

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Männersuizid: Anmerkungen zur Psychodynamik bei öffentlich bekannten Männern

Wolfersdorf M

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2010; 11 (3), 36-41

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroI NeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



DGNC



© engel.ac-book.ac.be

2026

7.–10. Juni

AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch

Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

dgnc-kongress.de

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Männersuizid: Anmerkungen zur Psychodynamik bei öffentlich bekannten Männern*

M. Wolfersdorf

Kurzfassung: In den Medien werden Suizide wirtschaftlich erfolgreicher bzw. in der Öffentlichkeit aus Sport oder Medien bekannter Männer diskutiert. Hier soll der Versuch gemacht werden, Aspekte der Psychodynamik dieser Suizidalität zu beschreiben. Perfektionismus und Scham spielen eine interaktionelle Rolle.

Schlüsselwörter: Suizid, Psychodynamik, erfolgreiche Männer, Perfektionismus, Scham

Abstract: Male Suicide: A Note On the Psychodynamics of Suicidal Behaviour of Well-Known Men. In this paper, we discuss some psychodynamic aspects of suicides of

well-known men. In our understanding, perfectionism and a sense of shame play an important role. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (3): 36–41.**

Key words: suicide, psychodynamics, successful men, perfectionism, shame

■ Einleitung

Eine systematische Beschäftigung mit dem Thema „Männerdepression“ bzw. „Männersuizid“ hat erst in den vergangenen Jahren begonnen. Abgesehen von einer noch nicht ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz, so Möller-Leimkühler [1], spricht jedoch eine Reihe von klinischen 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 besondere Sensibilität sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie depressiver Erkrankungen bei Männern zu entwickeln. Einer typisch männlichen Stressverarbeitung – Aggressivität, antisoziales Verhalten, Risiko- und Suchtverhalten – liegt nach Möller-Leimkühler [1] das biologisch sowie soziokulturell belegte Antwortmuster des „fight or flight“ zugrunde. Eine depressive Patientin hat es einmal so formuliert: „Frauen heulen, Männer bringen sich um“ [2].

Betrachtet man die epidemiologischen Daten zur Suizidalität in Deutschland (Tab. 1) sowie die geschlechtsspezifische Verteilung der Suizidraten in Abhängigkeit vom Alter (Tab. 2), so fällt durchgängig die hohe Suizidmortalität der Männer auf. Schneider [3] führt in ihrer Übersicht zu Risikofaktoren für Suizid neben psychischen Erkrankungen männliches Geschlecht, höheres Lebensalter und Zugehörigkeit zur weißen Rasse an und weist darauf hin, dass die Suizidraten weltweit bei Männern in allen Ländern mit Ausnahme von China höher seien als bei Frauen. In den meisten Ländern der Erde einschließlich Deutschland steigen die Suizidraten mit zunehmendem Lebensalter an, wobei Vogel und Wolfersdorf [4] nachweisen konnten, dass Alter allein bereits ein Risikofaktor für Suizid ist. 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 > 150 Jahren konstant und weltweit immer wieder gesehen [5, 6]. Israel et al. [7] weisen darauf

hin, dass Frauen dagegen öfter Suizidversuche durchführen, was durch die alljährliche Epidemiologie stets neu belegt werde. Auf motivationaler Ebene heißt dies nach Israel et al. [7], dass sich Frauen deutlicher der sozialen Funktion des Suizidversuchs bedienen, wie als „cry for help“ oder als soziales Alarmsignal in die Suizidliteratur eingegangen. Männer würden dagegen häufiger kompromisslos, lösungsorientiert und vielleicht auch mit geringerer Fähigkeit handeln, sich dem existenziellen Konflikt zu stellen. In ihrer Katamnese von Menschen nach Suizidversuch über 30 Jahre hinweg können sie eine signifikant höhere Gefahr für Männer bestätigen, ein tödliches Rezidiv zu erleiden, während Frauen häufiger chronische Suizidalität bescheinigt werden musste. Ähnlich fanden Dombrowski et al. [8] einen hohen Zusammenhang zwischen Suizidabsicht und Letalität eines Suizidversuchs insbesondere bei alten Männern im Vergleich zu anderen Gruppen.

Die enge Verknüpfung von Depression und Suizidalität ist seit Langem bekannt. Verwiesen sei dazu auf die Übersicht

Tabelle 1: Suizidzahlen und -raten 1990–2007 in Deutschland. Nach: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik (ZwSt. Bonn), 2007. Aus [33].

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).

* Überarbeitung einer Publikation aus Blickpunkt der Mann 2009; 7 (4): 38–41.

Eingelangt am 1. April 2010; angenommen nach Revision am 25. Juni 2010
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

Tabelle 2: Suizidraten in Deutschland nach Geschlecht und Alter (auf 100.000 der Altersgruppe; Statistisches Bundesamt Deutschland). Aus [16].

Alter	Männer		Frauen	
	1998	2005	1998	2005
< 1 Jahr	–	–	–	–
< 5 Jahre	–	–	–	–
< 10 Jahre	–	–	–	0,1
< 15 Jahre	1,4	0,8	0,7	0,3
< 20 Jahre	9,5	6,8	3,2	2,0
< 25 Jahre	16,0	12,6	3,8	2,9
< 30 Jahre	17,5	14,0	4,3	2,6
< 35 Jahre	9,5	14,9	5,0	4,3
< 40 Jahre	21,6	16,8	5,4	4,9
< 45 Jahre	27,2	21,6	7,7	6,6
< 50 Jahre	27,4	24,0	8,4	7,3
< 55 Jahre	29,3	36,2	9,5	7,9
< 60 Jahre	29,1	25,6	10,3	8,2
< 65 Jahre	27,4	22,1	10,3	11,0
< 70 Jahre	28,6	24,2	10,1	9,6
< 75 Jahre	35,5	31,2	12,7	10,1
< 80 Jahre	46,9	40,3	14,6	11,4
< 85 Jahre	71,0	56,3	18,5	16,5
< 90 Jahre	109,7	82,2	22,6	20,7
> 90 Jahre	129,2	87,3	18,5	16,7

von Schaller und Wolfersdorf [9], in welcher psychologische Autopsiestudien (Tab. 3) hinsichtlich ihres Anteils affektiver Störungen und hinsichtlich des Anteils des männlichen Geschlechts betrachtet wurden; durchgängig finden sich Anteile der Männer am Suizid von $\geq \frac{2}{3}$. Oquendo et al. [10] untersuchten Patienten mit einer Major Depression nach DSM-III-R bzw. einer bipolaren affektiven Erkrankung über 2 Jahre nach einer typischen depressiven Episode. Sie fanden bei 16,6 % suizidale Handlungen während der Follow-up-Zeit (48 Suizidversuche, 2 Suizide), wobei das Risiko für zukünftige suizidale Handlungen bei Männern verdreifacht war bei

Tabelle 4: 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 Östrogen-Rezeptoren, vermutlich Verstärkung der impulsmodulierenden ZNS-5-HT-Funktion)
- Überwiegen von Männern bei gewalttätiger Auto- und Fremd-aggressivität; dabei zerebraler Serotoninmangel (5-HIAA-Defizit im Liquor)
- Gestörte bzw. verzögerte Anpassungsleistung in psychophysiologischen Habituationsexperimenten bei Männern
- Eher innenorientierte Konfliktlösungsstrategien bei Männern; Depressivität von Männern bei Arbeits- und Beziehungsverlust; bei Frauen Suizidalität überwiegend beziehungsorientiert

Vorliegen einer Familiengeschichte mit suizidalen Handlungen, Drogenmissbrauch in der Vergangenheit, Zigarettenrauchen, Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und früher Trennung von den Eltern. Bei den Frauen war das Risiko erneuter suizidaler Handlungen 6-fach erhöht bei Frauen mit früheren Suizidversuchen, wobei Suizidideen, das Ausmaß der Letalität des letzten Suizidversuchs, feindselige Einstellung in der Depressivität, das Vorliegen depressiver Symptomatik, wenig Gründe für ein Weiterleben, Komorbidität mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie Zigarettenrauchen das Risiko für zukünftiges suizidales Verhalten erhöhten.

Mögliche Erklärungen für das Überwiegen von Männern beim Suizid (Tab. 4) 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 [11]), die Kombination aktuel-

Tabelle 3: Suizid und Depression: psychologische Autopsiestudien. Aus [9].

Autoren (Jahr)	Suizide (n)	Anteil Männer (%)	Affektive Störungen gesamt	(Rez.) Depressive Störung (%)	Bipolare Störung (%)	Dysthymie	Schizophrenie
Robins et al. (1959)	134	77	k. A.	45	k. A.	k. A.	2
Dorpat & Ripley (1960)	114	68	k. A.	30	k. A.	k. A.	12
Chynoweth et al. (1980)	135	63	k. A.	55	k. A.	k. A.	4
Mitterauer (1981)	145	–	–	–	–	–	18
Rich et al. (1986)	283	71	k. A.	47	k. A.	k. A.	6
Arato et al. (1988)	200	64	58	34	24	2	9
Runeson (1989)	58 (15–29 a)	72	43	36	5	2	16
Asgard (1990)	104 (nur ♀)	0	60	35	1	20	5
Marttunen (1991)	53 (13–15 a)	83	52	23	k. A.	4	6
Wolfersdorf et al. (1993)	454	72	66	66	k. A.	k. A.	8
Apter et al. (1993)	43 (nur ♂)	100	–	–	–	–	–
Lesage et al. (1995/2000)	75 (18–35 a, nur ♂)	100	53	40	k. A.	k. A.	9
Cheng (1995/2000)	116	62	87	87	0	k. A.	7
Rihmer et al. (1995)	115	77	50	16	22	k. A.	6
Conwell et al. (1996)	141	80	47	28	1	11	16
Heilä et al. (1997)	1397	–	–	–	–	–	7
Foster et al. (1999)	117	79	36	32	k. A.	k. A.	11
Appleby et al. (1999)	84	81	23	k. A.	k. A.	k. A.	19
Brent et al. (1999)	140 (13–19 a)	85	48	k. A.	k. A.	k. A.	0
Schneider et al. (2006)	163	64	37	18	5	5	14

Tabelle 5: Männerdepression. Unterschiede zu Frauen-depression

1. Depressive Herabgestimmtheit mit erhöhter Reizbarkeit
2. In der Depression hohes Ausmaß an Hoffnungslosigkeit und Suizidgefährdung
3. Unzureichende Impuls- und Ärgerkontrolle in der Depression
4. Eher Vorhalt an andere als Täter, selbst eher Opfer, weniger Selbstanklage
5. Hohe narzisstische Kränkbarkeit, anhaltende Gekränktheit, „narzisstische Wut“ nach Henseler
6. Stresstoleranz eingeschränkt
7. Eher schlechte Compliance, Schwierigkeiten mit Krankheits- und Therapiekonzept
8. Neigung zu selbstschädigendem Verhalten wie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch oder Suizidalität
9. Unfähigkeit, sich an neue Situationen anzupassen
10. Neigung zu strengen Normen und Selbstverurteilung, psychodynamisch Scheitern an Über-Ich-Normen (Schuldgefühl) bzw. am Ich-Ideal (Schamgefühl) („Über-Ich-Depression“ nach Benedetti)

ler Belastungssituationen im Finanz- und Arbeitsfeld, zusammen mit Alkoholthematik und Nichterkennen bzw. Fehlbehandlung einer so genannten „männlichen Depression“, weiterhin die unzureichende Inanspruchnahme von Hilfen im Gesundheitssystem und die Wahl harter Methoden (z.B. Erhängen), sodass kaum Rettungschancen bei der durchgeführten suizidalen Handlung bestehen [1, 12–16].

■ Das klinische Bild einer Männerdepression

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

Das klinische Bild einer depressiven Erkrankung bei Männern (Tab. 5) scheint sich vor allem durch die Kombination der klassischen depressiven Kernsymptomatik mit zusätzlicher Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, Ärgerattacken oder auch antisozialem Verhalten auszuzeichnen [1, 15, 17]. Ob es sich bei der „Male Depression/männlichen Depression“ um

eine eigenständige depressive Erkrankungsform handelt oder um eine Akzentuierung durch geschlechtsspezifische Verhaltensweisen, ähnlich einer Depression mit psychotischen Symptomen oder einer Depression im höheren Lebensalter, muss offen bleiben. Im stationären Rahmen unterscheiden sich depressive Syndrome von Männern und Frauen nicht. Allerdings werden Männer, die stationärer Behandlung bedürfen, häufiger bei Aufnahme als schwerer depressiv krank eingeschätzt und auch ihre selbst beschriebene Hoffnungslosigkeit erscheint stärker ausgeprägt [15]. Hinsichtlich der Häufigkeit von Lebensereignissen und Belastungen im Vorfeld finden sich in der Literatur keine Unterschiede, wobei Männer jedoch bedeutsam 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 [18]). Männer scheinen vor allem im Zusammenhang mit dem Verlust von Rollen und dem Verlust von Ansehen in der Öffentlichkeit, eventuell in Kombination mit gleichzeitiger Beziehungsproblematik, depressiv und dann auch suizidal zu dekompen-sieren.

Betrachtet man prominente Suizidenten in Deutschland in den vergangenen 2 Jahrzehnten, so fällt auf, dass die möglicherweise größte Gruppe sich aus Personen zusammensetzt mit dem Tätigkeitsprofil von Schauspielern, Entertainern, Musikern, Filmemachern, Sängern und Malern. Eine weitere Gruppe sind dann Politiker bzw. in der Politik tätige Personen (z. B. Petra Kelly und Gerd Bastian, †1992; Jürgen Möllemann, †2003; Wolfgang Junker, †1990; Dieter Diekmann, †1999; usw.) oder im Einzelfall auch Sportler (z. B. Robert Enke, †2009). Sieht man von Amok-Ereignissen in Deutschland ab, dann kann man als derzeit prominenteste Suizidenten in Deutschland wohl den Unternehmer Adolf Merckle, der im Zusammenhang mit seinen gescheiterten Unternehmungen 2009 durch Suizid verstarb, sowie den Fußballer/Torwart Robert Enke bezeichnen, der trotz ambulanter Depressionsbehandlung letztlich im Rahmen einer depressiven Erkrankung durch Eisenbahn-Suizid 2009 verstarb. Während bei den Suizidenten Möllemann oder auch Merckle keine „Nachfolgesuizide“ (Imitation/Werther-Effekt) zu beobachten waren – zumindest haben sich solche nicht in den Suizidzahlen und -raten danach niedergeschlagen – wird nach dem Suizidtod des Torwarts Robert Enke eine bedeutsame Zunahme im Zeitraum danach – „Werther-Effekt“ – angenommen. Daten hierzu sind bisher nicht publiziert.

■ Zur Psychodynamik von Suiziden so genannter erfolgreicher Männer

Unsere heutigen Verständnismodelle von Suizidalität [16, 19, 20] sind einerseits Entwicklungsmodelle – z. B. das präsuizidale Syndrom nach Ringel [21] – oder ätiopathogenetische Modelle, die eine Aussage bezüglich der Entstehung und Entwicklung von Suizidalität beinhalten. Hierher gehören das Krisenmodell, welches Suizidalität als psychodynamisch erklärbar und psychotherapeutisch behandelbar versteht, oder das im engeren Sinn psychiatrische Krankheitsmodell, welches Suizidalität als Symptom oder auch als eigenständige Entwicklung mit Krankheitscharakter begreift und durch Be-

Tabelle 6: 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, nicht ertragen können)
- Suizidalität als Ausdruck eines tiefen inneren Schmerzes, der nicht mehr ertragbar ist („mental pain“)
- Suizidalität als Ausdruck von Scham- und Schuldgefühlen

handlung der Grundkrankheit auch Suizidalität zu behandeln meint.

Ausgehend von einem Krisenkonzept von Suizidalität und der Krisentheorie psychosozialer Leidenszustände hat Etzersdorfer [22] Lebensveränderungskrisen und traumatische Krisen als paradigmatische Krisenverläufe und die so genannte psychosoziale oder emotionale Krise (beim Vorrücken von Suizidalität als suizidale Krise benannt), sowie das Konzept der narzisstischen Krise nach Henseler skizziert. Sonneck [23] hat Krise definiert als „Verlust des seelischen Gleichgewichts 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 Bewältigen einer Lebenssituation überfordern“. Dies klingt nun so, als wäre die Krise das Problem der Person und die Reaktion oder das Verhalten des Umfelds sei vernachlässigbar. Gerade bei suizidalen Handlungen von bisher psychisch unauffälligen Männern, die dann in einem auffälligen Szenario – Nichtöffnen eines Fallschirms nach Sprung aus dem Flugzeug (Möllemann), Sturz vor die Eisenbahn (Merckle, Enke) – durch Suizid versterben, wäre dies unter dem psychosozialen Aspekt der Umfeld-Reaktion und damit um den interaktionalen Aspekt Person-Gesellschaft zu ergänzen.

Als Suizid so genannter erfolgreicher Männer sei hier prototypisch auf den Suizidtod eines bekannten Unternehmers 2009 durch Sichüberfahrenlassen von der Eisenbahn und den eines bekannten Politikers 2003 durch Sturz aus der Höhe (Nicht-Öffnen des Fallschirms) hingewiesen. Der Suizidtod des bekannten Torwarts Robert Enke kann an dieser Stelle nicht eingeführt werden, da es sich bei ihm wohl um eine suizidale Handlung im Rahmen einer seit Langem bekannten Depression und dabei um einen Suizid unter therapeutischen Behandlungsbedingungen handelte. Blatt [24] hat in seinem Buch „Experience of Depression“ die Geschichte eines erfolgreichen Mannes aus der Finanzwelt der USA geschildert, der gerade wegen seines hohen Ansehens und seines Erfolges vom ehemaligen amerikanischen Präsidenten in sein Finanzberatungsteam geholt wurde und sich dort, bei unauffälliger Vorgeschichte, nach einem vermeintlichen Fehler, verbunden

Tabelle 7: Präsuizidales Syndrom: Motivationale Inhalte

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

mit der Furcht vor Verlust des Ansehens in der Öffentlichkeit, mit einer kurzfristigen depressiven Psychopathologie als präsuizidales Syndrom suizidierte.

Tabelle 6 gibt einen Überblick zu verschiedenen psychodynamischen Konzepten bei suizidalen Krisen, wobei hier Suizidalität als Folge einer existenziell vernichtend erlebten Krisensituation verstanden wird. Die Entwicklung geht aus von einer subjektiv unerträglich erscheinenden Belastung, die durch Depressivität sowie Veränderung von Wahrnehmung und Bewertung gekennzeichnet ist. Die aktuellen Lebensumstände erscheinen belastend und nicht mehr bewältigbar. Hinzu kommen negative soziale Reaktionen, unzureichende Unterstützung und auch fehlende Inanspruchnahme von Hilfe, sodass die Endstrecke dieses depressiv-suizidalen Denkens durch Hoffnungslosigkeit („Es wird sich nichts ändern“), seelischen Schmerz („Das halte ich nicht mehr aus“), altruistische Ideen („Ohne mich ist es besser“) sowie Schuld- und Schamgefühle gekennzeichnet ist [24–26]. Die motivationalen Inhalte dieser Endstrecke sind in Tabelle 7 zusammengefasst.

Freud [27] 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 Über-Ich, in erster Linie mit Selbstanklage, Selbstwertproblematik und Gefühlen von Versagen und Schuld. Blatt [24] unterscheidet 2 Typen von Depressionen, zum einen die „anaklitische Depression“ („anaclitic [dependent] depression“) und eine „introjektive Depression“ („introjective [self-critical] depression“); erstere basiere auf tiefen Gefühlen von Verlust und Einsamkeit, letztere auf intensiven Gefühlen von Selbstverlust. Menschen mit einer ausgeprägten „introjektiven“ (selbst-kritisierenden) Depression können nach Blatt und Ritzler (1974, zitiert nach [24]) und Beck et al. [28] 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 [29] bedeutsame Aspekte für suizidale Entwicklungen. Sozial zugeschriebener Perfektionismus erhöht die suizidale Gefährdung über die von Depression und Gefühlen von Hoffnungslosigkeit eingebrachte hinaus. Sozial zugeschriebener Perfektionismus sei bei Depressiven erhöht [30]. Perfektionistische Menschen sind exzessiv besorgt, ja

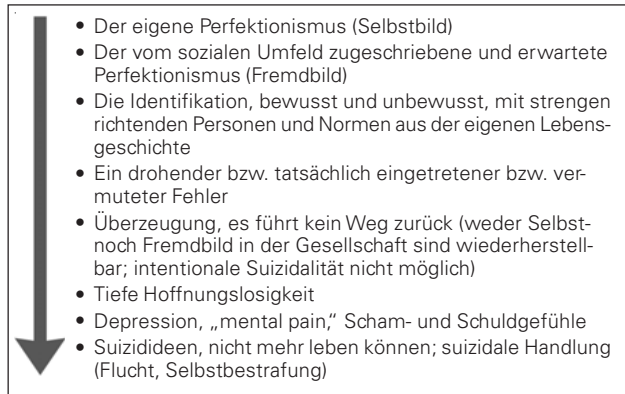


Abbildung 1: Existenziell vernichtende Krisen, Perfektionismus und Suizidalität: möglicher Ablauf. Aus [33].

keine Fehler zu machen, und deswegen durch Fehlererfahrungen besonders verletzlich. Dies fördere Suizidalität und wäre nach Blatt [24] 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 [24] selbst formuliert:

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 [24].

Andere, z. B. Wurmser [31] oder Tiedemann [25], haben auf die (selbstvernichtende) Absolutheit des Denkens und die daraus entstehenden Schamgefühle hingewiesen.

Schuldgefühle sind nach unserem Verständnis affektiver und kognitiver Ausdruck eines Konflikts zwischen Ich und Über-Ich und hier insbesondere mit den internalisierten Strukturen von Gewissen, gesellschaftlich-kulturellen Normen, spirituellem Selbstverständnis und Ähnlichem verbunden. Schamgefühle sind nach unserem Verständnis der affektive Ausdruck des Erkennens des Scheiterns eines Ich-Ideal-Entwurfes, wobei die Wahrnehmung durch die Öffentlichkeit an dieser Stelle bedeutsam wird. Denn der Verlust des öffentlichen Ansehens – und das wäre hier sozusagen die gesellschaftliche, die interaktionelle Gesellschaft-Mensch-Komponente von Suizidalität – ist im Gegensatz zu einer suizidalen Krise im Kontext einer Beziehungsstörung kaum reparabel und rückführbar, nach der hart klingenden Devise „einmal ein Zocker, immer ein Zocker“. Scham ist schlimmer als Schuld, letzte ist exkulpierbar und verzeihbar, erste währt ewig und vernichtet. Seidler [32] versteht Scham als „Schnittstellenaffekt“, der

sich „zunächst im interaktionellen Außen manifestiert“ und grenzt Schuld als „Ungeschiedenheit von Ich und Gegenüber“ ab. Er bezieht sich auf Wurmser [26], nach dem der Schamkonstellation ein Konflikt zugrunde liege, der sich auf Macht und Ohnmacht beziehe. 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 („Ich-Ideal“) und der vom sozialen Umfeld zugeschriebene und erwartete Perfektionismus. Das Scheitern, ein drohender Zusammenbruch dieses Fremdbilds 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 tiefen Schamgefühlen, mit Beschämtheit einher. Damit verbunden ist die Überzeugung, dass kein Weg mehr zurückführt. Im Gegensatz zu einer suizidalen Handlung im Beziehungskontext, wo in die Zukunft gesehen neue Beziehungen wieder entstehen können, ist mit einer Wiederherstellung des sozial zugeschriebenen, perfektionistischen erfolgreichen Fremdbilds nicht zu rechnen. Hinzu kommt die Scham, nicht ein Schuldgefühl, sondern sich verloren zu haben. Ein Politiker, der einmal in der Öffentlichkeit Ansehen, Ehre und Wertschätzung verloren hat, ein Unternehmer, der durch selbst zugeschriebenes wirtschaftliches Versagen sein Ansehen verloren hat, fühlt sich nicht schuldig, denn wofür auch? Er empfindet Scham, fühlt sich beschämt und sieht keine Rückkehr zur Wiederherstellung seines früheren Fremdbilds [31–37].

Suizidprävention ist auch hier grundsätzlich möglich. Sie bedarf der langfristigen Planung, des raschen Handelns in krisenhaften – beschämenden und Schuld zuweisenden – Situationen, der auch pharmakologischen Behandlung von jeweils aktueller Psychopathologie, der Herausnahme aus dem Belastungsfeld und, vor allem, der wertschätzenden und respektablen Haltung und einer langfristigen therapeutischen Begleitung.

Der Autor verneint Interessenkonflikte.

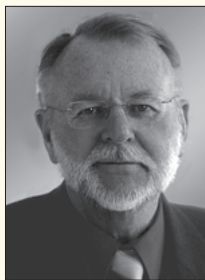
Literatur:

1. Möller-Leimkühler AM. Männer, Depression und „männliche Depression“. Fortschr Neurol Psychiatr 2009; 77: 412–22.
2. Hausmann A, Rutz W, Behncke U. Women seek for help – men die! Is depression really a female disease? Neuropsychiatry 2008; 22: 43–8.
3. Schneider B. Risikofaktoren für Suizid. Roderer, Regensburg, 2003.
4. Vogel R, Wolfersdorf M. Zum Verhältnis zwischen Suizid und psychischer Erkrankung im höheren Lebensalter. Z Gerontol 1989; 22: 242–6.
5. Wolfersdorf M. Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2000.
6. Wolfersdorf M, Schüler M. Depressionen im Alter. Kohlhammer, Stuttgart, 2005.
7. Israel M, Felber W, Winiacki P. Geschlechtsunterschiede in der parasuizidalen Handlung. In: Freitag R, Giernalczyk T (Hrsg). Geschlecht und Suizidalität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2001; 28–42.
8. Dombrowski AY, Szanto K, Duberstein P, Conner KR, Houck PR, Conwell Y. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. Am J Geriatr Psychiatry 2008; 16: 905–13.
9. Schaller E, Wolfersdorf M. Depression and suicide. In: Kumar U, Mandal MK (eds). Suicidal Behaviour: Assessment & Diagnosis. Sage Publications, New Delhi, 2009.
10. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfavy H, Goldberg PH, Grunebaum NF, Burke AK, Mann JJ. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study. Am J Psychiatry 2007; 164: 134–41.
11. Häfner H, Schmidtko A. Selbstmord durch Fernsehen: Die Wirkung der Massenmedien auf Selbstmordhandlungen. In: Häfner H (Hrsg). Psychiatrie: Ein Lesebuch für Fortgeschrittene. G. Fischer, Stuttgart-Jena, 1991; 238–55.
12. Lindner R. Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2006.
13. Lindner R. Männer und Suizidalität. In: Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H (Hrsg). Suizidalität. Roderer, Regensburg, 2008; 100–15.
14. Wolfersdorf M. Männer und psychische Erkrankung – Anmerkungen. Suizidprophylaxe 2008; 35: 167–74.
15. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Schaller E. Männer-Depression/Männer-Suizid. Suizidprophylaxe 2008; 35: 195–9.

16. Wolfersdorf M, Etzersdorfer E. Suizid und Suizidprävention. Kohlhammer, Stuttgart, 2010 (in Druck).
17. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Schaller E. Depression bei Männern: Einige klinische Aspekte der sogenannten „männlichen Depression“. *Blickpunkt der Mann* 2009; 7: 8–14.
18. Keller F. Belastende Lebensereignisse und der Verlauf von Depressionen. Waxmann, Münster-New York, 1997.
19. Giamalzyk T. Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. DGVT-Verlag, Tübingen, 2003.
20. Schmidtke A. Depression und Suizidalität. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, 2008.
21. Ringel E. Der Selbstmord. Maudrich, Wien, 1953.
22. Etzersdorfer E. Krisenkonzept von Suizidalität. In: Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H (Hrsg). Suizidalität. Roderer, Regensburg, 2008; 181–96.
23. Sonneck G. Krisenintervention und Suizidverhütung. 5. Aufl. Facultas, Wien, 2000.
24. Blatt SJ. Experiences of depression. Am Psychol Association, Washington, DC, 2004.
25. Tiedemann J. Die intersubjektive Natur der Scham. Dissertation: Fachbereich Erziehungswissenschaften der Psychologie, FU Berlin, 2007.
26. Wurmser L. Das Problem der Scham. *Jb Psychoanalyse* 1981; 13: 11–36.
27. Freud S. Trauer und Melancholie. Wien, 1917.
28. Beck R, Robbins M, Taylor C, Baker L. An examination of sociotropy and excessive reassurance seeking in the prediction of depression. *J Psychopath Behav Assessment* 2001; 23: 101–5.
29. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev* 1990; 97: 90–113.
30. Hewitt PL, Newton J, Flett GL, Callander L. Perfectionism and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25: 95–101.
31. 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.
32. Seidler GH. Scham und Schuld – Zum alteritätstheoretischen Verständnis selbstreflektiver Affekte. *Zsch Psychosom Med* 1997; 43: 119–37.
33. Wolfersdorf M. Männersuizid: Warum sich „erfolgreiche“ Männer umbringen – Gedanken zur Psychodynamik. *Blickpunkt der Mann* 2009; 7: 38–41.
34. Schulte-Wefers H, Wolfersdorf M. Suizidalität bei Männern. *Blickpunkt der Mann* 2006; 4: 10–8.
35. Wolfersdorf M. Depressive Männer. Einige klinische Anmerkungen. In: Freytag R, Giamalzyk T (Hrsg). *Geschlecht und Suizidalität*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2001: 83–93.
36. Wolfersdorf M. Männerdepression und MännerSuizid – Zur Suizidalität beim männlichen Geschlecht. *Festschrift Dr. Margrit Egnér-Stiftung* Nr. 21. Zürich, 2005; 51–63.
37. Henseler H. Narzisstische Krisen. *Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Westdeutscher Verlag, Opladen, 1974.

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](#)