suizid bei Männern kann durch eine rasche soziale Desintegration wie dem Wechsel des Familienstandes von verheiratet zu geschieden oder verwitwet verursacht werden.

Kposowa [37] untersuchte in Kalifornien den Zusammenhang zwischen dem Familienstand und Suizid. Das Suizidrisiko war erhöht bei Männern ab dem 65. LJ, Männern mit geringerem Bildungsstand und Einkommen. Geschiedene und getrennt lebende Männer suizidierten sich mehr als doppelt so oft wie verheiratete. Die Autoren erklären ihre Befunde damit, daß Verheiratet-Sein soziale und emotionale Stabilität bedeutet, die getrennt Lebenden, Geschiedenen oder Verwitweten fehlt, bei denen demgegenüber vielmehr eine soziale Isolation festgestellt wird. Verheiratet-Sein bedeutet Sicherheit, soziale Unterstützung und Integration. Verheiratete Menschen sind oftmals glücklicher als Geschiedene, bei denen eher die Neigung zu Depressionen, dem Wegbereiter oder Risikofaktor für Suizid, besteht [37]. Für Männer bedeutet der Verlust der für sie stabilisierenden sozialen Integration durch Scheidung eine anstrengende Lebenskrise, die letztendlich im Suizid gipfeln kann. Frauen verfügen im Vergleich zu Männern über unterschiedliche soziale Netzwerke und Freundschaften auf einem höheren Level, auf die sie im Falle einer Scheidung zurückgreifen können und hierbei für sie wichtige emotionale und soziale Unterstützung erhalten. Da es für Männer offensichtlich nicht so wichtig ist, ähnliche bedeutungsvolle Freundschaften und soziale Banden zu knüpfen, fehlt ihnen nach einer Scheidung das „sichere Netz“.

Obwohl Scheidung mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert wird, besteht dieser Zusammenhang für Witwen und Witwer nicht, obwohl die Suizidraten in dieser Gruppe 8–50mal höher liegt als in der Normal-

bevölkerung. Das erhöhte Suizidrisiko bei jungen Witwern kann dadurch erklärt werden, daß im höheren Alter der Tod/Verlust des Partners einkalkuliert und in Erwägung gezogen wird, während er für den jungen Menschen unvermittelt und plötzlich kommt und mit mehr Kummer/Gram verbunden ist [38]. Die Mehrheit älterer Personen, die sich suizidieren, sind verwitwet, obwohl bei den ältesten Alten, die sich suizidieren, nur ein geringer Anteil den kürzlichen Verlust eines Partners erlebt hatte (Männer: 18 %; Frauen: 6 %).

Männer ab dem 80. LJ haben den höchsten Anstieg des Suizidrisikos (15fach erhöht) unmittelbar nach Verlust des Partners (innerhalb des ersten Jahres), verglichen mit Männern im mittleren Lebensalter, die verheiratet sind. Diese älteren Männer leiden oft verstärkt unter dem Verlust und brauchen mehr Zeit, um über ihn hinwegzukommen, als Frauen. Zudem sind mit der Witwenschaft für sie mehr Hindernisse verbunden, gelten sie doch als nicht fähig, mit ihrem Leben nach einer langen Ehe eigenständig fertig zu werden und eher auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein als Frauen [39].

Basierend auf früheren Hypothesen, daß lesbische Frauen und homosexuelle Männer ein höheres Suizidrisiko haben und sich häufiger suizidieren als heterosexuelle, wurde mittels der Studie von Cochran et al. [40] die Lebenszeitprävalenz für Suizidsymptome und affektiver Störungen bei Männern im Alter von 17–39 Jahren, die mit einem gleichgeschlechtlichen Partner zusammenleben, ermittelt. Verglichen wurden Männer, die nur gleichgeschlechtliche Partner hatten, mit Männern, die weibliche Sexualpartner hatten und Männern ohne Sexualpartner. 2,2 % der befragten Männer hatten gleichgeschlechtliche Partner. Bei diesen Männern fand sich eine höhere Lebenszeitprävalenz für Suizidsymptome (Suizidgedanken, Wunsch zu sterben, Suizidversuche u. a.), jedoch nicht für affektive Störungen.

Rich et al. [41] untersuchten 204 Suizide retrospektiv im San Diego County von 1981 bis 1983. Unter den Suizidenten befanden sich 5 % männliche Homosexuelle. Dies erschien nicht überrepräsentiert, wohingegen z. B. Muehrer [42] darauf hinweist, daß Suizid insbesondere bei jüngeren männlichen und weiblichen Homosexuellen häufig sei. Einer Studie von Saghir und Robins [43] zufolge begehen homosexuelle Frauen eher in den 20er-Jahren einen Suizidversuch, homosexuelle Männer dagegen in der Pubertät.

Skegg et al. [44] untersuchten den Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Selbstverletzung sowie suizidalem Verhalten bei Männern und Frauen entsprechend der These, daß bei Homosexuellen verglichen mit Heterosexuellen ein erhöhtes nicht-tödliches Suizidverhalten beobachtet werden könne. Obwohl bei homosexuellen Männern als auch Frauen konnte ein erhöhtes Risiko für selbstverletzendes Verhalten festgestellt werden. Die Ratio für suizidale Gedanken war bei Männern (3,1) höher als bei Frauen (1,9). Von den 1037 befragten Personen im Alter von 26 Jahren hatten Männer signifikant häufiger einen Suizidversuch unternommen als Frauen.

Ein weiterer sozialer Risikofaktor für Suizide bei Männern ist der Status der Berufstätigkeit, insbesondere die

Arbeitslosigkeit [45]. Bereits Durkheim [46] hatte darauf hingewiesen, daß Anstellung und Erwerbstätigkeit als Symbol für die Integration in die Gesellschaft das Suizidrisiko mindert. Dementsprechend schwächt Arbeitslosigkeit die soziale Integration, entzieht den sozialen Status und seine soziale Rolle und erhöht die soziale Isolation, die das Suizidrisiko wiederum ansteigen läßt. Für Männer gilt: je niedriger der sozialwirtschaftliche Status, desto höher das Suizidrisiko. Arbeitslose Frauen haben ein wesentlich höheres Suizidrisiko als berufstätige Frauen, ansteigend mit der Dauer der Arbeitslosigkeit, während das Suizidrisiko bei arbeitslosen Männern vor allem in ersten drei Jahren der Erwerbslosigkeit erhöht ist, was durch die stark erhöhte Streßbelastung und Depressivität unmittelbar nach dem Jobverlust erklärt werden kann [38].

Blakely et al. [47] befragten 1991 in Neuseeland insgesamt 2,04 Millionen Menschen im Alter von 18–64 Jahren und untersuchten den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid. Arbeitslosigkeit war mit einem 2–3fach erhöhten Suizidrisiko, verglichen mit Beschäftigung, verbunden. Insbesondere bei Männern im Alter von 18–24 Jahren ist sie mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden.

Mittels einer Follow-up-Studie von Skogman et al. [48] wurden geschlechtsspezifische Risikofaktoren für Suizid nach Suizidversuchen evaluiert. Hierzu wurden in Schweden 1052 Personen, die aufgrund eines Suizidversuches stationär aufgenommen wurden, untersucht. Die Studie ergab, daß Männer sich häufiger suizidierten als Frauen (20 % vs. 10 %) und ihre Mortalität höher lag. Als Risikofaktoren für Männer wurden ein Suizidversuch vor dem Suizid als auch die Wahl einer harten/gewaltsamen Methode, als Risikofaktoren für Frauen das höhere Lebensalter und eine hohe Suizidabsicht ermittelt. Nahezu 40 % suizidierten sich im ersten Jahr nach vorausgegangenem Suizidversuch, so daß die Autoren speziell für diesen Zeitraum eine entsprechende Behandlung der Betroffenen fordern. Die Autoren weisen darauf hin, daß insbesondere depressive Patienten, die versuchen, sich zu suizidieren, oftmals keine adäquate antidepressive Therapie erhalten, weder vor noch nach dem Suizidversuch, obwohl eine Depression unter den psychischen Erkrankungen zu den Hochrisikofaktoren für Suizid zählt.

Gibb et al. [49] untersuchten 3690 Patienten, die nach einem Suizidversuch in die Klinik gebracht wurden, hinsichtlich des Einflusses von Alter, Geschlecht, Suizidmethode und Mortalität. 28,1 % wurden nach früheren Suizidversuchen erneut aufgenommen, 4,6 % verstarben durch Suizid. Sie ermittelten ein erhöhtes Risiko von Suiziden bei: Männern, Personen im Alter von 25–54 Jahren und Wahl einer Suizidmethode mit hoher Letalität. In den ersten 2 Jahren nach einem Suizidversuch waren Suizidrisiko und Mortalität am höchsten. Frauen jünger als 54 Jahre waren diejenigen, die am häufigsten nach Suizidversuchen stationär wieder aufgenommen wurden, wohingegen Männer ab dem 24. Lj am häufigsten durch Suizid verstarben.

Bei älteren Menschen ist das Geschlecht eines der wichtigsten Prädiktoren für Suizid [50]. Im Vergleich zu jüngeren künftigen weniger Menschen im höheren Lebensalter ihren Suizid an und nutzen oftmals eher

letalere Methoden. Die Rate von Suizidversuchen zu Suiziden beträgt in der Allgemeinbevölkerung 20 : 1, bei Heranwachsenden/jungen Menschen 200 : 1 und bei älteren Menschen 4 : 1. Als Risikofaktoren für Suizide im höheren Lebensalter werden genannt:

- Soziale Isolation
- Belastende Lebensereignisse
- Bestimmte Charaktereigenschaften
- Körperliche Erkrankungen
- Psychische Störungen, insbesondere affektive Erkrankungen

Ein erhöhtes Suizidrisiko findet man bei Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, insbesondere an Depressionen, bipolaren affektiven Störungen und Schizophrenie sowie bei Polytoxikomanen [7]. Betroffen sind oftmals junge schizophrene Männern, die mit den Erkrankungsfolgen und den damit einhergehenden Beziehungs- und insbesondere Leistungseinschränkungen vor dem Hintergrund der eigenen Selbstbewertung nicht umgehen können [51]. Bei Schizophrenen kann im Vergleich zu an anderen psychischen Störungen Erkrankten bei Auftreten depressiver Symptome ein erhöhtes Suizidrisiko festgestellt werden. Bei schizophrenen jungen Männern besteht während stationärer Behandlung ein erhöhtes Suizidrisiko. Dies mag daran liegen, daß nur ein geringer Teil trotz depressiver Symptome eine entsprechende antidepressive Behandlung erhält [2, 52].

Neben schizophrenen Patienten findet sich auch bei depressiven Männern ein erhöhtes Suizidrisiko. Eine Major Depression liegt mehr als der Hälfte der Suizide zugrunde, wobei Depressionen bei Frauen doppelt so häufig als bei Männern vorkommen. Der Einsatz weniger letaler Antidepressiva (damit weniger Intoxikationen) als auch die Früherkennung einer Depression konnten ebenso die Suizidrate bei Frauen verringern als auch das Verhalten der Frauen selbst, sich frühzeitig Hilfe zu suchen. „Frauen suchen Hilfe, Männer sterben.“ Diese Schlußfolgerung resultiert aus einer Schweizer Studie für Suizidprävention [53]. 75 % derer, die professionelle Hilfe in einer Einrichtung für Suizidprävention suchten, waren Frauen. 75 % derer, die sich in dem Erhebungsjahr suizidierten, waren dagegen Männer. Die Rate Männer zu Frauen, die ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, beträgt 1 : 2. Diese Diskrepanz findet sich bei Männern nicht nur hinsichtlich der Suche nach Hilfe bei emotionalen Problemen, sondern auch bei der Suche nach Hilfe und Therapie der zahlreichen unbehandelten Depressionen bei Männern [53].

Erst, wenn ein Gefühl als körperliches oder psychisches Symptom erkannt wurde, wird der Arzt konsultiert. Insbesondere depressive Störungen werden als typisch weiblich deklariert, so daß Männer darunter nicht leiden dürfen und die Beschwerden vor anderen verborgen werden müssen [54]. Um dies zu erreichen, reagieren depressive Männer dann mit einem mit den Normen übereinstimmenden männlichen Verhalten wie Aggressivität, Wutausbrüche, niedriger Impulskontrolle und Alkoholmißbrauch. Rutz et al. [55] sprechen hierbei von einem geschlechtsspezifischen Verhaltensmuster als „männliches depressives Syndrom“.

Motto und Bostrom [8] beobachteten prospektiv etwa 2700 ehemals stationäre depressiv-suizidale Patienten

über 4 Jahre hinweg und fanden bei den Männern den höchsten Zusammenhang zwischen Suizidrisiko und subjektiv schlechter Beurteilung ihrer körperlichen Gesundheit.

Neben psychischen Störungen stellen somatische Erkrankungen oder Behinderungen für Männer eher ein Problem als für Frauen dar [56, 57]. Vor allem Sehstörungen, neurologische und maligne Erkrankungen sind bei Männern mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. In der deutschsprachigen Literatur haben vor allem Teising [9] bzw. Wolfersdorf und Welz [58] bei der Beschreibung der Suizidalität bei alten Menschen auf dieses Phänomen hingewiesen. Das mit zunehmendem Alter „somatischer werdende Ich“ betrifft anscheinend vor allem Männer, die unter einer ernsthaften körperlichen Erkrankung subjektiv mehr leiden als Frauen (und/oder weniger Bewältigungsstrategien haben?).

Erklärungen für Suizidalität bei Männern und geschlechtsspezifische Unterschiede

Suizid und vorzeitiger Tod aufgrund von Herzerkrankungen, Gewalt, Unfällen, Drogen- oder Alkoholmißbrauch sind bemerkenswerte männliche Phänomene, insbesondere im jungen und mittleren Lebensalter [59]. Raten von kränkendem Verhalten, Verhaltensstörungen, Suizid und Depression sind steigend und liefern den Beweis für eine hohe geschlechtsabhängige Vulnerabilität bei jungen Männern. Es ist nachgewiesen, daß traditionelle Männlichkeit ein Schlüsselrisikofaktor für männliche Vulnerabilität ist und maladaptive Copingstrategien wie emotionale Ausdruckslosigkeit, Widerwille/Abneigung, Hilfe zu suchen oder Alkoholabhängigkeit fördert.

Diese männliche Disposition wird zusätzlich durch den psychosozialen Streß aufgrund unterschiedlicher gesellschaftlicher Konditionen verstärkt: Veränderungen in der männlichen Gesellschaftsrolle, postmoderner Individualismus und ein rascher Wandel in Osteuropa und Rußland. Die typische männliche Geschlechtsrolle ist charakterisiert durch Attribute wie:

- Streben nach Macht und Dominanz
- Härte
- Mut
- Unabhängigkeit
- Leistungsfähigkeit
- Vernunft
- Konkurrenzfähigkeit
- Erfolg
- Aktivität und Leistung
- Kontrolle
- Unverwundbarkeit

Die männliche Rolle in der westlichen Kultur impliziert, daß Männer Angst ebenso wie Probleme und Belastungen weder spüren noch annehmen dürfen, sondern daß sie dazu neigen, Schwierigkeiten und Gefahren auszublenden. Traditionelle Männlichkeit wird scharf konturiert und abgegrenzt gegen die Attribute, die sozial als typisch weiblich definiert werden. Während der traditionellen weiblichen Rolle Standards für Erfolg und Mißerfolg fehlen, sind die Standards der männlichen Rolle, an denen Erfolg und Mißerfolg gemessen werden, sehr klar und bestimmt festgesetzt. Auf Erfolg

und Errungenschaften fixiert sein, garantiert dann soziale Erfüllung/Genugtuung und Anerkennung/Würdigung, verbunden mit positiven Effekten auf die eigene Identität und Gesundheit. Auf der anderen Seite bedeutet die Fixierung auch, den Erwartungen permanent standhalten zu müssen. Sie ist verbunden mit Angst vor Versagen als auch Unterdrückung von Kummer und Sorgen.

Um ihren sozialen Status zu beweisen und zu bestätigen, tendieren Männer in solchen Situationen zu einer „exzessiven Männlichkeit/Maskulinität“, die gekennzeichnet ist durch Risikobereitschaft, Aggressionen und Gewalt. Nach dem Leitsatz „Boys don't cry“ werden Jungen dazu erzogen, unerschütterlich zu werden und Beschwerden zu ignorieren. Die Schwelle, Schmerz und emotionale Sensibilität zu äußern, dabei auch Schwäche, Hilflosigkeit oder Unsicherheiten zuzugeben, wird entsprechend hoch gesetzt, so daß Emotionen eng begrenzt werden. Während die weibliche Identität in einen Kontext sozialer Bindungen und Kommunikation gebettet ist, wird die männliche Identität aus Konkurrenzfähigkeit und emotionaler Isolation gebildet. In ihren sozialen Bindungen und Kontakten sprechen Männer über äußerliche und oberflächliche Themen wie Sport, Business, Politik und Hobbies. Gefühle kommen demgegenüber als Diskussionsthema nicht in Betracht. Da Männer im Vergleich zu Frauen auf zahlreichen Gebieten untereinander konkurrieren, würde die Preisgabe von Gefühlen wie Depression und Hilflosigkeit dem Gegner möglicherweise einen Vorteil verschaffen. Obwohl Hilfe gebraucht wird und auch erhältlich wäre, läßt das maskuline Klischee die Suche nach Hilfe nicht zu. Aus männlicher Sicht wäre sie wäre verbunden mit dem Verlust von Status, Kontrolle, Autonomie und wird gleichgesetzt mit Inkompetenz, Abhängigkeit und Schädigung der eigenen Identität.

Suizidprävention

Suizidprävention ist Verhütung der Umsetzung von Suizidideen in Suizidabsichten und suizidale Handlungen, ist Zeitgewinn für optimale Therapie und Fürsorge, für Minderung von Leidensdruck und Hoffnungslosigkeit (z. B. [2, 52]). Die Krisenintervention bei Suizidalität basiert auf den Säulen:

- 1) Herstellung von Beziehung einschließlich fürsorgliches Management,
- 2) Diagnostik von psychischer Störung, Krankheit, psychosozialer Situation, aktueller Psychopathologie und Psychodynamik sowie Suizidalität, und
- 3) therapeutische Maßnahmen in bezug auf aktuelle Suizidalität sowie Grunderkrankung.

Voraussetzung ist auf therapeutischer Seite die Sorge um den Patienten und der Wunsch, dem Betroffenen zu helfen und ihn am Leben zu erhalten (Verständnis von Suizidalität als Notsignal). Organisatorisch sind ein niederschwelliger Zugang, therapeutische Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit des Beziehungsangebotes im ambulanten und stationären Rahmen wichtig. Die ärztlich-therapeutische Kompetenz muß neben dem Wissen der Risikogruppen Kenntnisse hinsichtlich der adäquaten Diagnostik und der Therapie beinhalten sowie langfristige Begleitungsmaßnahmen anbieten.

Tabelle 5: Grundzüge der Suizidprävention

Beziehung

Zeit, Raum
Akzeptanz, Verständnis als Notsignal
„Sicherung durch Beziehung“

Diagnostik

Art von Suizidalität, Handlungsdruck
psychische Störung/Krise
Psychopathologie
Belastungs-, Konfliktfaktoren

Fürsorge

ambulant, stationär
Notfall, längerfristige Therapieplanung
Angehörige
„Kommunikation und Kontrolle“

Therapie

Psychotherapeutische Krisenintervention
Psychopharmaka (+ Anxiolytikum und/oder Hypnotikum)
Psychotherapie
Soziotherapie
Behandlung der Grundkrankheit

Die Tabelle 5 stellt die Beziehung in den Vordergrund der Suizidprävention.

Hier läßt sich die Frage, ob es eine geschlechtsbezogene Suizidprävention gibt und geben kann, anschließen. Bis heute gibt es keinen Entwurf suizidalen Verhaltens, der alle Entwicklungsmodelle und ätiopathogenetischen Modelle von Suizidalität zusammenführt, und es gibt auch keine einheitliche Therapietheorie für Suizidprävention, geschweige denn eine, welche geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt. Die geschlechtsbezogenen Daten weisen auf verschiedene Aspekte hin:

- 1) Unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Männern und Frauen: Der Suizid bei Männern als ein individuelles und „einsames“ Ereignis; suizidales Verhalten bei Frauen gilt als ein lebensbezogenes Verhalten im Beziehungskontext.
- 2) Suizidales Verhalten bei Männern mit einem hohen Todeswunsch und gewalttätiger harter Methodik; demgegenüber suizidales Verhalten bei Frauen als Verhalten mit hoher kommunikativer Bedeutung, häufig geringem Todeswunsch, jedoch hoher Veränderungsintention.
- 3) Suizid von Männern im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung; Suizid von Frauen häufig in Zusammenhang mit Depressivität, wenn auch auf der Basis anderer psychischer oder auch somatischer Erkrankungen.
- 4) Suizidalität ist bei Männern häufig in Zusammenhang mit der sozialen Situation sowie mit Vereinsamung und/oder Beziehungslosigkeit zu beobachten.

Heutige Überlegungen zur Suizidprävention sind bisher nicht geschlechtsspezifisch ausgerichtet. Bei Männern könnte man von der Erschwerung der Zugangsmöglichkeit zu harten Suizidmethoden eine Reduktion der Suizidraten erwarten, ebenso von der Verbesserung der Berichterstattung über Suizide und der Optimierung der Depression-, Schizophrenie- und Suchtkrankenversorgung. Das vorhandene Hilfesystem scheint für Frauen – nicht aber für Männer – auszureichen bzw. effektiv und erreichbar zu sein, wobei die Depression besonders beachtet werden muß.

Aus dem Überwiegen der Männer beim Suizid und insbesondere der Männer mit zunehmendem Alter müssen Konsequenzen gezogen werden durch:

- 1) Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens bei Männern (siehe Erziehungsstile) im jüngeren Alter bereits: Zugangsschwelle zu adäquaten Hilfsangeboten sollte erniedrigt und die Hilfsangebote sollten für die „Männerwelt“ erreichbar gemacht werden.
- 2) Es sollten spezifisch auf Männer ausgerichtete Hilfsprogramme erarbeitet werden.
- 3) Zu fordern ist auch die Verbesserung der Depressionsdiagnostik und -therapie für die „male depression“ sowie der Suchtkrankenbehandlung und der Langzeitbetreuung junger schizophrener Männer.
- 4) Suizidalität muß grundsätzlich bei allen Krisen und Veränderungen bei Männern und insbesondere bei Männern mit körperlichen Erkrankungen abgefragt werden.
- 5) Alte Männer bedürfen besonderer (hausärztlicher, psychiatrischer, gemeindebezogener usw.) Aufmerksamkeit.

Es bleibt abschließend festzuhalten, daß unser Wissensstand zu einer „geschlechtsbezogenen Suizidologie und Suizidprävention“ trotz einiger Untersuchungen nach wie vor unzureichend ist und weiterer Forschungsbedarf besteht. Geschlechtsspezifische Überlegungen sind in der individuellen Therapie und auf struktureller Ebene einzubeziehen, Möglichkeiten geschlechtsbezogener Beratung und Therapie zu schaffen. Im Rahmen einer ausreichenden und zufriedenstellenden Suizidprävention sollte das Thema in der Fort- und Weiterbildung im medizinisch-psychosozialen Feld systematisch aufgegriffen werden. Das Tabuthema Suizidalität muß beim Namen genannt werden. Ist das Thema erst einmal angesprochen, sind suizidale Patienten meist erleichtert, daß sie mit jemandem darüber sprechen können.

Literatur:

1. WHO 2003. World Suicide Prävention Day. An Initiative of IASP and the World Health Organisation (WHO). Central Administration Office, Gondrin France 2003. www.iasp.info
2. Wolfersdorf M. Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2000.
3. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry 1998; 173: 11–53.
4. Brunner J, Bronisch T. Neurobiologische Korrelate suizidalen Verhaltens. Fortschritte Neurol Psychiatrie 1999; 67: 391–412.
5. Bronisch Th, Felber W, Wolfersdorf M (Hrsg.). Neurobiologie suizidalen Verhaltens. Roderer, Regensburg, 2001.
6. Schmidtke A, Weinacker B, Apter A, et al. Suicide rates in the world: Update. Arch Suicide Research 1999; 5: 81–9.
7. Shields LB, Hunsaker DM, Hunsaker JC. Suicide: a ten-year retrospective review of Kentucky medical examiner cases. J Forensic Sci 2005; 50: 613–7.
8. Motto JA, Bostrom A. Gender differences in completed suicide. Arch Suicide Research 1997; 3: 235–52.
9. Teising M. Suizid im Alter – Männersache. Psychodynamische Überlegung zur Erklärung einer statistischen Auffälligkeit. Psychosozial 1996; 19: 43–51.
10. Teising M. Suizid im Alter ist Männersache. In: Fiedler G, Lindner R (Hrsg.). „So hab ich doch was in mir, das Gefähr bringt“. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1999; 99–120.
11. Wolfersdorf M, Grünwald I, Heß H, Rupprecht U. Unterschiede in der Therapie depressiver Männer und Frauen. In: Mauthe HJ (Hrsg.). Krankheit und Geschlecht. Konzepte und Kontroversen. Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels, Berlin, 1998.
12. Wolfersdorf M. Mann und Suizid. In: Brähler E, Kupfer J (Hrsg.). Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Band 19: Mann und Medizin. Hogrefe, Göttingen, 1999.

13. Wolfersdorf M. Depressive Männer. Einige klinische Anmerkungen. In: Freytag R, Giernalczyk Th (Hrsg). *Geschlecht und Suizidalität*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2001; 83–94.
14. Witte M. Psychosoziale Krisenhilfe für Männer. Oder: Wen erreichen Krisendienste nicht? In: Freytag R, Giernalczyk Th (Hrsg). *Geschlecht und Suizidalität*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2001; 117–29.
15. Freytag R, Giernalczyk Th (Hrsg). *Geschlecht und Suizidalität*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2001.
16. Corcoran P, Reilly M, Salim A, Brennan A, Keeley HS, Perry JJ. Temporal variation in Irish suicide rates. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 429–38.
17. Erazo N, Baumert J, Ladwig KH. Sex-specific time patterns of suicidal acts on the German railway system. An analysis of 4003 cases. *J Affect Disord* 2004; 83: 1–9.
18. Meares R, Mendelson FAG, Milgrom-Friedman J. A sex difference in World Seasonal Variation of Suicide rate: a single cycle for men, two cycles for women. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 321–5.
19. Lester D, Frank ML. Sex differences in the Seasonal Distribution of Suicides. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 115–7.
20. Preti A, Miotto P. Seasonality in Suicides: the influence of suicide methode, gender and age on suicide distribution in Italy. *Psychiatry Research* 1998; 81: 219–31.
21. Angermeyer MC, Massing W. The monthly and weekly distribution of suicide. *Soc Sci Med* 1985; 21: 433–41.
22. Schmidtke A. Suicidal behaviour on railways in the FRG. *Soc Sci Med* 1994; 38: 419–26.
23. Deisenhammer EA, Kemmler G, DeCoL C, Fleischhacker WW, Hinterhuber H. Eisenbahnsuizide und -Suizidversuche in Österreich von 1990–1994. *Nervenarzt* 1997; 68: 67–73.
24. van Houwelingen CA, Beersma TG. Seasonal changes in 24-h patterns of suicide rates: a study on train suicide in the Netherlands. *J Affect Disord* 2001; 66: 215–23.
25. Jackson TMR. Smoking, Alcohol and Drug use in Cork and Kerry. Department of Public Health, Southern Health Board, Cork 1997.
26. Gorwood P. Biological Markers for Suicidal Behavior in Alcohol Dependence. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 410–17.
27. Stack S. Suicide: a 15 year review of the sociological literature: Part I: Cultural and Economic Factors. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2000; 30: 163–76.
28. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 282–8.
29. Rich C, Ricketts J, Fowler R, Young D. Some differences between men and women who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 718–22.
30. Carrington P. Gender, gencontrol, suicide and homicide in Canada. *Arch Suicide Research* 1998; 5: 71–5.
31. Leenars A, Lester D. Gender and the impact of gun control on suicide and homicide. *Arch Suicide Research* 1996; 2: 223–34.
32. Leenars A, Lester D. Gender gun control suicide and homicide: A Reply. *Arch Suicide Research* 1999; 5: 77–9.
33. Conner KR, Zhong Y. State firearm laws and rates of suicide in men and women. *Am J Prev Med* 2003; 25: 320–4.
34. Hendin H. *Suicide in America*. Norton, New York, 1982.
35. Kaplan AG, Klin RB. Women and Suicide. In: Jacobs DH, Brown HN (eds). *Suicide: Understanding and Responding*. International Universities Press, Madison, CT, 1989; 257–82.
36. Gunnell D, Middleton N, Whitley E, Dorling D, Frankel S. Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly? A time-series analysis of trends in England and Wales 1950–1998. *Soc Sci Med* 2003; 57: 595–611.
37. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 254–61.
38. Luoma JB, Pearson JL. Suicide and marital status in the United States, 1991–1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health* 2002; 92: 1518–22.
39. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing* 2004; 33: 378–83.
40. Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *Am J Public Health* 2000; 90: 573–8.
41. Rich C, Fowler R, Young D, Blenkush M. San Diego suicide study: comparison of gay to straight males. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1986; 16: 448–57.
42. Muehrer P. Suicide and sexual orientation: a critical summary of recent research and directions for future research. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1995; 25: 72–81.
43. Saghir MT, Robins E. Male and female homosexuality. Williams & Wilkins, Baltimore, 1973.
44. Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 541–6.
45. Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med* 2001; 31: 127–38.
46. Durkheim. *Suicide (Originally Published 1897)*. Routledge and Kegan Paul, London, 1952.
47. Blakely TA, Collings SC, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 594–600.
48. Skogman K, Alsen M, Ojehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide—a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 113–20.
49. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aust NZ J Psychiatry* 2005; 39: 95–100.
50. Canetto SS. Gender and suicide in the elderly. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1992; 22: 80–97.
51. Sinclair JM, Mullee MA, King EA, Baldwin DS. Suicide in schizophrenia: a retrospective case-control study of 51 suicides. *Schizophr Bull* 2004; 30: 803–11.
52. Angst J, Ernst C. Geschlechtsunterschiede in der Psychiatrie. In: *Studium Generale „Weibliche Identität im Wandel“*. Universität Heidelberg, 1990; 69–84.
53. zit. nach 52.
54. Warren LM. Male intolerance of depression: a review with implications for psychotherapy. *Clin Psychol Review* 1983; 3: 147–56.
55. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, et al. An educational project on depression and its consequences: Is the frequency of major depression among Swedish men underrated resulting in high suicidality? *Primary Care Psychiatry* 1995; 1: 59–83.
56. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: Case-control study. *BMJ* 2002; 324: 1355.
57. Waern M, Spak F, Sundh V. Suicidal ideation in a female population sample. Relationship with depression, anxiety disorder and alcohol dependence/abuse. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 81–5.
58. Wolfersdorf M., Welz R. Suizidalität im höheren Lebensalter. In: Förstl H (Hrg.). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Enke, Stuttgart, 1997: 419–26.
59. Moller-Leimkuhler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 1–8.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)