

**Männersuizid -**

**psychodynamische Aspekte**

Lindner R

*Blickpunkt der Mann 2008; 6 (1)*

32-36

**Homepage:**

**[www.kup.at/dermann](http://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

# Männersuizid – psychodynamische Aspekte

R. Lindner

**Kurzfassung:** Suizid und Suizidalität tragen eine deutlich geschlechtstypische Handschrift: In Deutschland suizidieren sich annähernd drei Mal so viele Männer als Frauen. Mit zunehmendem Alter wird der Unterschied zwischen den Geschlechtern noch deutlicher. Suizidversuche werden hingegen dreimal häufiger von Frauen als von Männern ausgeführt. Eine genaue Kenntnis der psychodynamischen Hintergründe und Beziehungsdynamiken gerade bei suizidalen Männern ermöglicht eine validere Indikationsstellung zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen und zugleich einen besseren therapeutischen Kontakt, gerade zu Beginn einer Psychotherapie.

Um das Verständnis akuter und chronischer Suizidalität zu Beginn einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu erweitern, wurde eine klinische Taxonomie suizidaler Männer erstellt. Basierend auf einer systematischen qualitativen Analyse von 20 Fallberichten männlicher Patienten, die sich in ambulante psychotherapeutische Behandlung begaben, wurden 4 „Idealtypen“ suizidaler Männer gefunden: (1) Idealtyp „Unverbunden“: In der suizidalen (Beziehungs-) Dynamik herrscht ein

Unverbundenheitserleben vor, das mit Ablehnungserfahrungen assoziiert ist. (2) Idealtyp „Gekränkt“: Aggressive Verstrickungen in Beziehungen und die Erkenntnis einer desillusionierenden Lebensrealität sind verbunden mit realen Verlusterfahrungen und Realtraumata in Kindheit und Jugend. (3) Idealtyp „Stürmisch“: Ein anhänglich-symbiotisches Übertragungsangebot mobilisiert unrealistische Helferwünsche vor dem Hintergrund ungelöster Abhängigkeitskonflikte. (4) Idealtyp „Objektabhängig“: In Beziehungen wird nur Konkretes verhandelt, bei Trennung muss die Frau real zurück gewonnen werden, eine Erfahrung emotionalen Mangels wird kompensiert.

**Abstract:** Suicide and attempted suicide have a distinct gender-specific trait: in Germany, men commit suicide three times more often than women. With advancing age, this difference increases. Women attempt suicide three times more often than men. A distinct knowledge about the psychodynamic background and the dynamics of relationships, especially of suicidal men, renders a more valid indication for

psychiatric and psychotherapeutic treatments possible. Even more, it enables the professional to establish a better therapeutic contact especially when starting a psychotherapy. To enlarge the understanding of acute and chronic suicidality in men in the beginning of an outpatient psychiatric-psychotherapeutic treatment, a clinical taxonomy of suicidal men was developed. Based on the systematic qualitative analysis of 20 case reports of male patients seeking help as outpatients, four "ideal" types of suicidal men were developed: (1) Ideal type "Disconnected": a predominance of disconnected feelings that is associated with rejection experiences. (2) Ideal type "Hurt": aggressive conflicts and the realisation of a disillusioned life reality combined with experiences of real loss and real trauma. (3) Ideal type "Stormy": an attached-symbiotic transference offer mobilises unrealistic wishes to help against a background of unresolved dependency conflicts. (4) Ideal type "Object Dependent": concrete facts are important in relationships; in case of separation, real repossession of the woman must occur, a lack of emotional experience is compensated. **Blickpunkt DER MANN 2008; 6 (1): 32–6.**

## ■ Definition Suizidalität, Suizidversuch, Suizid

Alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf Tötung des eigenen Lebens ausgerichtet sind, lassen sich unter dem Begriff der Suizidalität fassen [1]. Suizidalität lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch verzweifelt über sich selbst, sein eigenes Leben ist und keine Hoffnung und Perspektiven sieht. Der Suizidversuch ist ein Akt der selbstintendierten Selbsttötung, der überlebt wird. Der Suizid ist dann als die vollendete selbstintendierte Selbsttötung zu verstehen. Die Phänomene von Suizid und Suizidalität werden von einer empirisch belegten Geschlechtsdifferenz geprägt. Die Interpretationen dieser Tatsache sind sehr divergent und werden von unreflektierten Geschlechtsstereotypen beeinflusst [2].

## Empirische geschlechtsspezifische Befunde

Im Jahr 2005 starben in Deutschland 10.260 Menschen durch Suizid (7523 Männer, 2737 Frauen). Die Suizidrate (d. h. der Anteil der Suizide auf 100.000 Einwohner) beträgt 12,4 (18,6 bei den Männern und 6,5 bei den Frauen). Die offiziellen Angaben unterschätzen die reale Zahl der Suizide aufgrund einer nicht unerheblichen Dunkelziffer und von Fehlern in der Datenübermittlung sowie unterschiedlichen Dokumentations-

methoden, so dass die tatsächliche Anzahl der Suizide um mindestens 25 % höher liegt [3].

Bei den Suizidmethoden überwiegt in Deutschland bei beiden Geschlechtern das Erhängen, gefolgt von Vergiftungen und Feuerwaffen bei Männern, sowie Vergiftungen und „Sturz aus der Höhe“ bei Frauen.

Die Suizidraten variieren nach Geschlecht und Alter. Besonders bei Männern steigt sie nach dem 60. Lebensjahr rapide an. Aber auch bei Frauen ist der Alterssuizid von großer Bedeutung: Jede zweite Frau, die sich in Deutschland suizidiert, ist älter als 60 Jahre.

Suizidversuche werden häufiger von Frauen als von Männern ausgeführt. Auf jeden Suizid einer Frau entfallen 18 Suizidversuche, auf jeden Suizid eines Mannes hingegen 5,5 Suizidversuche. Alte Menschen beiderlei Geschlechts unternehmen weniger Suizidversuche.

Die Kenntnis der genannten Spezifika für männliches und weibliches Suizidgeschehen ermöglicht nicht, ein individuelles Verständnis des je einzelnen Suizidalen, seiner bewussten und unbewussten Auslöser und Ursachen für Suizidalität und suizidales Verhalten zu gewinnen.

## Die psychoanalytische Perspektive der Suizidalität bei Männern

Die Psychoanalyse bietet die Möglichkeit, vor einem definierten theoretischen Hintergrund ein individuelles Verständnis des je einzelnen Suizidalen, der Auslöser und (unbewussten) Ursachen seiner Suizidalität zu gewinnen und verallgemein-

Aus dem Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Korrespondenzadresse:** PD Dr. med. Reinhard Lindner, Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, D-20246 Hamburg, Martinistraße 52; E-Mail: lindner@uke.uni-hamburg.de

nernde Muster suizidaler Dynamiken zu beschreiben. Dabei greifen psychoanalytische Erklärungsmuster der Suizidalität bislang nur vereinzelt geschlechterdifferente Aspekte der Suizidalität auf (z. B. [2, 4–6]).

Aus einer psychoanalytischen, objektbeziehungstheoretischen Perspektive führen die dem Bewusstsein meist zugänglichen Auslöser suizidalen Erlebens (z. B. Trennungs- und Kränkungerfahrungen) zur Labilisierung der bis dahin funktionsfähigen Abwehr. Eine Regression auf entwicklungspsychologisch früher angesiedelte Formen der Abwehr (z. B. auf Spaltungsprozesse) und Wiederbelebung früher intrapsychischer Konflikte (um Aggression, Autonomie und Abhängigkeit), sowie Reinszenierungen konflikthafter, auf ausschließliche Zweisamkeit fokussierter Beziehungserfahrungen führen zu einem Erleben von tiefster Ohnmacht und massivem Handlungsdruck. Bei Suizidalität kommt es oft zu einer höchst konfliktreichen, ambivalenten Wiederbelebung von lebensnotwendigen und zugleich lebensbedrohlichen Beziehungserfahrungen in der Therapie. Dieses Geschehen zu verstehen fördert nicht nur die Einsichten des Patienten über sich selbst, sondern fördert auch die Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung [7–9].

Folgt man den grundlegenden psychodynamischen entwicklungspsychologischen Annahmen Mahlers [10] und späterer Entwicklungspsychologen [11–15], so lassen sich, entsprechend der kindlichen Entwicklung, spezifische Störungsfelder bei suizidalen Männern postulieren: Eine Störung der frühen Erfahrungen von Ungetrenntheit von der Mutter, spezifische konflikthafte Auseinandersetzungen im Entwicklungsbereich von Unterschiedlichkeit und Individuation und misslungene Erfahrungen mit hilfreichen „Dritten“, z. B. einem präsenten Vater. Diese Problembereiche sind im suizidalen Erleben „aktiviert“, d. h. sie bestimmen maßgeblich die suizidalen Beziehungsmuster.

## ■ Patienten, Material und Methoden

### Methodische Vorbemerkungen

Suizidalität ist ein komplexes, überdeterminiertes, akutes, gelegentlich latentes und nicht selten unbewusstes Phänomen. Eine Methode zu ihrer Erfassung im klinischen Rahmen muss diesem Gegenstand Rechnung tragen. Dies wird ermöglicht durch die Methode der verstehenden Typenbildung, eine systematische qualitative Methode, deren Grundlagen aus der qualitativen Sozialforschung stammen [16–20].

Diese Methode verfolgt in der vorliegenden Arbeit in 4 aufeinander folgenden Teilschritten systematisch den Prozess der Entwicklung einer Taxonomie vom Einzelfall hin zu allgemein glaubwürdigen und übertragbaren, d. h. über die Stichprobe hinausweisenden klinisch-theoretischen Erkenntnissen. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Lindner [6].

### Der klinisch-institutionelle Forschungshintergrund: das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS)

Die vorgelegte Arbeit stammt aus der klinischen Praxis des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete am Universitätskli-

nikum Hamburg-Eppendorf (TZS). Das TZS ist eine psychoanalytisch orientierte Einrichtung mit einem spezialisierten ambulanten Behandlungsangebot für klinisch schwer gestörte Patienten in suizidalen Krisen. Die Psychotherapeuten des TZS haben alle die Berechtigung zur ambulanten Durchführung der psychodynamischen Richtlinienpsychotherapie. Neben der klinisch-psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz besteht das TZS aus einer auf nationaler und internationaler Ebene tätigen Forschungsgruppe „Suizidalität und Psychotherapie“ zur wissenschaftlichen Untersuchung des Verständnisses und der Therapie suizidalen Erlebens und Verhaltens [8, 20, 21].

### Die Stichprobe

Die Untersuchung erfolgte an einer Stichprobe der letzten 20 männlichen Patienten des TZS, die zu einem definierten Stichtag zu mindestens 5 Psychotherapiesitzungen erschienen waren (Tab. 1).

Die Stichprobe entspricht in Hinblick auf Alter, soziale Stellung und psychiatrische Diagnose weitgehend der männlichen Grundgesamtheit im TZS (vergl. [8]). Weder die Therapeuten noch die Patienten wussten während der ersten 5 psychotherapeutischen Gespräche von der Auswahl des Patienten für die Studie.

### ■ Ergebnisse

Aus einander ähnlichen, prototypischen Fällen wurden 4 Idealtypen gebildet, die Aussagen zu den 3 Bereichen Übertragung, Lebensgeschichte und Suizidalität beinhalten.

**Idealtyp „Unverbunden“:** Im Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen liegt ein Unverbundenheitserleben bei Patient und Therapeut vor, wodurch sich in der therapeutischen Beziehung wenig Kontinuität und Halt vermittelt. Dieses Erleben korrespondiert mit der suizidalen Dynamik wiederholter Ablehnungserfahrungen. Sowohl in der Übertragung als auch im suizidalen Geschehen reaktualisiert sich ein konflikthafte früheres Erleben, von den Eltern ausgeschlossen zu werden und darüber voller Vorwurf zu sein.

Bezeichnend ist eine ambivalente Beziehung zum Vater, die die therapeutische Beziehung in der Übertragung deutlich bestimmt. Die Bindung an die Mutter wirkt hingegen „blass“ und nicht tragfähig. In diesem Idealtyp häufen sich Patienten mit Suizidversuchen mit hohem Letalitätspotential. Entsprechend diesem Befund sind auch stationär-psychiatrische Behandlungen vor Beginn der Psychotherapie häufig. Die Patienten erscheinen zu Beginn der Therapie oft in einem sehr schlechten, z. T. akut somatisch erkrankten Zustand. Besteht ein Alkohol- oder Cannabiskonsum, so dient er dem Rückzug aus Beziehungen.

**Idealtyp „Gekränkt“:** Hier liegt eine oftmals aggressive Verstrickung von Patient und Therapeut vor, in der der Patient eine Ablehnungserwartung mit passiver oder aktiver Aggression vorweg nimmt und/oder in der Gegenübertragung aggressive Affekte vorherrschen. Entsprechend ist die suizidale Dynamik durch eine reale Verlusterfahrung charakterisiert,

**Tabelle 1:** Patientendaten. Aufstellung der Patienten der untersuchten Stichprobe mit Sozialdaten (Geburtsjahr/Alter bei Therapiebeginn, Familienstand, höchster Schulabschluss, Behandlungsdauer, Diagnose nach ICD-10 bei Therapiebeginn im Sinne einer klinischen Diagnose durch den Therapeuten in der zweiten Therapiestunde, ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Anwendung der wissenschaftlichen Richtlinien zur ICD-Diagnostik).

Kürzel	Geburtsjahr/ Alter bei Therapiebeginn	Ge- schlecht	Familien- stand	Wohn- situation	Bildung	Behandlungs- dauer (Therapiestunden)	Diagnose bei Therapiebeginn
A	1969/27	m	ledig	allein	Realschule	28	F43.20
B	1969/27	m	ledig	allein	Abitur	180	F43.21, F10.24, F10.26
C	1955/42	m	gesch.	allein	Hochschule	9	F43.21, F60.5, F10.26
D	1958/39	m	gesch.	allein	Hauptschule	22	F43.20
E	1956/41	m	ledig	allein	Hauptschule	46	F32.11, F60.0, F60.7
F	1967/30	m	ledig	allein	Hochschule	85	F32.11
G	1970/27	m	ledig	allein	Abitur	60	F43.20
H	1958/39	m	ledig	allein	Realschule	32	F43.21, F10.24
I	1975/22	m	ledig	allein	Abitur	33	F43.21
K	1966/32	m	ledig	allein	Abitur	31	F43.21, F60.82
L	1970/28	m	ledig	allein	Hauptschule	15	F43.20
M	1955/43	m	ledig	allein	Abitur	23	F43.21
N	1964/34	m	ledig	allein	Abitur	54	F43.20, F60.7
O	1950/48	m	ledig	allein	Hochschule	37	F60.1
P	1935/62	m	verh.	Ehepart.	Realschule	9	F43.20
Q	1955/43	m	ledig	allein	Abitur	7	F60.7
R	1963/35	m	ledig	allein	Hochschule	50	F43.20
S	1963/36	m	ledig	allein	Abitur	23	F32.10, F60.5, F60.8
T	1969/30	m	ledig	allein	Abitur	8	F43.20
U	1968/31	m	ledig	allein	Abitur	5	F43.20
Mittel	36					38	

die Aggression mobilisiert, zugleich aber auch (zeitweise) unerträgliche Gefühle der Leere, der Bedürftigkeit und die Erkenntnis, in wichtigen (Beziehungs-) Lebenszielen zu scheitern. Biographisch finden sich häufig Realtraumata und fehlende triangulierende Erfahrungen.

Der Patient erlebte sich in der Kindheit als Selbstobjekt der Mutter, wohingegen der Vater meist als abwesend erlebt wurde. Er wird von aktuell bedeutsamen Frauen (Mutter, Freundin, Therapeutin) zur Behandlung vermittelt. Ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen sind häufig. Im Bereich dieses Idealtyps (deutlicher aber in den idealtypischen Bereichen „stürmisch“ und „objektabhängig“) liegt eine chronische Suizidalität vor, die Patienten kommen eher kurz vor als kurz nach einem Suizidversuch in die Behandlung. Die Männer sind oft sehr kräftig, sportlich, akkurat gekleidet, sie strahlen jedoch eine große Anspannung aus. Häufig müssen ein körperlicher Makel, eine Schwäche, hypochondrische Ängste oder Unsicherheiten verdeckt werden.

**Idealtyp „Stürmisch“:** Ein stürmisches, anhänglich-verschweißtes Übertragungsangebot bewirkt beim Therapeuten relativ wenig Ärger, eher werden Wünsche zu helfen mobilisiert. Hier wird die Anlehnung suchende Seite eines (spätadoleszenten) Ablösungs/Abhängigkeitskonflikts reinszeniert. Entsprechend ist das suizidale Erleben mit Trennungserfahrungen verbunden, zusammen mit der Erkenntnis, auf einer bestimmten psychosozialen Entwicklungsstufe fixiert zu sein. Biographisch liegen entsprechend sehr intensive, ambivalente Bindungen an die Mutter vor.

Die Patienten berichten häufig von zerstörerischen ehelichen Beziehungen der Eltern, d. h. von physisch die Mutter bedro-

henden Vätern, so als müssten sie die Mutter schützen und am Leben erhalten. Zugleich besteht eine hochambivalente Identifikation mit dem gewalttätigen Vater: Affekte können nur unzureichend kontrolliert werden. Ihr äußeres Auftreten orientiert sich an plakativ-aggressiven Männlichkeitskonzepten, z. B. dem Kämpfer. Sie neigen zu heftigen Affektdurchbrüchen. Alkohol- und Cannabiskonsum dient einer unbewussten Überlassung an ein gefährlich-zerstörerisches Objekt.

**Idealtyp „Objektabhängig“:** In der Übertragungsbeziehung darf nichts „Drittes“ aufkommen, nicht einmal eine Bedeutung für das aktuelle Erleben. So kann nur Konkretes gefordert und verhandelt werden. Entsprechend wünschen sich diese suizidalen Männer konkret die Frauen zurück, die sich von ihnen distanzieren. Die Biographie wirkt holzschnittartig und verbirgt eine Erfahrung emotionalen Mangels. Es entsteht der Eindruck, dass durch Idealisierung und Identifikation mit Familiennormen (z. B. „Zusammenhalt“, Beruf des Vaters) ein Erleben chronischer emotionaler Vernachlässigung abgewehrt wird.

Die Patienten berichten von einer vermeintlich schönen Kindheit, wobei die Schilderung aber vermeidend wirkt. Im Zusammenhang mit einem spezifischen Gegenübertragungserleben (angestrengt zu sein und ganz allein den „Sinn“ finden zu müssen) entsteht der Eindruck, dass sie in der Kindheit emotional vernachlässigt wurden. Die damit verbundenen Gefühle und Konflikte können durch stabile psychosoziale Arrangements lange Zeit abgewehrt werden. Suizidal werden die Patienten erst, wenn diese Beziehungskonstellationen und damit ihre Abwehr bedroht sind. Wird im Rahmen suizidalen Erlebens Alkohol konsumiert, so dient er unbewusst der Wendung an ein unbelebtes Objekt um Hilfe, das dann aber keinen Schutz bringt.

## ■ Diskussion

### Auslöser der Suizidalität bei Männern

Im Unterschied zur älteren Literatur [22–24] sind die häufigsten Auslöser von Suizidalität bei Männern nicht Selbstwertprobleme und Verlust der Unabhängigkeit im ökonomischen und beruflichen Bereich, sondern im Wesentlichen Trennungen und Ablehnungserfahrungen.

Diese Ergebnisse unterstützen die Kritik Canettos [25] und Gerischs [2] an der Auffassung, dass Männer suizidal würden, wenn ihr Selbstwert und ihre Unabhängigkeit durch ökonomische Bedingungen, Arbeitslosigkeit oder schwere körperliche Erkrankungen bedroht sei, hingegen Frauen suizidal reagierten, wenn sie verlassen würden und sich nicht vom Partner ablösen könnten. Canetto beschrieb aus soziologischer Perspektive dem gegenüber gerade für suizidale Männer beschränkte Beziehungserfahrungen und Abwesenheit einer haltgebenden Person sowie Verluste sozialer Privilegien.

Als Auslöser stehen Trennungen von Liebespartnerinnen ganz im Vordergrund, gefolgt von Ablehnungserfahrungen. Mit ihnen korrespondiert der beschriebene Kernkonflikt um Fusions- und Autonomiewünsche. Die Suizidgefahr (Akuität der Suizidalität) steigt mit der Schwierigkeit, sich einem anderen Menschen verbunden zu fühlen.

Das Ausmaß an massiven psychischen Problemen in der untersuchten Stichprobe, von Kindheit und Jugend an, unterstützt die Hypothese, nach der suizidales Erleben allgemein häufig mit traumatischen Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend assoziiert ist. Jedoch ist die Beziehung zwischen Lebensgeschichte und Suizidalität sehr differenziert zu betrachten. In Anlehnung an Federns [26] Äußerung *„Wenn es allgemein gilt, dass nur der sich mordet, der einen andern zu töten wünscht, so muss man hinzufügen, dass – [in der Regel] – nur der sich mordet, den ein anderer tot wünscht“*, lässt sich in Hinblick auf die Lebensgeschichten der untersuchten suizidalen Männer formulieren, dass kaum einer suizidal wird, der eine stabile, gesunde psychosoziale Entwicklung in Kindheit und Jugend hatte.

### Gegenübertragung als diagnostisches Instrument bei Suizidalität

Drei (der 4) Idealtypen beschreiben hochcharakteristische suizidale Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellationen. Besonders gefährdet sind Patienten mit einem vermeidenden Übertragungsangebot und einer komplementären Gegenübertragungsreaktion des Therapeuten mit „schwacher“, d. h. geringer emotionaler Beteiligung. Ein „harmonischer“ therapeutischer Kontakt ist nicht unbedingt ein guter Kontakt: Geraten Aggression und heftige Bindungswünsche in die therapeutische Beziehung hinein, so ist dies oftmals ein Indikator für deren Tragfähigkeit und eine (momentane) Entaktualisierung der Suizidalität. In derartigen Phasen der therapeutischen Beziehung reaktualisiert sich meist eine ambivalente frühe Objektbeziehungserfahrung, die dann, wenn diese Situation verstanden und nicht mit dem Patienten agiert wird, einen Bewußtwerdungs- und Umorientierungsprozess im Patienten auslösen kann. Dadurch können die unbewussten Wiederholungen seines frühen Erlebens beendet werden.

### Lebensgeschichtliche und entwicklungspsychologische Ursachen

Die 4 gebildeten Idealtypen bestätigen die lebensgeschichtliche Verankerung massiver Autonomie- und Abhängigkeitskonflikte bei suizidalen Männern, wobei sie 4 unterschiedliche Aspekte betonen:

1. Eine Ablehnungserfahrung durch beide Eltern in der gesamten Kindheit und Jugend führt zu objektabgewandten Beziehungsmustern.
2. Frühe traumatisierende Trennungs- und Verlusterfahrungen tragen zu einer sadomasochistischen Beziehungsgestaltung bei.
3. Die Lösung von der Mutter kann als unmöglich, weil für die Mutter vernichtend erlebt werden, eine Verbindung mit dem Vater wird nur im Ausgeliefertsein an destruktiv-suizidale Impulse möglich.
4. Ein frühes emotionales Mangelerleben führt zum Haften am Konkreten: Nur die Wiederbeschaffung der verlorenen Partnerin kann suizidales Vernichtungserleben beenden.

Die Beziehungserfahrungen mit dem Vater haben zum einen für die dyadischen Beziehungen zu beiden Eltern eine hohe Bedeutung [12–14, 27]. Zum anderen prägen die Erfahrungen in der Mutter-Vater-Kind-Triade die Fähigkeiten zur Affektkontrolle und zur Beziehungsgestaltung mit Frauen und haben darüber hinaus einen wichtigen Einfluss auf die Psychodynamik des suizidalen Erlebens und Agierens. Die Rolle des Vaters wird allgemein für beide Geschlechter als zentral in der Schaffung psychischer Strukturen gesehen, die es erlauben, Ambivalenz zu ertragen und sich konstant einem anderen Menschen, einer Aufgabe oder Werten verbunden zu fühlen. Der Unterschied liegt dabei nicht darin, ob der Vater für den Jungen oder für das Mädchen wichtiger ist. Er liegt vielmehr in der Funktion, die der Vater für das Kind hat: So kann er als „drittes Objekt“ dienen, das sich anbietet, wenn das Kind die Verschiedenheit zur Mutter erlebt, oder als „Anderer“, der dem Kind das „Andere“, „die Alternative“ auf zugewandte Weise vermittelt.

Aus einer weiteren theoretischen Perspektive [5] führen die geschlechtsspezifischen Entwicklungen bei Männern, verglichen mit Frauen, zu für sie spezifischen Konfliktlösungen und Persönlichkeitsaspekten. Im suizidalen Geschehen betrifft dies besonders die Rolle der aggressiven Konflikte [15, 27], des Körpers [28] und des Selbsterlebens der Männer in wichtigen (Liebes-) Beziehungen. Suizidale Männer leiden deutlich mehr unter mangelnder Affektkontrolle als suizidale Frauen. Dies kann von aggressiv-destruktiven (Amok-) Phantasien bis hin zu einer Verbindung von Gewalttaten und Suizidalität reichen. Der Körper kann entweder als „Druckkompressor“ [29] dienen oder aber auch als entwerteter männlicher „Gegenstand“, der unbewusst an die Ähnlichkeit mit dem Vater erinnert und deshalb bekämpft werden muss. In Liebesbeziehungen wehren die hier dargestellten Männer mit aggressiven Tendenzen Verlusterfahrungen ab und damit verbundene Erfahrungen von Leere, Verlassenheit und ein Scheitern.

Verkürzt sprechen die Ergebnisse dafür, dass frühe Erfahrungen der Ablehnung, Abweisung und der Trennung von beiden

Eltern (in je unterschiedlicher Weise) die Möglichkeiten verringern, im späteren Leben diese genannten, sich meist wiederholenden Erfahrungen realitätsgemäß bewältigen zu können. Im suicidalen Erleben wird der männliche Körper zu einem „Druckkompressor“ unaushaltbarer Gefühle. Zugleich wird der eigene Körper mit einem zerstörerischen oder zerstörten elterlichen Objekt identifiziert, das im Suizid bekämpft, zerstört oder vor dem schmerzhaften Leben „gerettet“ werden muss.

### ■ Relevanz für die Praxis

1. Männer suizidieren sich drei Mal so oft wie Frauen.
2. Auslöser von Suizidalität und Suizid sind bei beiden Geschlechtern Trennungen, Kränkungen und Verluste.
3. Aus psychoanalytischer Perspektive sind diejenigen Männer als besonders suicidal einzuschätzen, die im professionellen Helfer wenig Resonanz, wenig emotionale Reaktion auslösen.
4. Biographische Ursachen für Suizidalität bei Männern sind frühe Ablehnungs- und Trennungserfahrungen, Traumatisierungen und ein Scheitern der geschlechtsspezifischen Ablösungs- und Autonomieentwicklung mit Schwierigkeiten in der Identifikation mit väterlicher Affektkontrolle und Beziehungsfähigkeit.

### Literatur:

1. Wolfersdorf M. Der suicidal Patient in Klinik und Praxis: Suizidalität und Suizidprävention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2000.
2. Gerisch B. Suizidalität bei Frauen: Mythos und Realität; eine kritische Analyse. Edition Diskord, Tübingen, 1998.
3. Fiedler G. Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten 2003. Online Dokument 2005: <http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>.
4. Gerisch B. Aspekte zum psychodynamischen Verständnis der Suizidalität bei Frauen. Forum Psychoanal 1993; 9: 198–213.
5. Gerisch B. Die suicidal Frau. Psychoanalytische Hypothesen zur Genese. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2003.

6. Lindner R. Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Studie. Psychosozial Verlag, Gießen, 2006.
7. Lindner R, Gerisch B. „Wollten Sie wirklich sterben?“. Zur Kontroverse psychiatrischer und psychodynamischer Aspekte der Suizidalität. Psychotherapie Forum 1997; 5 (Suppl): 65–8.
8. Fiedler G, Götze P, Gans I, Gerisch B, Lindner R, Richter M. Psychoanalytische Psychotherapien bei akuter Suizidalität. Das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung Hamburgs – ein Überblick. Hamburger Ärzteblatt 1999; 53: 537–42.
9. Gerisch B, Fiedler G, Gans I, Götze P, Lindner R, Richter M. „Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab“: Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefähr-

deter. In: Kimmerle G (Hrsg). Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Edition Diskord, Tübingen, 2000; 9–64.

10. Mahler M, Pine F, Bergman A. The psychological birth of the human infant. Verlag Fischer, Frankfurt, 1975/1978.
11. Abelin EL. The role of the father in the separation-individuation process. In: McDevitt J, Settlege C (eds). Separation-Individuation: Essays in Honor of Margaret S. Mahler. International Universities Press, New York, 1971; 229–52.
12. Herzog J. Sleep disturbance and father hunger in 18 to 23-month-old boys. Psychoanal Study Child 1980; 35: 219–33.
13. Herzog J. On father hunger: the father's role in the modification of aggressive drive and fantasy. In: Cath SH, Gurwitt AR, Ross JM (eds). Father and Child. Little, Brown and Comp., Boston, 1982; 163–74.
14. Blos P. Sohn und Vater. Diesseits und jenseits des Ödipuskomplexes. Klett-Cotta, Stuttgart, 1990.
15. Fonagy P, Target M. Den gewalttätigen Patienten verstehen: Der Einsatz des Körpers und die Rolle des Vaters. In: Berger M, Wiese J (Hrsg). Geschlecht und Gewalt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1996; 55–90.
16. Gerhardt U. Patient careers in end-stage renal failure. Soc Sci Med 1990; 30: 1211–24.
17. Gerhardt U. The use of weberian ideal-type methodology in qualitative data interpretation: an outline for ideal-type analysis. Bulletin de Méthodologie Sociologique 1994; 45: 74–126.
18. Kluge S. Empirisch begründete Typenbildung. Leske + Budrich, Opladen, 1999.

19. Kelle U, Kluge S. Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Leske + Budrich, Opladen, 1999.
20. Fiedler G, Götze P, Gans I, Gerisch B, Lindner R, Richter M. Zum Konzept des Hamburger Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete. Online Dokument 1997: [http://www.suicidology.de/online-text/tzs\\_konzept\\_d.html](http://www.suicidology.de/online-text/tzs_konzept_d.html).
21. Fiedler G, Götze P. Ambulante Psychotherapie der Suizidalität. Das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 2005; 23: 14–7.
22. Biener K, Roschewski L. Selbstmordwertung durch berufstätige Frauen. Nervenarzt 1980; 51: 344–8.
23. Kushner HI. Women and suicide in historical perspective. Signs: Journal of Women in Culture and Society 1985; 10: 537–52.
24. Rienzi BM, Forquera J, Hitchcock D. Gender stereotypes for proposed DSM-IV negativistic, depressive, narcissistic, and dependent personality disorders. J Personal Disord 1995; 9: 49–55.
25. Canetto SS. She died for love and he for glory. Omega 1992; 26: 1–17.
26. Federn P. Selbstmordprophylaxe in der Analyse. Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik 1929; 3: 379–89.
27. Campbell D. The role of the father in a pre-suicide state. Int J Psychoanal 1995; 76: 315–23.
28. Hirsch M. Der eigene Körper als Objekt. In: Hirsch M (ed). Der eigene Körper als Objekt. Psychosozial Verlag, Gießen, 1998; 1–8.
29. Bick E. The experience of the skin in early object-relations. Int J Psychoanal 1968; 49: 484–6.

### PD Dr. med. Reinhard Lindner

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Seit 1994 Mitarbeiter, seit 2007 Leiter des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Aktuell Stipendiat des Forschungskollegs Geriatrie der Robert-Bosch-Stiftung.

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Gender- und altersspezifische Aspekte der Suizidalität, Psychotherapieforschung, Suizidprävention.



# 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](#)