

**Männersuizid: Warum sich
"erfolgreiche" Männer
umbringen - Gedanken zur
Psychodynamik**

Wolfersdorf M

Blickpunkt der Mann 2009; 7 (4)

38-41

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

Männersuizid: Warum sich „erfolgreiche“ Männer umbringen – Gedanken zur Psychodynamik

M. Wolfersdorf

Kurzfassung: Ausgehend von aktuellen Suizid-ereignissen bei wirtschaftlich erfolgreichen Männern, die in den Medien diskutiert wurden, wird

der Versuch gemacht, die Psychodynamik dieser Suizidalität zu beschreiben. Perfektionismus und Scham spielen eine interaktionelle Rolle.

Abstract: In this paper, we try to discuss specific aspects of the psychodynamics of suicidal behaviour of successful men. **Blickpunkt DER MANN 2009; 7 (4): 38–41.**

■ Einleitung

Eine systematische Beschäftigung mit dem Thema „Männerdepression/Männersuizid“ hat erst in den vergangenen Jahren begonnen. Abgesehen von einer noch nicht ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz, so Möller-Leimkühler [1, 2], sprechen jedoch geschlechtersensible klinische Erfahrungen sowie eine Fülle von Ergebnissen aus der Gewalt- und Sozialforschung dafür, Stresserleben und -verarbeitung von Männern in der Praxis stärker zu beachten und eine Sensibilität für männliche Depression zu entwickeln. Der typisch männlichen Stressverarbeitung über Aggressivität, antisoziales Verhalten sowie Risiko- und Suchtverhalten liege das biologische wie soziokulturelle Response-Muster des „fight or flight“ zugrunde [1]. „Frauen heulen, Männer bringen sich um“, so die Formulierung einer depressiven Patientin.

Die enge Verknüpfung von Depression und Suizidalität ist seit Langem bekannt (Übersicht siehe [3]). Die Suizidrate der Männer ist nahezu weltweit 2–3× höher als die der Frauen. In Deutschland verstarben im Jahre 2007 7009 Personen männlichen und 2393 Personen weiblichen Geschlechtes durch Suizid (Tab. 1). Das Überwiegen der Männer bei den Suizidzahlen und -raten sowie eine deutlich höhere Suizidrate älterer Menschen gegenüber jüngeren, hier wiederum der älteren Männer, wird seit mehr als 150 Jahren konstant und weltweit immer wieder gesehen [4–6].

Mögliche Erklärungen für das Überwiegen von Männern beim Suizid (Tab. 2) sind das Aufwachsen in einer suizidpermissiven Kultur mit speziellen Erziehungsstilen („ein Indianer kennt keinen Schmerz“), mit geschlechts- und altersspezifischen Modellen für suizidales Verhalten („Werther-Effekt“, z. B. im Film „Tod eines Schülers“ als besondere Gefährdung für junge Männer), die Kombination aktueller Belastungssituationen im Finanz- und Arbeitsfeld, zusammen mit Alkoholthematik und Nichterkennen bzw. Fehlbehandlung einer so genannten „männlichen Depression“, reduzierte Inanspruchnahme von Hilfen im Gesundheitssystem und die Wahl harter Methoden (sich Erhängen, sodass kaum Rettungschancen bei der durchgeführten suizidalen Handlung bestehen) [1, 7–10].

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Referat Suizidologie der DGPPN.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, D-95445 Bayreuth, Nordring 2; E-Mail: manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Unter einer Depression verstehen wir eine primäre Erkrankung der Gestimmtheit (Affektivität: Stimmung und Gefühle) eines Menschen, beschreib- und erkennbar anhand einer typischen Symptomatik (depressives Syndrom/typische depressive Episode nach ICD-10), wobei neben dem operationalisierten Symptom- und Verhaltensmuster auch eine Zeitstabilität

Tabelle 1: Suizidzahlen und -raten 1990–2007 in Deutschland. Nach: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik (ZwSt. Bonn), 2007.

Jahr	Anzahl			Raten auf 100.000 Einwohner		
	m	w	gesamt	m	w	gesamt
1990	9534	4390	13.924	24,9	10,7	17,5
1991	9656	4355	14.011	25,0	10,5	17,5
1992	9326	4132	13.458	23,9	9,9	16,7
1993	8960	3730	12.690	22,7	8,9	15,6
1994	9130	3588	12.718	23,1	8,6	15,6
1995	9222	3666	12.888	23,0	8,7	15,7
1996	8782	3497	12.225	21,9	8,3	15,0
1997	8841	3424	12.265	22,1	8,1	14,9
1998	8575	3069	11.644	21,4	7,3	14,2
1999	8080	3077	11.157	20,2	7,3	13,6
2000	8131	2934	11.065	20,3	7,0	13,5
2001	8188	2968	11.156	20,4	7,0	13,5
2002	8106	3057	11.163	20,1	7,2	13,5
2003	8179	2971	11.150	20,3	7,0	13,5
2004	7939	2794	10.733	19,7	6,6	13,0
2005	7523	2737	10.260	18,6	6,5	12,4
2006	7225	2540	9765	17,9	6,0	11,9
2007	7009	2393	9402	17,4	5,7	11,4

Bis einschließlich 1997 nach ICD-9 (E950–E959), ab 1998 nach ICD-10 (X60–X84).

Tabelle 2: Mögliche Erklärungsansätze für das Überwiegen von Männern beim Suizid

- Hoher Todeswunsch; wenig appellativ-intentionale, kommunikative Suizidalität.
- Kombination aus Isolation, körperlicher Krankheit, Depressivität und Sucht bei alten Männern.
- Eventuell geschlechtsspezifische Ausprägung des Serotonin-Systems im ZNS (z. B. einige 5-HT-Rezeptoren tragen auch Estrogen-Rezeptoren), vermutlich Verstärkung der impulsmodulierenden ZNS-5-HT-Funktion.
- Überwiegen von Männern bei gewalttätiger Auto- und Fremd-aggressivität; dabei anscheinend zerebraler Serotoninmangel (5-HIAA-Defizit im Liquor).
- Gestörte bzw. verzögerte Anpassungsleistung in psychophysiologischen Habituationsexperimenten bei Männern.
- Eher innenorientierte Konfliktlösungsstrategien bei Männern; Depressivität bei Arbeits- und Beziehungsverlust; bei Frauen Suizidalität überwiegend beziehungsorientiert.

von mindestens 2 Wochen gegeben sein muss. In der akuten Depression weisen depressiv kranke Menschen ein Kernsyndrom von Herabgestimmtheit, Freud- und Antriebslosigkeit, dysfunktionalen negativ und hoffnungslos gefärbten depressiven Kognitionen einschließlich Hoffnungs- und Hilflosigkeitsgefühlen sowie körperliche Symptome auf, hier vor allem rasche Erschöpfbarkeit, Appetit-, Schlaf- und sexuelle Störungen, sowie interaktionell ein typisches depressives Verhalten von Rückzug, Appell an das Umfeld und/oder Entwertung der eigenen Person. Depressionen entstehen grundsätzlich an der Schnittstelle der Persönlichkeitsstruktur mit Verlust, Trauer, Belastungs-, Anpassungs- und Kränkungs-situationen, können in allen Situationen von Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie bei biologischen und psychologischen Lebensveränderungen und auch bei chronischen körperlichen Erkrankungen auftreten, die der Anpassung bedürften, insbesondere wenn dadurch das Lebenskonzept, das Selbstbild oder auch die Lebensqualität deutlich beeinträchtigt werden.

Das klinische Bild einer depressiven Erkrankung bei Männern (Tab. 3) scheint sich vor allem durch die Kombination der klassischen depressiven Kernsymptomatik mit Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, Ärgerattacken oder auch antisozialem Verhalten [1, 10] auszuzeichnen. Ob es sich dabei um eine eigene ständige depressive Erkrankungsform handelt oder um die Akzentuierung durch geschlechtsspezifische Verhaltensweisen, muss offen bleiben. Im stationären Rahmen unterscheiden sich die depressiven Syndrome von Männern und Frauen nicht; allerdings werden Männer im stationären Rahmen häufiger als schwerer depressiv krank eingeschätzt und auch ihre selbst eingeschätzte Hoffnungslosigkeit [10] scheint stärker ausgeprägt. Hinsichtlich Lebensereignissen und Belastungen im Vorfeld werden in der Literatur keine Unterschiede berichtet, wobei Männer deutlich anfälliger für Lebensereignisse sind, die sie selbst betreffen, insbesondere in ihrer Leistungsfähigkeit, während bei Frauen die Depressivität in hohem Zusammenhang mit Ereignissen zu sehen ist, die Partnern oder Kindern zustoßen („Cost-of-caring“-Hypothese). Es scheint so zu sein, dass Frauen eher im Zusammenhang mit Überverpflichtung im engeren familiären Bereich depressiv werden, sich also die Schuld an Ereignissen zuweisen, die eigentlich Partner oder Kinder selbst zu verantworten hätten, während Männer vor allem im Zusammenhang mit dem Verlust von Rollen, z. B. durch Arbeitslosigkeit bei gleichzeitiger Beziehungsproblematik, dekompensieren.

Tabelle 3: Männerdepression – Unterschiede zu Frauendepression

- Depressive Herabgestimmtheit mit erhöhter Reizbarkeit.
- In der Depression hohes Ausmaß an Hoffnungslosigkeit und Suizidgefährdung.
- Unzureichende Impuls- und Ärgerkontrolle in der Depression.
- Eher Vorhaltung an andere als Täter, selbst eher Opfer, weniger Selbstanklage.
- Hohe narzisstische Kränkbarkeit, anhaltende Gekränktheit, „narzisstische Welt“, Scham- und Schuldgefühle.
- Stresstoleranz eingeschränkt.
- Eher schlechte Compliance, Schwierigkeiten mit Krankheits- und Therapiekonzept.
- Neigung zu selbstschädigendem Verhalten wie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch oder Suizidalität.
- Unfähigkeit, sich an neue Situationen anzupassen.
- Neigung zu strengen Normen und Selbstverurteilung.

Betrachtet man prominente Suizidenten in Deutschland in den vergangenen 20 Jahren, so fällt auf, dass sich die möglicherweise größte Gruppe aus Personen zusammensetzt mit den Tätigkeitsprofilen von Schauspielern, Entertainern, Musikern, Filmemachern, Sängern oder Malern, eine weitere Gruppe sind dann Politiker bzw. in der Politik Tätige (z. B. Petra Kelly und Gerd Bastian, beide †1992, Jürgen Möllemann, †2003, Wolfgang Junker, †1990, Dieter Diekmann, †1999, usw.) Als derzeit prominentester Suizident in Deutschland gilt wohl Adolf Merckle, der im Zusammenhang mit seinen gescheiterten Unternehmungen 2009 durch Suizid verstarb [11].

Unsere heutigen Verständnismodelle von Suizidalität [4, 12, 13] sind einerseits Entwicklungsmodelle – z. B. das präsuizidale Syndrom nach Ringel [14] – oder ätiopathogenetische Modelle, die eine Aussage bezüglich der Entstehung und Entwicklung von Suizidalität beinhalten, so das Krisenmodell, welches Suizidalität als psychodynamisch erklärbar und psychotherapeutisch behandelbar versteht, oder das im engeren Sinne psychiatrische Krankheitsmodell, welches Suizidalität als Symptom oder auch als eigenständige Entwicklung mit Krankheitscharakter versteht und durch Behandlung der Grundkrankheit Suizidalität zu beseitigen meint.

Davon ausgehend, dass bei keinem der hier angesprochenen Männersuizide – suizidale Handlungen von eigentlich als erfolgreich geltenden Männern – im Vorfeld psychische Erkrankungen wie Depression oder Alkoholismus bekannt waren, kommt am ehesten ein Krisenmodell zur Erklärung der suizidalen Dynamik infrage. Ausgehend von einem Krisenkonzept von Suizidalität (als Versuch eines Gegenentwurfes zu einem Krankheitsmodell von Suizidalität) und der Krisentheorie psychosozialer Leidenszustände, zurückgehend auf den Psychiater Erich Lindemann, hat Etzersdorfer [15] Lebensveränderungskrisen und traumatische Krisen als paradigmatische Krisenverläufe und dann die so genannte psychosoziale oder emotionale Krise, beim Vorherrschen von Suizidalität auch als suizidale Krise benannt, und das Krisenkonzept der narzisstischen Krise von Henseler [16] skizziert. Sonneck [17] hat Krise definiert als „Verlust des seelischen Gleichgewichtes bei Konfrontation mit Ereignissen und Lebensumständen, die nicht bewältigt werden können, weil diese von Art und Ausmaß die Fähigkeiten und Hilfsmittel zum Erreichen von Lebenszielen oder Bewältigung einer Lebenssituation überfordern“. Dies klingt so, als wäre die Krise das Problem der Person und die Reaktion oder das Verhalten des Umfeldes sei vernachlässigbar. Gerade bei suizidalen Handlungen von bisher psychisch unauffälligen Männern, die in der Öffentlichkeit bekannt sind und dann in einem auffälligen Szenario durch Suizid versterben, wäre dies um den psychosozialen Aspekt von der Umfeld-Reaktion und damit um den interaktionellen Aspekt Person und Gesellschaft zu ergänzen.

■ Gedanken zur Psychodynamik von Suiziden so genannter erfolgreicher Männer

Als Suizid so genannter erfolgreicher Männer sei hier prototypisch auf den Suizid eines bekannten Unternehmers 2009 durch Sichüberfahrenlassen von der Eisenbahn und der eines

bekanntem Politiker 2003 durch Sturz aus der Höhe (Nichtöffnen des Fallschirmes) hingewiesen. Blatt [18] hat in seinem Buch „Experience of Depression“ die Geschichte eines erfolgreichen Mannes aus der Finanzwelt in den USA geschildert, der gerade wegen seines hohen Ansehens und seines Erfolges vom amerikanischen Präsidenten in sein Finanzberatungsteam geholt wurde und sich dort, bei unauffälliger Vorgeschichte, nach einem vermeintlichen Fehler mit einer kurzfristigen Psychodynamik und Psychopathologie als präsuizidales Syndrom suizidierte.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über verschiedene psychodynamische Konzepte bei suizidalen Krisen, wobei hier Suizidalität als Folge einer existenziell vernichtend erlebten Krisensituation infrage kommt. Die Entwicklung geht aus von einer subjektiv unerträglich erscheinenden Belastung, die auch den Charakter einer akuten psychischen Erkrankung, hier von Depressivität, eventuell unterstützt auch durch Suchtmittelmissbrauch, haben kann, Wahrnehmung und Bewertung verändert, sodass Lebensumstände belastend und subjektiv nicht mehr bewältigbar erscheinen. Hinzu kommen negative soziale Reaktionen und Interaktionen, unzureichende Unterstützung und auch fehlende Inanspruchnahme von Hilfe, sodass die Endstrecke dieses depressiv-suizidalen Denkens dann durch Hoffnungslosigkeit („es wird sich nichts ändern“), seelischen Schmerz („das halte ich nicht mehr aus“), altruistische Ideen („ohne mich ist es besser“) und Schuld- und vor allem Schamgefühle gekennzeichnet ist [18–20]. Die motivationalen Inhalte dieser Endstrecke sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Freud [21] hat in „Trauer und Melancholie“ zum einen ein Konzept des komplexen Phänomens der Depression formuliert, andererseits 2 fundamentale Erlebnisweisen in der Depression unterschieden: Eine Depression mit primär interpersoneller Thematik, wie Abhängigkeit, Hilflosigkeit, Gefühlen von Verlust und Zurückweisung, und eine Depression im Zusammenhang mit einem strengen, strafenden Überich, in erster Linie mit Selbstanklage, Selbstwertproblematik und Gefühlen von Versagen und Schuld. Blatt [18] unterscheidet 2 Typen von Depressionen, zum einen die „anaktische Depression“ („anactitic [dependent] depression“) und eine „introjektive Depression“ („introjective [self-critical] depression“); erstere basiere auf tiefen Gefühlen von Verlust und Einsam-

keit, letztere auf intensiven Gefühlen von Selbstverlust. Menschen mit einer ausgeprägten „introjektiven“ (selbst-kritisierenden) Depression können nach Blatt und Ritzler [18, 22]) und Beck et al. [23] schwer suizidal werden und Suizidversuche mit hoher Letalität durchführen. Hohe Ansprüche an sich selbst („self-oriented perfectionism“) und die Annahme, dass andere diese Erwartung an einen haben („socially prescribed perfectionism“) sind nach Baumeister (zitiert nach [18, 22]), bedeutsame Aspekte für suizidale Entwicklungen. Sozial zugeschriebener Perfektionismus erhöht signifikant die suizidale Gefährdung über die von Depression und Gefühlen von Hoffnungslosigkeit eingebrachte hinaus. Sozial zugeschriebener Perfektionismus sei bei Depressiven erhöht [24]. Perfektionistische Menschen sind exzessiv besorgt, ja keine Fehler zu machen, und deswegen durch Fehlererfahrungen besonders verletzbar. Dies fördere Suizidalität und wäre nach Blatt [18] u. a. eine Erklärung für unerwartete Suizidalität bei Jugendlichen oder Erwachsenen, die z. B. als besonders begabt oder erfolgreich gelten.

Die Formulierung des Zusammenhangs mit Perfektionismus, Selbstkritik und Suizidalität hat Blatt [18] selbst vorgenommen:

Die Kombination von „self-oriented perfectionism“, „socially prescribed perfectionism“, „the sense of profound personal failure“, und „the belief that one has failed to meet the high standards and expectations of the people who matter most (both contemporary figures and in particular conscious and unconscious identifications with harsh, judgmental figures from the past)“ könne zu der Überzeugung führen, „that one has nowhere to turn“. Dies könne zu Gefühlen von „helplessness, hopelessness, and utter despair“ und damit in klinische Depression und zu Suizid führen ... „that lead some remarkably talented but exceedingly self-critical and perfectionistic individuals, ... , to end their lives“.
Zitiert und übersetzt nach [18].

Andere, z. B. Wurmser [25] oder Tiedemann [19], haben auf die (selbstvernichtende) Absolutheit des Denkens und die daraus entstehenden Schamgefühle hingewiesen. Scham ist schlimmer als Schuld, letztere ist exkulpierbar und verzeihbar, erstere währt ewig und vernichtet. Seidler [26] versteht Scham als „Schnittstellenaffekt“, der sich „zunächst im interaktionellen Außen manifestiert“ und grenzt Schuld als „Unge-schiedenheit von Ich und Gegenüber“ ab. Er bezieht sich auf Wurmser [20], nach dem der Schamkonstellation ein Konflikt zugrunde liege, der sich auf Macht und Ohnmacht beziehe.

Tabelle 4: Suizidalität: psychodynamische Konzepte bei suizidalen Krisen

- Suizidalität als Ausdruck einer eigentlich gegen einen anderen gerichteten und nun gegen die eigene Person gewendeten Aggression („Mord“ am anderen in sich selbst, daher „Selbstmord“).
- Suizide als Folge einer existenziell destruktiven frühen Beziehungserfahrung (vom Anderen totgewünscht gefühlt).
- Suizidalität als Ausdruck einer tiefen Selbstwertkränkung einer Person oder eines Kollektivs (individuelle oder kollektive narzisstische Krise).
- Suizidalität als Versuch der aktiven Sicherung einer Beziehung unter Einsatz des eigenen Lebens (Objektsicherung).
- „Chronische“ Suizidalität als Ausdruck innerseelischer Spannungsregulation.
- Suizidalität als Ausdruck einer existenziell bedrohlichen Situation (sich aus dem Feld nehmen, Scham- und Schudgefühle nicht ertragen können).

Tabelle 5: Männerspezifische motivationale Inhalte des präsuizidalen Syndroms

- Nicht- (Mehr-) Aushalten-Können einer subjektiv „unerträglich“ Belastung und/oder Kränkung.
- Subjektiv unerträglicher psychischer Schmerz.
- Glaube/Überzeugung, keine Freiheitsgrade mehr zu haben.
- Schwer kontrollierbar erscheinende (selbst- und fremd-) aggressive Impulse.
- Gefühle von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit.
- Gefühle von Zorn, Wut, „Rache“ einerseits, von Schuld und vor allem Scham/Beschämung andererseits.
- Rigides Denken, Einengung im Denken.

- Der eigene Perfektionismus (Selbstbild)
- Der vom sozialen Umfeld zugeschriebene und erwartete Perfektionismus (Fremdbild)
- Die Identifikation, bewusst und unbewusst, mit strengen richtenden Personen und Normen aus der eigenen Lebensgeschichte
- Ein drohender bzw. tatsächlich eingetretener bzw. vermuteter Fehler
- Überzeugung, es führt kein Weg zurück (weder Selbst- noch Fremdbild in der Gesellschaft sind wiederherstellbar; intentionale Suizidalität nicht möglich)
- Tiefe Hoffnungslosigkeit
- Depression, „mental pain,“ Scham- und Schuldgefühle
- Suizidideen, nicht mehr leben können; suizidale Handlung (Flucht, Selbstbestrafung)

Abbildung 1: Existenziell vernichtende Krisen, Perfektionismus und Suizidalität: möglicher Ablauf. Aus [11].

Eine psychodynamische Ablaufskizze ist in Abbildung 1 gegeben, wobei 2 wichtige Aspekte in ihrer tödlichen Wechselwirkung eine bedeutsame Rolle spielen, nämlich der eigene Perfektionismus im Selbstbild und der vom sozialen Umfeld zugeschriebene und erwartete Perfektionismus. Das Scheitern, ein drohender Zusammenbruch dieses Fremdbildes und das Versagen vor dem eigenen und dem Fremdbild führen zu Schuldgefühlen, zu Gefühlen der existenziellen Bedrohtheit, zu erlebter Unfähigkeit, zu Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit und damit auch zum Verlust des Bezugs zur Welt und geht mit Schamgefühlen, mit Beschämtheit einher. Damit verbunden ist die tiefe Überzeugung, dass kein Weg mehr zurückführt. Im Gegensatz zu einer suizidalen Handlung im Beziehungskontext, wo in die Zukunft gesehen neue Beziehungen wieder entstehen könnten, ist mit einer Wiederherstellung des sozial zugeschriebenen perfektionistischen, erfolgreichen Fremdbildes nicht zu rechnen; hinzu kommt die Scham, nicht ein Schuldgefühl, sich verloren zu haben. Ein Politiker, der einmal in der Öffentlichkeit Ansehen, Ehre, Wertschätzung verloren hat, ein Unternehmer, der durch selbst zugeschriebenes wirtschaftliches Versagen sein Ansehen verloren hat, fühlt sich nicht schuldig, denn für was auch, er empfindet Scham, fühlt sich beschämt und sieht keine Rückkehr zur Wiederherstellung seines früheren Fremdbildes.

Dass dann der Suizidprävention enge Grenzen gesetzt sind, ist offensichtlich.

■ Relevanz für die Praxis

- Männer in schwierigen Lebenssituationen können depressiv und suizidal werden.
- Männerdepression und -suizid diagnostisch bedenken.
- Besondere Gefährdung liegt bei Scheitern des eigenen Selbstkonzepts und Verlust der Fremdwertschätzung durch die Gesellschaft vor.
- Scham- und Schuldgefühle beachten, Suizidalität direkt ansprechen.

Literatur:

1. Möller-Leimkühler AM. Männer, Depression und „männliche Depression“. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 2009; 77: 412–22.
2. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003; 253: 1–8.
3. Schaller E, Wolfersdorf M. Depression and suicide. In: Kumar U, Mandal MK (eds). Suicidal Behaviour: Assessment & Diagnosis. Sage Publications, New Delhi, 2009 (in Druck).
4. Wolfersdorf M. Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2000.
5. Wolfersdorf M, Schüler M. Depressionen im Alter. Kohlhammer, Stuttgart, 2005.
6. Schulte-Wefers H, Wolfersdorf M. Suizidalität bei Männern. Blickpunkt DER MANN 2006; 4: 10–8.
7. Lindner R. Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2006.
8. Lindner R. Männer und Suizidalität. In: Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H (Hrsg). Suizidalität. Roderer, Regensburg, 2008; 100–15.
9. Wolfersdorf M. Männer und psychische Erkrankung – Anmerkungen. Suizidprophylaxe 2008; 35: 167–74.
10. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Schaller E. Männer-Depression/Männer-Suizid. Suizidprophylaxe 2008; 35: 195–9.
11. Wolfersdorf M. Suizide erfolgreicher Männer. Vortrag: Jahrestreffen der bayerischen Psychotherapiestationen. Bezirkskrankenhaus Bayreuth, 19.06.2009 (unveröffentlichtes Manuskript).
12. Giernalczyk T. Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. DGVT-Verlag, Tübingen, 2003.
13. Schmidtke A. Depression und Suizidalität. Vortrag, 2008 (unveröffentlichtes Manuskript).
14. Ringel E. Der Selbstmord. Maudrich, Wien, 1953.
15. Etzersdorfer E. Krisenkonzept von Suizidalität. In: Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H (Hrsg). Suizidalität. Roderer-Verlag, Regensburg, 2008: 181–96.
16. Henseler H. Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Westdeutscher Verlag, Opladen, 1974.
17. Sonneck G. Krisenintervention und Suizidverhütung. 5. Aufl. Facultas, Wien, 2000.
18. Blatt SJ. Experiences of depression. American Psychological Association, Washington, DC, 2004.
19. Tiedemann J. Die intersubjektive Natur der Scham. Dissertation: Fachbereich Erziehungswissenschaften der Psychologie, FU Berlin, 2007.
20. Wurmser L. Das Problem der Scham. Jahrbuch der Psychoanalyse 1981; 13: 11–36.
21. Freud S. Trauer und Melancholie. Wien, 1917.
22. Blatt SJ, Ritzler BA. Suicide and the representation of transparency and cross sections on the Rorschach. J Consult Clin Psychology 1974; 42: 280–7.
23. Beck R, Robbins M, Taylor C, Baker L. An examination of sociotropy and excessive reassurance seeking in the prediction of depression. J Psychopath Behav Assess 2001; 23: 101–5.
24. Hewitt PL, Newton J, Flett GL, Callander L. Perfectionism and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. J Abnorm Child Psychology 1997; 25: 95–101.
25. Wurmser L. Die vernichtende Gewalt der Absolutheit. In: Gerisch B, Gans I (Hrsg). Ich kehre in mich selbst zurück und finde eine Welt: Autodestruktivität und chronische Suizidalität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2001: 81–100.
26. Seidler GH. Scham und Schuld – Zum alteritätstheoretischen Verständnis selbst-reflektiver Affekte. Zschr Psychosom Med 1997; 43: 119–37.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. M. Wolfersdorf

Geboren 1948. Studium der Medizin in Erlangen. 1973–1975 Kreiskrankenhaus Haßfurt, Innere Medizin. 1975–1996 Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, PLK Weissenau. 1985 und 1987 Studienaufenthalte am Institute for Self-Destructive Behaviors der UCLA, 1988 in Fairbanks, Alaska. Habilitation 1989, apl. Prof. 1996. Seit 2007 Leiter des Referats Suizidalität der DGPPN.



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](#)