

7 Suizid

Paul L. Plener und Roland W. Freudenmann

Suizid beim Mann? Handelt es sich hier um ein Randgruppenthema? Sollten wir uns im Rahmen der Männergesundheit nicht eher Gedanken über Androgene, Prostata, Alkoholkonsum und kardiale Risikofaktoren machen? Mitnichten. Gerade in den letzten Jahren hat sich die Suizidforschung vermehrt mit dem Phänomen auseinandergesetzt, warum sich Männer häufiger als Frauen suizidieren, die Erkennung und Behandlung psychischer Störungen bei Männern „stiefmütterliche“ Beachtung findet und welche Lösungsansätze dafür gefunden werden können. Das nun folgende Kapitel soll einen knappen Überblick liefern, Basistechniken für die klinische Praxis vermitteln und konkrete Vorgehensweisen aufzeigen.

7.1 Definition

Suizid wird als willentlicher Akt definiert, mit dem das eigene Leben beendet wird, d.h. entweder eine aktive Handlung, seltener auch die Unterlassung lebensnotwendiger Schritte. Der Begriff „Selbstmord“ ist zu vermeiden, da die juristischen Kriterien für einen Mord nicht vorliegen. Umgekehrt ist der Begriff „Freitod“ euphemistisch und irreführend. Sogenanntes „suizidales“ Verhalten wird meist in Suizidgedanken (eine gedankliche Beschäftigung mit Möglichkeiten, sich das Leben zu nehmen), Suizidpläne (die Festlegung einer spezifischen Methode, um sich selbst zu töten) und Suizidversuche (Durchführung eines selbstgefährdenden Verhaltens, mit der Intention zu sterben) unterteilt (Nock et al. 2008a). Dies ist streng von einer großen Zahl anderer Handlungen und Gewohnheiten abzugrenzen, denen diese Intention und Motivation *tatsächlich zu sterben* fehlt (z.B. Ritzen zur Spannungsreduktion, Abhängigkeitserkrankungen, pathologisches Spielen etc.). Es wurde beschrieben, dass 33,6% der Menschen mit Suizidgedanken einen Suizidplan erstellen und 29% der Menschen mit einem Suizidplan einen Suizidversuch unternehmen (Nock et al. 2008b). Diese Zahlen unterstreichen die Notwendigkeit, suizidale Gedanken und Planungen ernst zu nehmen, vor allem vor den Hintergrund, dass 60% der tatsächlichen Suizidversuche innerhalb des ersten Jahres nach Beginn von Suizidgedanken stattfinden (Nock et al. 2008b). In etwa 2 von 3 Fällen ergibt sich im Nachhinein, wenn es

„zu spät“ ist, dass der Betroffene gegenüber Dritten Andeutungen gemacht und Signale ausgesandt hatte, die aber oft unbemerkt bleiben oder aus verschiedensten Gründen übergangen werden (z. B. unnötige Scham). Hier besteht die große Chance, durch Sensibilisierung und Schulung dieser Personen letztlich Suizide zu verhindern.

7.2 Epidemiologie

Ungefähr eine Million Menschen versterben jedes Jahr durch Suizid (Nock et al. 2008a), und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht von durchschnittlich 16,7 Suiziden pro 100.000 Einwohner und Jahr weltweit aus (sog. Suizidrate). Damit ist der Suizid die 14.-häufigste Todesursache weltweit (WHO 2007). Die Rate ist international sehr verschieden. Im Jahr 2006 nahmen sich in Deutschland 9.765 Menschen selbst das Leben, deutlich mehr Männer als Frauen (7.225 vs. 2.540). Dieses Muster besteht weltweit, sieht man von Indien und China ab, und Männern töten sich 3 bis 7,5 Mal häufiger als Frauen (Nock et al. 2008a). In der westlichen Welt kommt es – die ganze Lebensspanne betrachtend – zu einem ersten kleineren Anstieg der Suizidrate in der Adoleszenz bzw. im jungen Erwachsenenalter, der dann bei Männern über 65 Jahren geradezu dramatisch bis zu einer Rate von fast 70 pro 100.000 und Jahr führt (Nock et al. 2008a). In allen Altersgruppen sind die Männer stärker als die Frauen betroffen. Vergleicht man die geschlechtsspezifischen Raten über die letzten 30 Jahre, so wurde aus Österreich eine Reduktion der Suizidrate geschildert, die aber letztlich eher auf den Abfall der Suizidraten bei Frauen zurückzuführen ist (Kapusta u. Sonneck 2004), ein Trend, der sich international zeigte (Möller-Leimkühler 2003). Betrachtet man die unterschiedlichen Suizidmethoden von Männern und Frauen (s. Tab. 1), so greifen Männer tendenziell zu „härteren“ Suizidmethoden. Suizidversuche sind – gegenüber vollendeten Suiziden – insgesamt gut 10 Mal häufiger und sie werden *seltener* von Männern als von Frauen begangen.

Tab. 1 Suizidmethoden getrennt nach Geschlecht (in %) aus einer österreichischen Stichprobe (1970–2001) (Daten nach Kapusta u. Sonneck 2004)

	Männer	Frauen
erhängen	48,3	35,9
sich erschießen	21,3	3
vergiften	6,9	22
aus großer Höhe springen	6,4	15,6
ertrinken	2,6	11,0
ersticken durch Autoabgase	5,8	2,2

7.2.1 Frauen suchen Hilfe – Männer bringen sich um

Als Ursachen für die höhere Zahl an Suiziden von Männern wurden deren verminderte Wahrnehmung der eigenen Hilfsbedürftigkeit („Eingeständnis“) und ihre geringere („Bereitschaft zur“) Nutzung von Hilfsangeboten genannt, was vor allem in

Zusammenhang mit dem Auftreten und der Behandlung von Depressionen untersucht wurde (Möller-Leimkühler 2002). Grundsätzlich ist das klinische Bild der Depression bei Männern anders als bei Frauen (sog. Male depression, s. Kap. III.6). Typisch sei eine schlechte Impulskontrolle (Gereiztheit, Aggressivität, „eigentherapeutischer“ Alkoholmissbrauch, suizidale Impulse), eine Betonung körperlicher Symptomatik (Somatisierungstendenz), eine Neigung zu eher psychomotorisch gehemmten Bildern, Neigung zu Rückzug, und eingeschränkter Veränderungsfähigkeit (Wolfersdorf et al. 2008). Die Beobachtung, dass weniger Hilfe aufgesucht wird, wurde auch mit einem klassischen männlichen Rollenverständnis in Zusammenhang gebracht (Galdas et al. 2005). So wird argumentiert, Männer nähmen Angst weniger wahr als Frauen, oder sie würden diese genauso wenig wie Probleme, Belastungen und Schwierigkeiten zugeben. Als männliche Ausdrucksformen dieser Schwierigkeiten werden Wut, Aggressivität und Feindseligkeit bis zu einem gewissen Grad gesellschaftlich gestattet; ein Muster, das nicht etwa angeboren, sondern erlernt ist. Für Männer geht das Aufsuchen von Hilfsangeboten mit (befürchtigtem) Status-, Kontroll- und Autonomieverlust, Inkompetenz, Abhängigkeit und einer Beschädigung der Identität einher. In einer solchen Situation wird Suizid zum letzten Akt der Selbstkontrolle (Möller-Leimkühler 2002). Als „typisch männlich“ kann die depressive Dekompensation bei Zusammentreffen von Verlustereignissen im Arbeitsbereich und bei Partnerschaften gesehen werden (Klotz u. Wolfersdorf 2008). Echte äußere Gefahr wie z.B. ein Krieg führt eher zu einer Abnahme der Suizidrate (Realitätsdruck). Das Gegenteil ist der Fall bei Finanzkrisen, die gerade bei Männern mit einem traditionellen Rollenverständnis als „Ernährer“ und „Macher“ zum (tatsächlichen oder auch nur befürchteten) Verlust von Sicherheit, Vermögen, Ansehen und gesellschaftlichem Stand führen können. Als prominentes Beispiel kann der Unternehmer Adolf Merckle dienen, der sich im Jahr 2009 aufgrund finanzieller Probleme suizidierte.

7.3 Entstehung von Suizidalität: Risiko und Warnhinweise

Das präsuizidale Syndrom nach Ringel (1953) darf als einer der bekanntesten Versuche gesehen werden, die „Vorboten“ des Suizides zu erfassen:

1. „**Einengung**“: zunächst situativ (Gefühl des Überwältigtseins, der Hilflosigkeit), später dynamisch (Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit), dann sozialer Rückzug; dies ist die entscheidende Phase der Prävention, da Suizidhandlungen noch die Ausnahme sind.
2. „**Aggressionsstauung und -umkehr**“: statt Aggressionsabfuhr nach außen erfolgt die Wendung gegen die eigene Person.
3. „**Flucht in die Irrealität**“ mit Todes- und Suizidfantasien: zunächst passiv sich aufdrängend, dann aktiv intendiert; mit Durchlaufen der Phasen „Vorstellung, tot zu sein“, „Suizid zu begehen“ und schließlich konkreten Planungen.

Ein weiteres Phasenkonzept der suizidalen Entwicklung nach Pöldinger beinhaltet ein Stadium der Erwägung und Ambivalenz sowie das Entschlussstadium (Pöldinger 1968). Kritisch für den Kliniker und andere beteiligte Personen ist, dass die suizidalen Patienten in dieser letzten Phase wieder „entspannter“ und daher fälschlich weniger gefährdet wirken, allerdings ganz im Gegenteil im Sinne einer „Ruhe vor dem Sturm“ durch ihren Entschluss (sich zu töten) gelöst wirken. Nur anhand einer Risikoabschätzung,



die über die Exploration, die Verhaltensbeobachtung und die Aussagen des Betroffenen hinausgeht und auch die bekannten Risikokonstellationen berücksichtigt, kann im Optimalfall eine Suizidhandlung verhindert werden.

Als moderner und empirisch gut abgesicherter Beitrag zur Suizidalität darf das Modell nach Joiner (2005) gelten. Dieser stellt fest, dass sich die Hochrisikogruppe für Suizidhandlungen in der Schnittmenge dreier Belastungsfaktoren finden lässt:

1. sich wie eine Last für andere fühlen,
2. sich von anderen isoliert fühlen und
3. sich durch Gedanken und Handlungen daran habituiert zu haben, körperliche Schmerzen auszuhalten.

Zur besseren Übersicht und Orientierung sind die wichtigsten Risikofaktoren für Suizidalität, aber umgekehrt auch Schutzfaktoren in Tabelle 2 und 3 zusammengestellt.

Tab. 2 Risikofaktoren für Suizid

Suizidanamnese	Suizidankündigungen frühere Suizidversuche
demografische Faktoren	männliche Jugendliche oder ältere Männer alleinstehend, wenig Sozialkontakte Arbeitslosigkeit schwacher Bildungsstatus, aber auch bestimmte Berufe (Ärzte, Militärangehörige, etc.)
psychische Störungen und Krankheiten	affektive Störungen Impulskontrollstörung Alkohol-/Drogengebrauch psychotische Störungen Persönlichkeitsstörungen
psychologische Faktoren	Hoffnungslosigkeit Anhedonie (verminderte oder aufgehobene Fähigkeit, Freude zu empfinden) Impulsivität erhöhte emotionale Reaktivität
biologische Faktoren	genetisches Risiko Störungen im Serotonin-Stoffwechsel
stresserzeugende Lebensereignisse	akuter Beziehungsabbruch Konflikte in der Partnerschaft und in der Familie
andere Faktoren	Zugang zu Waffen unheilbare Krankheit, chronische Schmerzen Homosexualität suizidales Verhalten in der Bezugsgruppe (Nachahmungs-/ „Werther“-Effekt) Jahreszeit (v.a. in Mai und Juni)

Tab. 3 Schutzfaktoren für Suizid

protektive Faktoren

religiöse Einstellung und religiöse Praxis
moralische Ablehnung von Suizid
intaktes soziales Netzwerk
familiärer Zusammenhalt
Schwangerschaft
Kleinkinder im Haus

7.4 Klinischer Umgang mit Suizidalität

Während für den psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Arzt der Umgang mit suizidalen Verhaltensweisen und die Abgrenzung von nicht-suizidalen Selbstschädigungen und zu manipulativen Suiziddrohungen einen nicht unerheblichen Teil des täglichen Berufslebens darstellt, sind Ärzte anderer Fachrichtungen oft bei Aussagen mit mehr oder weniger klarem suizidalen Inhalt verunsichert und fühlen sich nicht gut vorbereitet. Hier muss das Augenmerk zunächst auf einer Information und Sensibilisierung für Alarmsignale (s. Box) und weiterhin im Nahebringen geeigneter Fragen, Formulierungen und Interventionen liegen. Darüber hinaus macht es Sinn, wenn Sie sich auf die häufigsten Szenarien in der eigenen täglichen Praxis vorbereiten, in denen Sie mit Suizidalität in Kontakt kommen oder gekommen sind, und mithilfe der folgenden Hinweise zur Risikoabschätzung das eigene Vorgehen in Gedanken mit Ihren lokalen Gegebenheiten durchzuspielen, um im konkreten Fall darauf zurückgreifen zu können.



Alarmsignale für Suizidalität (nach Rudd et al. 2006; Wintersteen et al. 2007)

Mitteilung, sterben oder sich das Leben nehmen zu wollen

zunehmender Substanzkonsum

Ausdruck von Sinnlosigkeit

Anzeichen von Ängstlichkeit (inkl. Änderung der Schlafgewohnheiten)

Gefühl, in Situationen gefangen zu sein

Gefühl der Hoffnungslosigkeit

sozialer Rückzug

ungewöhnlicher Ausdruck von Ärger und Wut

rücksichtsloses Verhalten

Zeichen von Stimmungsänderungen

Abschiedsbriefe oder -botschaften

Wertgegenstände verschenken

seine Angelegenheiten abschließen und testamentarische Verfügungen aufsetzen oder ändern



Erhöhte Suizidgefährdung besteht laut Sonneck (2000) bei

- jeder Äußerung über weitere Selbstmordabsichten,
- konkreten Angaben über die geplante Durchführung des Suizids,
- der Auswahl und Beschaffung der Suizidmittel,
- einer Ausführung des vorangegangenen Suizidversuchs in Isolation mit geringer Rettungswahrscheinlichkeit,
- vorangegangenen Suizidversuchen bei bestehenden schweren Belastungen und Konflikten,
- dem Vorliegen schwerer neurotischer Störungen,
- dem Vorliegen von depressiven Episoden oder Dysthymie,
- bei Persönlichkeitsstörungen und Psychosen und
- einer fehlenden oder unzureichenden Distanzierung von einem vorhergegangenen Suizidversuch.

Der beste Prädiktor für Suizidalität sind Suizidankündigungen und kurz zurückliegende Suizidhandlungen (Daher ist der Satz „Wer drüber spricht, tut es nicht“ falsch). Es besteht ein erhebliches Wiederholungsrisiko: Bei 20–50% der erfolgreichen Suizide gab es bereits vorher Suizidversuche.

Besteht der Verdacht, dass der Patient suizidal sein könnte, so muss dies auf jeden Fall angesprochen werden. Ängste, dass durch ein Ansprechen Suizidalität erst ausgelöst wird, sind unberechtigt. Im Gegenteil wird von den meisten Patienten mit suizidalen Krisen ein Ansprechen der Problematik als entlastend erlebt. In einem weiterführenden Gespräch ist zunächst explizit nach Suizidgedanken und -plänen, früheren Suizidversuchen, Suiziden in der Familie oder im persönlichen Umfeld zu fragen („Haben Sie angesichts der Belastungen/Schmerzen/Probleme an Lebensmut verloren?“, „Hatten Sie in diesem Zusammenhang auch Gedanken nicht mehr leben zu wollen?“, „Haben Sie konkrete Pläne, wie Sie aus dem Leben scheiden wollen?“). Ist eine psychische Störung bekannt, gibt es aktuell Hinweise auf eine solche Problematik? Kam es in der unmittelbaren Vergangenheit zu einem einschneidenden Lebensereignis (Ende einer Partnerschaft, Verlust des Arbeitsplatzes etc.)? Dass sich Themen dieser Art nur in ruhiger Gesprächsatmosphäre angemessen erörtern lassen, ist selbstevident.



Die wichtigste Maßnahme ist, einen vertrauensvollen Kontakt zum Betroffenen zu knüpfen (denn umgekehrt ist der tatsächliche Suizid das Abbrechen aller Kontakte im strengsten Sinne), ihm neben diesem „Beziehungsangebot“ ein explizites und bestimmtes Hilfsangebot zu machen („Ich werde Ihnen helfen und für die Hilfe sorgen, die Sie jetzt benötigen.“), ihn nicht allein zu lassen, feste und klare Terminabsprachen zu treffen.

Kontraproduktiv ist es, zu bagatellisieren („Sowas hat jeder mal!“), zu moralisieren oder an die Vernunft oder das Sich-Zusammenreißen zu appellieren.

Aus der Gefährlichkeit und Verfügbarkeit der angedrohten geplanten Suizidmethode, dem Grad an Vorbereitung und dem Vorliegen oder Fehlen von dem Suizid entgegenstehenden positiven Lebensinhalten ergibt sich die Akuität der Situation und die Dringlichkeit für weiterführende psychiatrische Maßnahmen. Im Fall von aku-

ter Suizidalität sollte der Patient nicht allein gelassen werden und umgehend eine fachpsychiatrische Vorstellung erfolgen, bei der die Suizidalität erneut überprüft wird und ggf. auch die rechtlichen Voraussetzungen für die Weiterbehandlung, evtl. auch gegen den Willen des Patienten auf der Basis des Landesunterbringungsgesetzes bzw. PsychKG, geklärt werden können. Das gilt besonders, wenn weitere der oben beschriebenen Risikofaktoren vorliegen, z.B. frühere Suizidversuche, eine Depression, eine Psychose oder eine Suchterkrankung.

Zusammenfassung

Die gegenüber Frauen erhöhten Raten an Suiziden weisen deutlich auf die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Prävention hin. Männer nehmen psychische Belastungen später wahr, begeben sich später zum Arzt, wählen „härtere“ Suizidmethoden und wollen möglichst lange funktionieren und Kontrolle behalten – manchmal „bis zum Schluss“. Da Männer einen niederschweligen Zugang zu Hilfsangeboten brauchen, scheint eine diagnostische Abklärung im Bereich Depression und Suizidalität im Rahmen der hausärztlich-allgemeinärztlichen Versorgung sinnvoll (Wolfersdorf et al. 2008). Schwerer noch scheint eine Veränderung des maskulinen Rollenverständnisses. Auch wenn durch Klotz u. Wolfersdorf (2008) unmissverständlich festgehalten wurde: „Das Ziel der Männergesundheitsdiskussion ist ein zeitgemäßes Männerbild!“, so scheint der Weg dorthin noch weit.

Abschließend eine gute Nachricht bei dem ernsten Thema: Das Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ konnte nachweislich durch eine zweijährige Aufklärung der Bevölkerung, Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zu den Themen Depressionen und Suizidalität die tatsächliche Zahl von Suiziden und Suizidversuchen um 24% senken. Man kann etwas tun.

Literatur

- Galdas PM, Cheater F, Marshall P (2005) Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Advan Nurs* 49, 616–623
- Joiner T (2005) *Why people die by suicide*. Harvard University Press, Cambridge, London
- Kapusta ND, Sonneck G (2004) Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis of a time period of 30 years. *The Journal of Men's Health & Gender* 1, 197–202
- Klotz T, Wolfersdorf M (2008) Männergesundheit? Männerdepression? Männersuizid? Suizidprophylaxe 35, 163–165
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S (2008a) Suicide and suicidal behaviour. *Epidemiol Rev* 30, 133–154
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Bruffaerts R, Chiu WT, de Girolamo G, Gluzman S, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam E, Kessler RC, Lepine JP, Levinson D, Medina-Mora M, Ono Y, Posada-Villa J, Williams D (2008b) Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 192, 98–105
- Möller-Leimkühler AM (2002) Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Dis* 71, 1–9
- Möller-Leimkühler AM (2003) The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253, 1–8
- Pöldinger W (1968) Die Abschätzung der Suizidalität. Eine medizinisch-psychologische und eine medizinisch-soziologische Studie. Hans Huber, Bern
- Ringel E (1953) *Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften Entwicklung*. Maudrich, Wien, Düsseldorf



- Rudd MD, Berman AL, Joiner TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, van Orden K, Qitte T (2006) Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suic Life Threat* 36, 255–262
- Sonneck G (2000) *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Facultas, Wien
- Wintersteen MB, Diamond GS, Fein JA (2007) *Curr Opin Pediatr* 19, 398–404
- Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Schaller E (2008) Männer-Depression/Männer-Suizid. *Klinisch psychiatrisch-psychotherapeutische Aspekte. Suizidprophylaxe* 35, 195–199
- World Health Organization (2007) *Suicide prevention (SUPRE)*. Geneva, Switzerland, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/