

# **Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit suizidaler Handlungen – das Paradox**

## **1. VORWORT**

Die suizidale Handlung stellt sich im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychiatrie oft als eine gesonderte Problematik dar. Es handelt sich meistens um interne und schwer zugängliche Prozesse in der Psyche des Menschen, die uns die Vorbeugung und Erforschung der Handlung sehr erschweren. Die Handlung an sich hinterlässt sowohl bei den Angehörigen als auch bei den Psychotherapeuten Gefühle von Versagen, Kränkung, Kontroll- und Machtlosigkeit sowie Mitschuld und auch erneute Konfrontation mit dem Tod.

Die religiöse, traditionelle und moralische Tabuisierung der suizidalen Handlung tritt mit deren massiv ansteigender Häufigkeit zurück. Es bedarf immer mehr einer Erweiterung des erklärenden Wissensstandes. Bei ansteigender Suizidhäufigkeit fallen auch signifikante und zunehmende Geschlechtsunterschiede auf. So berichten Untersuchungen verschiedener Kulturen sowie die amtlichen statistischen Angaben überwiegend von vollendeten Suizidhandlungen bei Männern. Dagegen haben sich alle anderen Geschlechtsunterschiede in den vergangenen zwei Jahrzehnten mit der heutigen Entwicklung der Produktivität und Emanzipation massiv verringert (ALFERMANN, 1990).

Diese Arbeit beschäftigt sich also mit der individuellen Existenz des Menschen, mit dem Verständnis mit dem psycho-biologischen Verständnis der Neigung zum Leben und zum Tod. Welche Suizidrisiken in unserer Gesellschaft bestehen und ob Männer und Frauen gleichermaßen diesen Suizidrisiken unterliegen, sind Existenzfragen, die gerade hinsichtlich des Anstiegs der Suizidrate besonderes Gewicht gewinnen.

## 2. EINLEITUNG

### 2.1 Arbeitshypothesen

Die Grundhypothesen der vorliegenden Arbeit stellen sich anhand bereits bekannter Geschlechtsunterschiede im Verhalten und Erleben (psychologischer, sozialer und medizinischer Disziplinen) unter den folgenden Gesichtspunkten auf:

2.1.1 Geschlechtsspezifische Risikogruppen bzw. **Gefährdung**

2.1.2 Geschlechtsspezifische **Bewältigung** der suizidalen Entwicklungsstadien anhand des präsuizidalen Syndroms (RINGEL, 1953) des Entwicklungsansatzes von PÖLDNIGER (1968), Aggressionsforschung und Narzissmus-Theorien (u.a. HENSELER, 1974 und KOHUT, 1966).

Um lediglich einen Überblick meines Grundkonzepts zu verschaffen, sind nachfolgend die einleitenden Hypothesen vorzuformulieren:

#### 2.1.1 Geschlechtsspezifische Suizidanfälligkeit

Männer und Frauen unterliegen in unterschiedlichem Maße sowohl externen (interpersonellen) als auch internen (intrapsychischen) Risikofaktoren.

(1) **Anfälligkeit für Stress.** Männer und Frauen sind aus rollentypischen Gründen in Wirtschaft und Beruf in unterschiedlichen Lebenssituationen mit verschiedenen Lebensaufgaben konfrontiert. Männer haben durch Führungspositionen, politische oder wirtschaftliche Tätigkeit einen breiteren Handlungsspielraum, der sowohl Anspruchsniveausetzungen als auch den beruflichen und sozialen Erwartungsdruck erhöht, während Frauen eher im familiären Rahmen oder im sozialen Sektor tätig sind. Die dadurch entstehenden Belastungs- bzw. Stresssituationen können psychische und körperliche Erkrankungen und in der Folge die Suizidhandlungen mitverursachen.

(2) **Versagens und Kränkungsgefahr.** Mit höheren an Männer gestellten sozialen und beruflichen Erwartungen nimmt die Gefahr zu, diese nicht erfüllen zu können bzw. zu versagen. Durch Versagen erfolgt eine Entwertung und eine (narzisstische) Gefährdung des Selbst, die von dem Betroffenen durch die Suizidhandlung als eine Coping-Form bewältigt werden kann.

(3) **Lebensereignisse.** Männer und Frauen bewerten und bewältigen Lebensereignisse unterschiedlich. Bei Männern werden Veränderungen der Lebenssituation (Scheidung, Trennung oder Verlust des Arbeitsplatzes) durch rollen-typische Kognitionen negativer bewertet, da solche Ereignisse einen Abstieg des sozialen Status bedeuten. Durch Kränkung oder andere psychische Folgen (Depression) kann der Suizid hervorgerufen werden.

(4) **Soziale Verankerung (Interaktion).** Männer und Frauen zeigen Unterschiede im sozialen und kommunikativen Verhalten. Während Frauen dazu tendieren, zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, zeigen die Männer hingegen einen individualistischen und sich zurückziehenden Charakter. Frauen sind deshalb Suizidrisiken wie Einsamkeit, Isolation oder Depressionen seltener ausgesetzt. Ferner neigen eher Männer durch ihren Sozialcharakter zu dem Zustand der Anomie (DURKHEIM, 1990), der durch geringere Abhängigkeit von familiären und gesellschaftlichen Institutionen (Kinder, Angehörige) und fehlende Befolgung normativer oder moralischer Regeln (u.a. Religion, Verantwortung) gekennzeichnet ist und zum Suizid führen kann. Für sie gibt es demzufolge „weniger Gründe am Leben zu bleiben“

(5) **Somatische und Psychische Erkrankungen.** Männer sind anfälliger für schwerwiegende und unheilbare Krankheiten (Krebs, AIDS, Herzerkrankungen). Diese Konfrontation mit den durch die Krankheit entstehenden Lebensveränderungen kann das Selbst (narzisstisch) kränken und von dem Erkrankten mithilfe der Suizidhandlung bewältigt bzw. gemieden werden.

Mit zunehmender Isolation, Unterdrückung von Emotionen und Kränklichkeit neigen sie mehr zu Zuständen wie Verstimmungen, Depressionen aller Art, Schizophrenien und Suchtverhalten, die durch Mangel an Sensibilität im Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln sowie durch massives Absinken des Selbstwertgefühls zum Suizid führen können. Für die unheilbar Erkrankten ermöglicht der Suizid eine Vermeidung ihres oft schmerzvollen Leidens.

(6) **Stereotype Ideale.** Männer sind eher suizidgefährdet, weil die Suizidhandlung ihren rollentypischen Idealen (Heldentum, Stolz, Altruismus) dient. Ein Rückblick in unsere Geschichte (Massensuizide, wie z.B. der Fall „Masada“ oder die Todesflüge in der japanischen Luftwaffe im ersten Weltkrieg), Kultur (japanischer Harakiri) und Politik (Terroranschläge durch einzelne männliche Suizidanten) unterstreicht diese Hypothese. Für die Suizidhandlung bei Frauen liegt weniger rollentypische Legitimation vor.

### 2.1.2 Geschlechtsspezifische Bewältigung suizidaler Krisen

#### (1) Geschlechtsunterschiede in den Suizidalen Entwicklungsstadien

- Geschlechtsunterschiede nach dem präsuizidalen Syndrom von RINGEL (1953): Männer zeigen häufiger und massiver soziale (Meidung von Kontakten) und dynamische (eingeschränktes Denken, Suchtverhalten) **Einengungen**. Dies ist überwiegend auf ihr soziales Rollenverhalten zurückzuführen. Aus dieser sozialen und dynamischen Einengung neigen Männer eher dazu, ihre Größen- und Macht Tendenzen in Form von **Phantasien** zu erleben. Ihre Machtphantasien bekommen in der Konfrontation mit einer Kränkung bzw. Krise einen suizidalen Inhalt. Frauen verarbeiten ihre Wünsche bzw. Tendenzen mehr interpersonell und nicht intern, so dass eventuell eintretende Suizidphantasien durch soziale Interaktion neutralisiert werden können. Männer haben u.a. wegen dieser sozialen Lebensbedingungen mehr Schwierigkeiten (wie auch mit allen anderen Emotionen), ihre **Aggression** nach außen zu richten. Sie wenden sie zwangsläufig gegen sich selbst und begehen den vollendeten Suizid.

- Das suizidale Entwicklungsmodell nach PÖLDNIGER (1968):

Der Suizid wird eher bei Männern als Mittel zur Lösung von Lebenskrisen erwogen (Stadium 1), da sie im Allgemeinen eine passive, regressive und individualistische Bewältigungsform zeigen. Sie entziehen sich emotional und sozial Belastungs- und Kränklichkeitssituationen und dadurch lindern sie die Problematik, statt sich mit ihr zu konfrontieren. Frauen neigen zu aktiverer und sozialer Auseinandersetzung und wenden sich öfter an Psychotherapeuten. Sie befinden sich ständig in sozialer und emotionaler Interaktion. Auch die Ambivalenz zwischen lebens-erhaltenden und lebensvernichtenden Kräften (Stadium 2) zeigt sich bei Frauen als eine „laute“ Pause, in der der Umwelt Suizidgedanken oder -drohungen mitgeteilt werden. Bei Männern verläuft dieses Stadium intern und destruktiver und daher können ihre Suizidgedanken von der Gesellschaft nicht neutralisiert werden. Die „lebensvernichtenden Kräfte“ in der Ambivalenzphase können dadurch überwiegen. Bei der Durchführung der Handlung (letztes Stadium) verwenden Männer aggressivere (härtere) Suizidmethoden, so dass sie die Handlung nicht überleben und von anderen nicht gerettet werden können.

#### (2) Strukturelle Geschlechtsunterschiede:

Für die Beschäftigung mit geschlechtsspezifischer Bewältigung bzw. Entwicklung der suizidalen Krise sollen die **Aggressionsforschung** und **Narzissmustheorien** in Betracht gezogen werden. Es wird angenommen, dass Männer eine spezifisch psychodynamische Struktur haben, die für (narzisstische) Kränkungen anfälliger ist (Mythos des „richtigen starken Mannes“) und diese nicht ertragen kann.

Die Kränkung erschüttert alle männlichen Ideale bzw. das Selbst und wird unbewusst durch männer-typische Regressionsprozesse suizidal verarbeitet. Der Vorgang hat auch eine aktiv-selbstbestimmende Bedeutung, da eher der Mann, der einen höheren Sozialstatus genießt, sein gekränktes Selbst durch den Suizid zu retten neigt. Schließlich wird angenommen, dass Männer dies besser „schaffen“, weil sie vitaler, impulsiver und aggressiver sind. Sie können in ihrem Sozialumfeld ihre Aggressionsimpulse nicht ausreichend entladen, sie hemmen, unterdrücken, verschieben und internalisieren sie, was ein gefährliches Autoaggressionspotential bereitstellt.

## **2.2 Arbeitsmethoden**

Die vorliegende Arbeit ist durch eine theoretisch qualitative und analytische Vorgehensweise gekennzeichnet. Drei analytische Methoden wurden hier verwendet

**2.2.1 Rückschlüssige Annahmen.** Es finden sich in der Literatur keine direkten Kausalzusammenhänge, die diese Hypothesen stützen können. Anhand bereits bekannter empirisch gesicherter Geschlechtsunterschiede und theoretischer Sätze erfolgt eine Analyse und Komparation, die Schlussfolgerungen (auf Wahrscheinlichkeitsbasis) von der Art einer Wenn-dann-Aussage erlauben. Eine solche rückschlüssige Aussage kann als Beispiel nachfolgend veranschaulicht werden:

A: Depression führt durch Absinken des Selbstwertgefühls und persönliche Einengung zum Suizid (vgl. AHRENS, 1997, S. 631). B: Depression entsteht u.a. durch Aggressionshemmung (vgl. MENTZOS, 1996, S. 22). C: Männer sind aggressiver und autoaggressiver als Frauen (biologische und praxisnähere Befunde). Männer können diese Aggressionen nicht ausleben. Also geraten Männer aus diesem Grund häufiger zu depressiven Zuständen und erhöhen dadurch ihr Suizidrisiko.

### **2.2.2 Aufeinanderbezogenheit**

Eine strikte Trennung zwischen den verschiedenen Disziplinen, Sachverhalten und Hypothesen ist nicht möglich. Es handelt sich um komplexe theoretische Zusammenhänge. Am Beispiel des Konstrukts des Stress:

Rollentypische Berufswahl und Tätigkeit (Führungsposition, wirtschaftlicher oder politischer Sektor) führt zu einem geschlechtsspezifischen Erwartungsdruck und unterschiedlichen Anspruchsniveausetzungen. Diese intensivieren den Stress und belasten bzw. verunsichern wiederum das Selbst. Durch die Belastung erhöhen sich die Erkrankungs-, Versagens oder Kränkungsgefahr sowie die Auftretenswahrscheinlichkeit kritischer Lebensereignisse (Trennung in der Ehe oder Verlust des Arbeitsplatzes). In allen diesen Hinsichten erhöht sich das Suizidrisiko der Männer.

### **2.2.3 Zirkuläre Zusammenhänge**

Da es sich um einen psychischen Komplex handelt, stellt sich im Prozess der Bildung von Erklärungszusammenhängen eine unlösbare Zirkularität heraus. Neigen Männer beispielweise öfter zum Führungsverhalten, weil sie (narzisstisch) unsicherer sind und die Führung als Stärkung benötigen, oder umgekehrt - verunsichert die Führungsposition die Männer durch Erwartungsdruck, Belastung oder Versagensgefahr? Sind Männer aggressiver als Frauen, weil sie eine stärker psychodynamische Macht tendenz haben und Aggression (Gewalt) als Mittel zur Ausübung der Macht verwenden, oder umgekehrt verfügen Männer über aggressivere Impulse, was sie im Laufe der Evolution und später der Sozialisation zu mächtigeren Sozialpositionen brachte? Diese zirkulären Überlegungen begleiten die Erstellung der gesamten Erklärungsansätze.

## 11. GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE IN DER HÄUFIGKEIT SUIZIDALER HANDLUNGEN - EIN FAZIT

Die vorliegende Arbeit versucht, Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit suizidaler Handlungen aus zwei verschiedenen, aber miteinander verflochtenen Perspektiven zu erklären:

(1) Männer und Frauen geraten nicht gleich häufig in suizidgefährdende Situationen.

(2) Männer und Frauen bewältigen diese Situationen unterschiedlich, so dass die vollendete Suizidhandlung bei ihnen nicht gleich häufig zustande kommen.

### 11.1 Geschlechtsspezifische Suizidanfälligkeit

Das Rollenverhalten von Männern und Frauen ist ein entscheidender Grund dafür, dass die beiden Geschlechter suizidalen Risikofaktoren wie Versagen, Kränkung und Erkrankungen unterschiedlich unterliegen. Der Mann nutzt im privaten, beruflichen und politischen Bereich ein breiteres Spektrum von Lebensmöglichkeiten, in denen er eine vielfältige Zahl von Problemen meistern und größere Verantwortung tragen muss. Es wäre demnach nur logisch, wenn ein größerer Teil davon scheitern und den Betroffenen kränken würde. Die gesellschaftliche Rolle des Mannes ist durch Wertschätzung von Macht und Zurückweisung von Abhängigkeit charakterisiert. Erstere führt zur Betonung von Ehrgeiz und Erfolg und erhöht die Wahrscheinlichkeit des Scheiterns. Letztere mindert seine soziale Interaktion und führt zu Einsamkeit, Isolation und ineffektiven Bewältigungsformen.

Er steht lebenslang unter größerem Erwartungsdruck und wird in allen Lebensbereichen häufiger und intensiver von der Kränkungsgefahr bedroht. Männer werden durch den hohen äußeren Erwartungsdruck nicht nur öfter gekränkt, sondern sie sind auch leichter kränkbar. Hier wird die zirkuläre Beziehung zwischen solchen Außenrisiken und geschlechts-spezifischen Struktur deutlich. Sie haben gelernt, seit Beginn ihres Lebens „Männer“ zu werden. Eine Aufgabe, die das „starke Geschlecht“ letztlich endlich verunsichert und gefährdet. Je höher die eigene Anspruchsniveausetzung ist, desto stärker ist die Kränkungsgefahr in Lebenssituationen.

Bei näherer Betrachtung dieser Befunde leuchtet es ein, dass die Kränkung des Selbst (direkt oder indirekt) das überwiegende Suizidrisiko für beide Geschlechter ist. Dies belegt das gangsa behandelte psychoanalytische Grundkonzept der Suizidforschung, wonach es keinen Außenfaktor gibt, der allein zum Suizid führen kann, wenn das Selbst des Betroffenen nicht beschädigt oder bereits zerstört ist. Die Geschlechtsunterschiede, die die geschlechtsspezifische Anfälligkeit für die suizidalen Handlungen determinieren, sind in Tab. 5 aufgelistet.

Tabelle 5

Zusammenstellung der Befunde zur geschlechtsspezifischen Suizidanfälligkeit :

Merkmal	Richtung der Geschlechtsunterschiede	Suizidrisiko
<b>Anspruchsniveausetzungen</b>	Männer > Frauen	Kränkung, Streß
<b>Sozialer und beruflicher Erwartungsdruck</b>	Männer > Frauen	Kränkung, Streß
<b>Breite des Handlungsspielraumes (Verantwortung, Zahl der Aufgaben)</b>	Männer > Frauen	Kränkung, Belastung bzw. Streß, Erkrankung
<b>Leistungsmotivation</b>	Männer > Frauen	Versagen, Kränkung, Streß
<b>Internale Attribution</b>	Männer > Frauen	Kränkung, Depression
Führungsverhalten	Männer > Frauen	Kränkung, Versagen
Autokratischer Führungsstil	<u>Männer &gt; Frauen</u>	Kränkung, Versagen
Negative bzw. bedrohliche Bewertung von Lebensereignissen	Männer > Frauen	Depression, Kränkung, Streß, Erkrankung
Geselligkeitsstreben	Männer < Frauen	Isolation, Einsamkeit
<u>Empfängnis von Hilfeleistung</u>	Männer < Frauen	Depression, Kränkung
Individualität und Anomie	Männer > Frauen	Deprivation, Isolation
Heldenhaftes Verhalten	Männer > Frauen	Suizid als Motiv (Ideal)
Soziale Beeinflussbarkeit	Männer < Frauen	Isolation
<u>Sexuelle Sicherheit bzw. Identität</u>	Männer < Frauen	<u>K r ä n k u n g</u>
Unheilbare Erkrankungen	Männer > Frauen	Kränkung, Suizid als <u>Entlastungslösung</u>
Soziale Akzeptanz untypischen Rollenverhaltens	Männer < Frauen	Kränkung

## 11.2 Geschlechtsspezifische Bewältigung suizidaler Krisen:

Der Mann ist nicht nur anfälliger für Krankheiten und Kränkungen als die Frau, sondern er widersteht auch Lebenskrisen weniger gut als sie. Meine Folgerungen zur geschlechtsspezifischen Bewältigung sind auf drei Aspekte zurückzuführen:

### (1) Geschlechtsspezifische Pathogenität

Allem Anschein nach ist der Mann „das schwache Geschlecht“. Er ist für somatische und körperliche Erkrankungen anfälliger als die Frau. Das Suizidkonzept von AME'RY (1980) „Freiwillig aus dem Leben“ bezieht sich auf eine bewusste und rationale Entscheidung, die aber auch von der Gesundheit des Betroffenen abhängt. Das Argument „Freiheit oder Krankheit“ wird daran zu messen sein, ob der Suizidant gesund ist und damit frei von Krankheiten, oder ob Krankheit seine Freiheit einschränkt oder einschließt.

Es liegt zunächst auf der Hand, dass Männer in Krankheitszuständen aller Arten die leidenden Situationen nicht (effektiv) bewältigen können. Sie entscheiden sich nicht frei für den Tod, sondern sie sind ihm ausgeliefert. Sie sind massiver narzisstisch gekränkt, depressiv, süchtig und öfter unheilbar krank. Diese Realität erschwert dem chronisch Kranken die Verwendung von notwendigen Copingprozessen und zwingt zu unreifen oder fehlangepassten Mechanismen zu greifen oder unweigerlich mit psychopathologischen Reaktionen zu antworten. Hierzu zählen auch soziopathologische Einbußen (fehlende sozialer Kontakte), die die Entstehung dieser Zustände begünstigen. Frauen hingegen wird von verschiedenen Autoren eine bessere Lebensimmunität zugeschrieben. Sie neigen weniger zu Krankheiten und können ihre Problematik durch ihre soziale Interaktion effektiver und konstruktiver bewältigen.

Sie begehen weniger gelungene Suizide und häufiger Suizidversuche mit einem kommunikativen Motiv (Appelfunktion). Auf dem Kontinuum von Freiheit und Krankheit liegen zwischen Männern und Frauen graduelle Unterschiede vor.

## (2) Geschlechtsspezifische Psychodynamik

Zurückkehrend auf meine einleitenden Hypothesen, spielen im suizidalen Entwicklungsverlauf Geschlechtsunterschiede in der psychodynamischen Struktur und in intrapsychischen Prozessen eine entscheidende Rolle. Der geschlechtsspezifische soziale und kommunikative Charakter hat eine wichtige Auswirkung auf die **Objekt- und Libidobesetzung** der beiden Geschlechter. Der Vorgang der Libidobesetzung bzw. Befriedigung von Liebestrieben hat eine suizidhemmende Funktion und überwiegt bei Frauen, die aufgrund ihrer sozialen Interaktion in der Ambivalenzphase (PÖLDNIGER, 1968) destruktive Tendenzen 1 eher neutralisieren bzw. eliminieren können. Sie externalisieren das kränkende Objekt und verringern damit das Autoaggressionspotential. Das Objekt wird außerhalb des Körpers gehaßt und verachtet, es soll nicht mehr vernichtet werden und kann leichter im sozialen System ersetzt werden. Bei Männern ist die Richtung dieser beiden Vorgänge entgegengesetzt. Bei Männern nimmt die Libidobesetzung ab und die Objektbesetzung durch Internalisierung des Objekts steigt. Hinzu kommen psychodynamische Kräfte, die die Zunahme des Suizidsverlaufs verstärken. Männer ersetzen die fehlenden Sozialkontakte bzw. die libidinöse Zufuhr durch Wiedervereinigungsphantasien mit dem Primärobjekt. Ihre frühkindlichen Ablösungs- und Identifikationsschwierigkeiten werden in suizidalen Krisen reaktiviert. Die erhöhte Objektbesetzung und fehlende Libidozufuhr verstärken die Autoaggression. Ihre aggressiveren Tendenzen, die massivere Einengung sowie Verschmelzungsphantasien führen zur vollendeten Suizidhandlung. Es ergeben sich also nach beiden Entwicklungsansätzen der Suizidhandlung (nach RINGEL, 1953; PÖLDNIGER, 1968) psychodynamische Geschlechtsunterschiede.

Tabelle 6

Zusammenstellung der Befunde zur geschlechtstypischen Bewältigung suizidaler Krisen

Suizidförderndes Merkmal	Richtung der Geschlechtsunterschiede
Unterdrückung von Emotionen	Männer > Frauen
Grad der Kommunikation	Männer < Frauen
Soziale Einengung	Männer > Frauen
Wiedervereinigungsbedürfnisse	Männer > Frauen
Aggression, Verwendung harterer Mittel	Männer > Frauen
Selbstaggression	Männer > Frauen
Narzißtische Rettung als Motiv	Männer > Frauen
Meidung ärztlicher Hilfe	Männer < Frauen
Libidobesetzung	Männer < Frauen
Objektbesetzung	Männer > Frauen
Machtphantasien	Männer > Frauen
Selbstschädigendes Verhalten	Männer > Frauen
Effektive Streßbewältigung	Männer < Frauen
Einnahme von Medikamenten als Schutzalternative	Männer < Frauen

### **(3) Die Verarbeitungsebene**

FREUD (1916, vgl. KIND, 1986, S. 22) betont die Bedeutung der Objektbesetzung und den Mangel an Interaktion als Folge einer Rücknahme der Libidobesetzung des Objekts und erklärt, daß ein interpersoneller Vorgang zu einem intrapsychischen Vorgang werden kann. Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich dieses Übergangs dadurch, daß eher Männer Lebenskrisen und zwar aller Art, intrapsychisch und nicht interpersonell verarbeiten. In Anlehnung an die Unterscheidung von RUBEN (1979, vgl. KIND, 1986, S. 23) und KLEMANN (1983, vgl. KIND, 1986, S. 23) zwischen interpersonellen und intrapsychischen Suizid-ebenen werden Männer und Frauen in zwei Suizidantengruppen mit unterschiedlichen Suizidmotiven eingeteilt.

Der interpersonelle Ansatz beschreibt Personen (überwiegend Frauen), deren Suizidhandlung eine kommunikative Funktion hat. Sie möchten da über den Weg der Suizidalität einen anderen Menschen erreichen und etwas in ihm bewirken. FARBEROW & SHNEIDMAN (1961, vgl. KIND, 1986, S. 24) bezeichnen diese Handlung als „cry for help“-Phänomen. Der intrapsychische Ansatz bezieht sich hingegen auf Personen, die sich durch ihren ausgesprochenen Mangel an Appellendenzen interaktionsarm verhalten. Für sie scheint die Suizidhandlung unter Aufgabe ihrer interaktionellen Valenz bereits mehr zu einem innerlichen, intrapsychischen Geschehen geworden zu sein. Destruktive Phänomene, die eher für Männer charakteristisch sind, wie der maskierte Suizid (gefährliche Verhaltensweise), Sucht und dysfunktionale interne Bewältigungsstrategien durch Verleugnung der Realität sowie Unterdrückung von Emotionen sind naheliegende Hinweise für eine intrapsychische Verarbeitungsebene bei Männern.

### **(4) Kommunikation**

Die Geschlechtunterschiede auf der Verarbeitungsebene sind nicht nur auf die psychodynamische Differenzierung zurückzuführen, sondern auch auf unterschiedliche Kommunikationsebenen. Das ergibt für die Erklärung der Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit suizidaler Handlungen ein Kontinuum zwischen zwei Polen, wobei „Destruktives Schweigen“ (für Männer) der „Instrumentellen Suizidalität“ (für Frauen) gegenübergestellt wird.

"Die zwischenmenschliche Kommunikation ist dann nicht von Feindseligkeit, Wut, Destruktivität, Rückzug oder Depression, sondern (noch) von der Mitteilung dieser Absichten bestimmt" (SHNEIDMAN, 1991, zitiert nach KIND, 1986, S. 167). In diesem Sinne erklären sich auch die Geschlechtsunterschiede in der Suizidversuchsrate. Die typischen Suizid-versucher wollen die Kommunikation zu ihren Mitmenschen aufrechterhalten. Sie senden Signale aus und hoffen, daß sie aufgefangen und beantwortet werden. Bei Männern hingegen wird nicht mehr kommuniziert, sondern unbewußt mit Irrationalem, nämlich mit dem Primärobjekt und mit dem „Leben nach dem Tod“ phantasiert. Sie lassen durch dieses destruktive Verstummen ihre Angehörigen schockiert zurück.

Aus diesem Standpunkt kann man die Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit suizidaler Handlung anhand des folgenden Ebenenmodells zusammenfassen und erklären:

#### **Ebene 1: Sozial-kommunikativ (Männer < Frauen)**

Eher Frauen begehen Suizidversuche, um Kommunikation, Zuneigung oder Emotionen von ihren Mitmenschen zu gewinnen. Der Mann muss hingegen von einer ganz speziellen psychischen Struktur sein, um zu einer solchen Lösung greifen zu können. Es gibt für ihn keine männliche Rolle, die den Suizidsversuch als angemessene Taktik gelten ließe. Es handelt sich um keinen pathogenen Zustand, sondern eher um eine soziale Problematik.



## **Ebene 2: Geschlechtsspezifische Gefährdung (Männer > Frauen)**

Männer und Frauen reagieren mit der suizidalen Handlung, wenn ihr Selbst im privaten oder gesellschaftlichen Umfeld gefährdet, bedroht oder bereits verletzt ist. Sie sind dieser Gefahr nicht gleichermaßen ausgesetzt. Die Kränkungsgefahr stammt zunächst aus dem interpersonellen Kontext, d.h. von außen, kann aber auch von intrapsychischen Faktoren (Macht- und Größenbedürfnisse sowie dem Wunsch nach narzisstischer Zufuhr) erhöht werden.

## **Ebene 3: Übergang ins intrapsychische Geschehen (Männer > Frauen)**

Eher die Frauen richten die Verarbeitung einer Kränkung auf die interpersonelle Ebene. Sie teilen diese mit ihren Mitmenschen, weinen und bitten um Zuwendung. Sie zeigen eher ihre Wut und damit externalisieren sie das zerstörende Objekt. Viele von ihnen holen sich sogar fachliche Hilfe oder bekommen Psychopharmaka verschrieben. Sie sind mehr mit Libido besetzt und gehen weniger in die intrapsychische Ebene über. Männer ziehen sich dagegen meistens zurück und verlieren dadurch libidinöse Zufuhr.

Sie internalisieren das kränkende Objekt und finden durch Isolation keine anderen Ersatzobjekte, auf die die Aggression gerichtet werden kann. Das Objekt liegt innen. Die mangelnde Kommunikation und rollentypische Individualität wirkt sich jetzt destruktiv aus. Alle sozialen Kontakte werden ausgeklammert, die Mitmenschen dürfen den Zustand der Erniedrigung und Beschämung nicht sehen. Je länger die Männer auf der intrapsychischen Ebene bleiben, um so stärker sind sie gefährdet. Eine massive Einengung tritt ein, die das rationale Denken beeinträchtigt. Stattdessen überwiegt das Irrationale - die Phantasien, welche jetzt die Machtwünsche (regressiv) zurück zum Primärobjekt richten.

## **Ebene 4: Intrapsychische Differenzierung (Männer > Frauen)**

Auch auf der intrapsychischen Ebene ergeben sich Geschlechtsunterschiede, welche die Destruktivität bzw. Ausführung der Suizidhandlung begünstigen. Männer sind eingengter, aggressiver narzisstisch kränkbarer als Frauen. Sie haben mehr Schwierigkeiten sich in ihrer Frühkindheit von ihrer Mutter abzulösen und wollen sich in Zeiten von Gefahr mit ihr wiedervereinigen.

Ihre Wiedervereinigungsbedürfnisse und der Kampf gegen das internalisierte Objekt zwingen die Männer auf der intrapsychischen Ebene zu bleiben und ermöglichen ihnen aus der Krise keinen produktiven Ausgang. Frauen haben das kränkende Objekt oft außerhalb, sie sind weniger aggressiv und zeigen auch eine geringere Autoaggression. Sie besitzen mehr Libido von ihren Mitmenschen und weniger Verschmelzungstendenzen. Sie haben eine bessere Möglichkeit, auf die interpersonelle Ebene zurückzukehren, mit ihrer Umwelt zu kommunizieren und „ihre Lebensinstinkte zu verfolgen“ und damit auch am Leben zu bleiben.