Suizid

Epidemiologie

Inzidenz/Prävalenz

Suizidzahlen werden in Deutschland bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts erfasst (Suizidversuche dagegen offiziell nicht). Seit den 1990er Jahren ist eine kontinuierliche Abnahme der Suizidzahlen zu verzeichnen mit einer kurzfristige Zunahme zwischen 2008 und 2011, die deutlich zu Lasten der Männer ging (als Ursache wird die Wirtschaftskrise vermutet).[1]

Epidemiologische Geschlechterunterschiede sind seit Beginn dieser Erfassung bekannt und weltweit gesichert. Dabei suizidieren sich Männer bis zu drei Mal häufiger als Frauen (und verwenden deutlich härtere Methoden). Zum Beispiel suizidierten sich im Jahr 2012 2603 Frauen und sogar 7287 Männer in Deutschland. Bei beiden Geschlechtern nimmt die Suizidrate (Suizide auf 100 000 Personen der Allgemeinbevölkerung pro Jahr) mit zunehmendem Alter zu, bei Männern jedoch deutlich stärker: Während die Suizidrate bei Frauen zwischen 85 und 90 Jahren bei etwa 15 liegt, suizidieren sich deutlich mehr Männern der gleichen Altersgruppe (Suizidrate von 73.2, vergleiche Tabelle 1).[2] Beeinflussende Faktoren sind dabei meist soziale und emotionale Vereinsamung. Dass Suizid im Alter nicht mehr nur Problem des männlichen Geschlechtes ist, belegen Schmidtke et al. (2008). Sie erkennen, dass jeder zweite Suizid bei Frauen in Deutschland in der Altersgruppe der über 60-Jährigen begangen wird.[3]

Tabelle 1. Suizidraten auf 100 000 EinwohnerInnen zwischen 1990 und 2012 bei Männern und Frauen in unterschiedlichen Altersgruppen. [Quelle: NASPRO, 2012]

Altersgruppe	Suizidrate Männer	Suizidrate Frauen
20-25	11.9	3.2
60-65	22.9	7.1
85-90	73.2	15.1

Suizidversuche werden dagegen eher bei jüngeren Menschen beobachtet. Das Geschlechterverhältnis ist hier umgekehrt, betroffen sind häufig jüngere Frauen. Beispielsweise geben Weissmann et al. (1999) eine Lebenszeitrate bei Suizidversuchen von 2.8 Prozent bei Männern und 4.1 Prozent bei Frauen in Westdeutschland an, wobei dieser Geschlechterunterschied in allen untersuchten Ländern bestätigt werden konnte.[4]

Risikofaktoren und protektive Faktoren

Der größte Risikofaktor für einen Suizid ist eine psychische Erkrankung. Vor allem Depression, aber auch schizophrene oder Suchterkrankungen erhöhen das Risiko eines Suizides enorm. Dabei werden 90 Prozent aller Suizide mit einer psychischen Erkrankung assoziiert, meist mit einer Depression (bis 70 Prozent).[5] Obwohl Depressionen bei Frauen ungefähr doppelt so häufig diagnostiziert werden wie bei Männern, liegt der Anteil derjenigen Männer die infolge einer Depression Suizid begangen haben mit 60 bis 70 Prozent deutlich über dem Anteil an Frauen. Man kann davon ausgehen, dass Depression bei Männern mit einem höheren Suizidrisiko einhergeht als dies bei Frauen der Fall ist.[6] In einer Studie von 2007 wurden 314 Patienten und Patientinnen mit Depression oder bipolarer Störung zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung untersucht. In diesem Zeitraum hatten 16.6 Prozent der Betroffenen Suizid begangen oder es zumindest versucht. Die AutorInnen konnten zwischen den Geschlechtern teilweise unterschiedliche Risikofaktoren identifizieren (vergleiche Tabelle 2).[7]

Tabelle 2. Risikofaktoren für einen Suizid bei Männern und Frauen. [Quelle: Oquendo et al. (2007)]

Männer	Frauen
• Suizidale Handlungen in der Familie • früherer Drogenkonsum • frühe Trennung der Eltern • Rauchen • Borderline-Persönlichkeitsstörung	• eigene Suizidversuche • Hostilität • subjektive depressive Symptome • Rauchen • Borderline-Persönlichkeitsstörung • wenige eigene Gründe für das Weiterleben

Nach Dumais et al. (2005) scheint besonders bei jüngeren männlichen Patienten (zwischen 18 und 40 Jahren) das Risiko eines Suizids durch Impulsivität und Aggression erhöht zu werden. Dabei führen diese disinhibitorischen Faktoren zu Veränderungen der serotonergen Aktivität und fördern die Umsetzung von Suizidgedanken in konkrete Handlungen.[8]

Hinsichtlich schizophrener Erkrankungen liegt das höchste Suizidrisiko bei Männern jüngeren Alters: Dabei sind zusätzliche Einflussfaktoren wie ein guter Bildungsabschluss, eine paranoid-halluzinatorische Symptomatik, gutes Ansprechen auf (neuroleptische) Therapie, das Wissen um die Erkrankung und um einen möglichen Verlauf sowie ein deutlicher Leidensdruck für suizidales Verhalten charakterisitisch.[9]

Gender Paradox

Die erhöhte Suizidrate bei geringerer Suizidversuchsrate bei Männern im Vergleich zu Frauen wird wissenschaftlich als *Gender Paradox* diskutiert.[10] Paradox erscheint dabei besonders, dass der Suizidversuch als stärkster Prädiktor für künftige Suizide gilt und Frauen demnach eine höhere Suizidrate als Männer aufweisen müssten.[11] Nachfolgende Tabelle (Tabelle 3) stellt Erklärungsansätze zum *Gender Paradox* dar.

Tabelle 3. Erklärungsansätze des *Gender Paradox*.

Suizidfördernde Faktoren bei Männern	Erklärung
Verwendung härterer Suizidmethoden	Auch wenn bei Suizidversuchen kein Geschlechterunterschied hinsichtlich der Absicht zu Sterben zu bestehen scheint, wählen Männer durchschnittlich aggressivere Methoden. Die Überlebenswahrscheinlichkeit wird dadurch verringert.[12]
Weniger Hilfesuchverhalten	Psychische Erkrankungen werden bei Männern deutlich seltener diagnostiziert als bei Frauen. Sie zeigen nicht nur geringeres Hilfesuchverhalten, sondern verbalisieren ihr Leiden auch seltener und haben eine niedrigere Behandlungsbereitschaft.[13]
Dysfunktionale Bewältigungsstrategien	Männer versuchen häufiger mit Hilfe von Alkohol zu bewältigen.[14] Durch beide Verhaltensweisen wird die Wahrscheinlichkeit eines Suizides gesteigert.
Anfälligkeit in Krisen und bei Trennungen	Trennungen oder Tod der Partnerin sowie allein lebend zu sein, stehen bei Männern stärker als bei Frauen im Zusammenhang mit Suizid.[15] Grund könnte sein, dass Männer weniger emotional stützende Alternativressourcen haben, weniger flexibel in ihrer Rolle sind und bei Trennungen häufiger auch ihre Kinder sowie ihr Zuhause verlieren.[16]
Geringerer Schutzfaktor "Elternschaft	Elternschaft als Schutzfaktor greift bei Männern weniger gut als bei Frauen.[17] Unter Umständen geht Muttersein im Vergleich zu Vatersein mit einem höheren Gefühl der Verbundenheit einher. Das Gefühl der Verbundenheit stellt dabei einen entscheidenden Schutzfaktor gegen Suizid dar.[18]
Männliche Stereotype	Mit der sozial geprägten Geschlechterrolle ist ein Suizid bei Männern leichter vereinbar als ein Suizidversuch, was die Durchführung suizidaler Handlungen prägt.[19] Auch werden Misserfolge im Beruf bei Männern stärker als bei Frauen mit sozialem Versagen assoziiert . Es ist davon auszugehen, dass die Folgen der Wirtschaftskrise von 2008 (Verlust des Arbeitsplatzes sowie finanzieller Ressourcen) hauptsächlich bei Männern im Arbeitsalter mit einer erhöhten Suizidrate korreliert war.[20]

Suizid und Suizidalität bei Medizinern und Medizinerinnen

In der Gesundheitsversorgung häufig unberücksichtigt bleibt das psychische Wohlergehen vom medizinischen Fachpersonal. So ergibt sich bei Medizinerinnen und Medizinern eine höhere Suizidrate als in der Allgemeinbevölkerung.[21] Nach den Ergebnissen von 14 internationalen Studien zeigt sich für diese Berufsgruppe eine um das 1,3 bis 3,4-fach höhere Suizidrate; bei Medizinerinnen im Vergleich zur weiblichen Allgemeinbevölkerung ist diese Rate sogar um das 2,5

bis 5,7-fache erhöht.[22] Ganz anders als bei der Allgemeinbevölkerung zeigen sich bei Ärztinnen und Ärzten keine Geschlechterdifferenzen in der Suizidhäufigkeit: Medizinerinnen suizidieren sich etwa genauso häufig wie ihre männlichen Kollegen. In einer deutschen Studie von 1986 gaben die Hälfte der befragten Medizinerinnen und Mediziner an, in ihrem Leben bereits Suizidabsichten gehabt zu haben, zwei Drittel hielten es für möglich, sich in Zukunft zu suizidieren.[23] In einer norwegischen Studie von 2000 gab jede/r zehnte/r MedizinerIn an, schon einmal ernsthafte Suizidabsichten gehabt zu haben, Medizinerinnen berichteten dabei signifikant häufiger von Suizidgedanken als Mediziner.[24]

Generell ist die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen bei Medizinerinnen und Medizinern genauso hoch oder höher als in der Allgemeinbevölkerung (und besonders hoch zu Beginn der Assistenzzeit).[25] Dabei ergibt sich für Medizinerinnen eine besondere Depressionsgefährdung.[26] [27] Verantwortlich scheint unter anderem die extrem hohe Arbeitsbelastung, aber auch soziale Deprivation zu sein.[28] Besonders bei Medizinerinnen mit Kindern kann die ständige Doppelbelastung und das Gefühl, der Rolle als Mutter und Berufstätige nicht gerecht werden zu können, zu Frustration und starken Erschöpfungszuständen führen.[29] [30] Außerdem werden der Mangel eines adäquaten weiblichen Rollenmodells sowie fehlende familiäre und berufliche Unterstützung als Risikofaktoren für die Suizidalität bei Ärztinnen vermutet.[31]

Auch Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sind wichtige Risikofaktoren für suizidale Handlungen. Eine erhöhte Suchtgefährdung unter Ärztinnen und Ärzten kann als bestätigt angesehen werden,[32] [33] zehn bis 15 Prozent der MedizinerInnen scheinen im Laufe ihres Lebens einen problematischen Umgang mit Alkohol und anderen Drogen zu entwickeln.[34]

Ausblick

Einer der größten Risikofaktoren eines Suizides ist das Vorhandensein einer Depression. Gegenwärtig besteht noch immer eine gesellschaftliche *Depressionsblindheit* bei Männern und damit zusammenhängend eine deutliche Unterdiagnostizierung. Um dem entgegen zu wirken, sind fundierte Kenntnisse von Geschlechterunterschieden in der Phänomenologie von Depression notwendig.[35] [36]

Geschlechtersensible Suizidpräventionen sind selten zu finden. Ein Zugang für präventive Maßnahmen bei Männern könnten Präventionsprogramme am Arbeitsplatz sein.[37] Generell ist ein Umdenken männlicher Geschlechterrollen nötig, um die Akzeptanz psychischer Krankheiten bei Männern zu fördern und das Hilfesuchverhalten zu erhöhen.[38]

Externe Links

Literatur

Klicken Sie auf "Ausklappen" um die Literaturverweise anzuzeigen.

2. Wolfersdorf, M., & Plöderl, M. (2016). Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Eds.), Programmbereich Gesundheit. Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich (2nd ed.). Bern: Hogrefe.
4. NASPRO. (2012). Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Suizide in Deutschland 2012: Suizidzahlen und -raten 1990-2012 in Deutschland.
6. Schmidtke, A., Sell, R., & Lohr, C. (2008). Epidemiology of suicide in older persons [Epidemiologie von Suizidalitat im Alter]. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie, 41(1), 3–13. doi:10.1007/s00391-008-0517-z
8. Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., . . . Yeh, E. K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychological medicine, 29(1), 9–17.
10. Wahlbeck K. & Mäkinen M. (Eds). (2008). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
12. Schaller, E. & Wolfersdorf, M. (2009). Depression and suicide. Suicidal Behaviour: Assessment & Diagnosis. Sage Publications, New Delhi.
14. Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., & J John Mann, M. D. (2007). Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. American Journal of Psychiatry.
16. Dumais, A.; Lesage, A. D.; Alda, N.; Rouleau, G.; Dumont, M.; Chawky, N. et al. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: A case control study of impulsive and aggressive behaviours in men. American Journal of Psychiatry, 162, 2116-2124.
18. Wolfersdorf, M., & Plöderl, M. (2016). Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Eds.), Programmbereich Gesundheit. Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich (2nd ed.). Bern: Hogrefe.
20. Canetto SS, Sakinofsky I. The Gender Paradox in Suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior 1998; 28(1):1–23.
22. Wolfersdorf, M., & Plöderl, M. (2016). Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Eds.), Programmbereich Gesundheit. Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich (2nd ed.). Bern: Hogrefe.
24. Canetto SS, Sakinofsky I. The Gender Paradox in Suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior 1998; 28(1):1–23.
26. Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Journal of affective disorders, 138(1-2), 19–26. doi:10.1016/j.jad.2011.03.050
28. Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Journal of affective disorders, 138(1-2), 19–26. doi:10.1016/j.jad.2011.03.050 Zudem reagieren sie in psychischen Krisen mit deutlich aggressiverem Verhalten.Hyde, J. S. (2014). Gender similarities and differences. Annual review of psychology, 65, 373–398. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115057

30. Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Journal of affective disorders, 138(1-2), 19–26. doi:10.1016/j.jad.2011.03.050
32. Scourfield, J., & Evans, R. (2015). Why Might Men Be More at Risk of Suicide After a Relationship Breakdown? Sociological Insights. American journal of men's health, 9(5), 380–384. doi:10.1177/1557988314546395
34. Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Journal of affective disorders, 138(1-2), 19–26. doi:10.1016/j.jad.2011.03.050
36. Payne Sarah, Swami Viren, and Stanistreet Debbi L.. Journal of Men's Health. November 2013, 5(1): 23-35. doi:10.1016/j.jomh.2007.11.002.
38. Payne Sarah, Swami Viren, and Stanistreet Debbi L.. Journal of Men's Health. November 2013, 5(1): 23-35. doi:10.1016/j.jomh.2007.11.002. Scourfield, J., & Evans, R. (2015). Why Might Men Be More at Risk of Suicide After a Relationship Breakdown? Sociological Insights. American journal of men's health, 9(5), 380–384.doi:10.1177/1557988314546395
40. Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 205(3), 246–247. doi:10.1192/bjp.bp.114.144766
42. Reimer, C., Trinkaus, S., & Jurkat, H. B. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. Psychiatrische Praxis, 32(08), 381-385.
44. Lindeman S, Läärä E, Hakko H, Lönnqvist J. A Systematic Review on Gender Specific Suicide Mortality in Medical Doctors. British Journal of Psychiatry. 1996; 168 274-279
46. Reimer C, Zimmermann R, Balck F. Suizidalität im Urteil von klinisch tätigen Ärzten. Nervenarzt. 1986; 57 100-107
48. Hem E, Grønvold N T, Aasland O G, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. Eur Psychiatry. 2000; 15 (3) 183-189
50. Gautam M. Depression and anxiety. In: Goldman LS, Myers M, Dickstein LJ (eds) The Handbook of Physician Health: Essential Guide to Understanding the Health Care Needs of Physicians. Chicago, Ill; American Medical Association 2000: 80-94
52. Firth-Cozens J. Depression in doctors. In: Robertson MM, Katona CLE (eds) Depression and physical illness. New York; Wiley 1997: 95-111
54. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. Am J Psychiatry. 1987; 144 1561-1566
56. Reimer, C., Trinkaus, S., & Jurkat, H. B. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. Psychiatrische Praxis, 32(08), 381-385.
58. Arnetz B B, Hörte L G, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Acta psychiatrica Scandinavica. 1987; 75 139-143
60. Sonneck G, Wagner R. Suicide and burnout of physicians. Omega. 1996; 33 (3) 255-263
62. Black D. When physicians commit suicide. Iowa Medicine. 1992; 2 58-61
64. Bämayr A, Feuerlein W. Incidence of suicide in physicians and dentists in Upper Bavaria. Soc Psychiatry. 1986; 21 (1) 39-48
66. Blondell R D. Impaired physicians. Primary Care. 1993; 20 (1) 209-219

68. Bohigan G M, Croughan J L, Sanders K. Substance abuse and dependence in physicians: an overview of the effects of alcohol and drug abuse. Missouri Medicine. 1994; 91 (5) 233-239
70. Wolfersdorf, M. (2009). Männersuizid: Warum sich "erfolgreiche" Männer umbringen - Gedanken zur Psychodynamik. Blickpunkt der Mann, (7), 38–41.
72. Moller-Leimkühler, A. M. (2009). Men, depression and "male depression" [Manner, Depression und "mannliche Depression"]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 77(7), 412-9; quiz 420. doi:10.1055/s-2008-1038257
74. Gullestrup, J., Lequertier, B., & Martin, G. (2011). MATES in construction: impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. International journal of environmental research and public health, 8(11), 4180–4196. doi:10.3390/ijerph8114180
76. Wolfersdorf, M., & Plöderl, M. (2016). Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Eds.), Programmbereich Gesundheit. Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich (2nd ed.). Bern: Hogrefe.

Lizenz

Dieser Artikel ist unter der Creative Commons Lizenz veröffentlicht. Den vollen Lizenzinhalt finden Sie hier: https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/legalcode

Zuletzt geändert: 2017-05-31 11:51:53