

Männer in suizidalen Krisen

Ansätze für genderspezifische Suizidprävention und psychosoziale Versorgung

Laura Hofmann, Heide Glaesmer, Birgit Wagner & Cora Spahn

Zusammenfassung: Männer haben ein deutlich höheres Risiko, durch einen Suizid zu versterben, als Frauen. Gleichzeitig nehmen sie seltener psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch und sind durch suizidpräventive Angebote schlechter zu erreichen. Zudem werden psychosoziale Hilfsangebote von Männern als weniger hilfreich wahrgenommen und Männer zeigen zum Teil andere Symptome psychischer Störungen, sodass sie seltener als Risikogruppe erkannt werden. Durch die Berücksichtigung männerspezifischer Bedarfe bei der Gestaltung von Suizidpräventionsangeboten und in der psychosozialen Versorgung suizidalen Erlebens und Verhaltens, können Zugänge in das Hilfesystem gebnet, bedarfsgerechte Versorgungsangebote für Männer in Krisen geschaffen und somit die Suizidprävention für Männer verbessert werden.

Im Jahr 2021 starben in Deutschland 9.215 Menschen durch Suizid, davon waren etwa 75 Prozent Männer¹ (DeStatis, 2023). Auch wenn die Suizidzahlen über die letzten Jahrzehnte rückläufig sind, ist dieses deutlich erhöhte Suizidrisiko von Männern ein konstant fortbestehendes Phänomen. Es existieren wirksame Versorgungs- und Behandlungsansätze für suizidales Erleben und Verhalten (Sobanski et al., 2021) und sie können einen Beitrag zur Suizidprävention leisten. Allerdings finden Männer seltener den Weg in die psychosoziale Versorgung (z. B. Krisenanlaufstellen, Seelsorge) und sind durch suizidpräventive Angebote schlechter zu erreichen als Frauen (Kuramoto-Crawford et al., 2017; Luoma et al., 2002). Luoma et al. (2002) untersuchten das Hilfesuchverhalten von Menschen vor einem Suizid mithilfe von Krankenakten und psychologischen Autopsien. Nur ca. 18 Prozent der Männer (im Vergleich zu 36 Prozent der Frauen) hatten einen Monat vor dem Suizid psychosoziale Hilfe in Anspruch genommen. Aber nicht nur der Zugang zum Hilfesystem scheint erschwert, auch innerhalb des Versorgungssystems ergeben sich Hürden. Männer erleben Versorgungsangebote als weniger hilfreich und brechen diese häufiger ab (Calati & Courtet, 2016; Ogrodniczuk et al., 2018). Auch äußern sie im Hilfesystem bestehende Suizidgedanken seltener als Frauen oder sie zeigen andere Symptome psychischer Störungen, die von Akteur*innen des Versorgungssystems nicht in Richtung eines Suizidrisikos gedeutet werden (Hamdi et al., 2008). Dies kann dazu beitragen, dass das Suizidrisiko unterschätzt wird.

Die epidemiologischen Befunde zur Versorgungssituation von Männern unterstreichen, wie wichtig eine genderspezifische Betrachtung von Risikofaktoren, Bedarfen und Zugangswegen ist. Bisher gab es in diesem Bereich wenig gendersensible Ansätze und auch in der Forschung steht die Betrachtung von genderspezifischen Unterschieden bei suizidalem Erleben und Verhalten noch am Anfang. Der vorliegende Beitrag

beschreibt Risikofaktoren für suizidales Erleben und Verhalten bei Männern sowie die Herausforderungen der psychosozialen Versorgung und stellt Implikationen/Ansätze für eine verbesserte Versorgung für Männer in suizidalen Krisen vor.

Spezifische Risikofaktoren für suizidales Erleben und Verhalten bei Männern

Der bedeutsamste Risikofaktor für einen Suizid ist für beide Geschlechter ein vorangegangener Suizidversuch (Franklin et al., 2017). Das Risiko für einen erneuten Suizidversuch ist vor allem in den ersten Monaten nach einem Suizidversuch um ein Vielfaches erhöht (Chung et al., 2017). Im diagnostischen Prozess und in der psychosozialen Versorgung sollte vorangegangenes suizidales Erleben und Verhalten unbedingt erfasst werden.

Allerdings ist mittlerweile auch eine Reihe von genderspezifischen Risikofaktoren bekannt. Ein systematisches Review von Richardson et al. (2021)² identifizierte als bedeutendste Risikofaktoren bei Männern Depressionen, Substanzmiss-

¹ Im Artikel nutzen wir die Bezeichnung „Mann“ und schließen hierbei alle Personen ein, die sich dem männlichen Geschlecht zugehörig fühlen, sich also männlich identifizieren. In der vorliegenden Primärliteratur erfolgt weitestgehend eine binäre Zuordnung in „männlich“ und „weiblich“. Diese Zuordnung erfolgt häufig durch Selbstberichte, kann aber auch durch Zuordnung über medizinische Daten etc. erfolgen. Eine Darstellung oder Unterscheidung in „sex“ und „gender“ findet häufig nicht statt, sodass die Autorinnen auch in diesem Artikel von einer Differenzierung absehen. Da wir alle männlich identifizierten Personen in die Bezeichnung „Mann“ einschließen und davon ausgehen, dass dies auch überwiegend im behandlerischen und beraterischen Setting passiert, sprechen wir bei den auf Männer ausgerichteten Präventions- und Behandlungsansätzen von genderspezifisch und gendersensibel anstatt von geschlechtsspezifisch und geschlechtssensibel.

² Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

brauch und alleinstehend zu sein. Weitere Risikofaktoren mit unterschiedlicher Evidenzlage waren u. a. Arbeitslosigkeit, niedrige Bildung, schwere Krankheit sowie Suizid im sozialen Umfeld. Neben den Risikofaktoren, die das Auftreten von suizidalem Erleben und Verhalten erklären, spielen auch Faktoren, die das Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhalten sowie die Wirksamkeit von Interventionen mitbestimmen, eine wichtige Rolle.

Male depression – Unterdiagnostizierung depressiver Störungen bei Männern

Einer der wichtigsten und am meisten erforschten Risikofaktoren für suizidales Erleben und Verhalten ist das Vorliegen einer psychischen Störung, depressive Störungen sind dabei von zentraler Bedeutung (Bachmann, 2018). Das Risiko, durch einen Suizid zu versterben, ist für männliche Betroffene um das 32-fache gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht (Crump et al., 2014). Depressionen werden allerdings bei Männern deutlich seltener diagnostiziert als bei Frauen (Bretschneider et al., 2017). Es wurde deshalb in den letzten Jahren vermehrt der Frage nachgegangen, ob Depressionen bei Männern nicht weniger häufig vorliegen, sondern weniger häufig diagnostiziert und Männer deshalb seltener als Risikopersonen identifiziert werden (Cavanagh et al., 2017). Es gibt mittlerweile deutliche Hinweise dafür, dass sich Depressionen bei Männern in einer anderen Symptomatik (z. B. Reizbarkeit, Wut/Aggression, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Risikoverhalten, Hyperaktivität) als nur der herkömmlichen (z. B. Antriebsminderung, Schlafstörungen, Grübeln) manifestieren und besonders Männer, die sich nah an traditionellen männlichen Stereotypen (z. B. Stärke, restriktive Emotionalität, Eigenständigkeit) orientieren, eher eine externalisierende Symptomatik (z. B. Wut, Reizbarkeit, Drogenmissbrauch, Risikobereitschaft) zeigen (Walther & Seidler, 2020; Winkler et al., 2005). An einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe in den USA konnten Martin et al. (2013) zeigen, dass im Bereich der Depressionen die Prävalenzunterschiede zwischen den Geschlechtern verschwinden, wenn zusätzlich zu herkömmlichen auch externalisierende Symptome erfasst werden. Eine unzureichende Berücksichtigung dieser genderspezifischen Symptomatik kann zu einer Unterdiagnostizierung von Depressionen bei Männern führen (Möller-Leimkühler & Mühl-
eck, 2020).

Herabgesetzte Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen

Männer nehmen generell und auch bei suizidalem Erleben und Verhalten weniger psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch als Frauen (Keil et al., 2020; Ko et al., 2019). Dabei können unter anderem auch negative Einstellungen gegenüber diesen Hilfsangeboten einer Inanspruchnahme im Wege stehen. In einer aktuellen Untersuchung von Czaplicki et al. (2022) äußern Männer stärkere Vorbehalte sowohl gegenüber Psychotherapie als auch gegenüber Pharmakotherapie als Frauen. Rice et al. (2020) zeigten bei einer bevölkerungsrepräsentati-

ven Befragung von kanadischen Männern, die alle Symptome einer schweren Depression und z. T. Suizidgedanken berichteten (63 Prozent), dass die Einstellung der Männer eine größere Vorhersagekraft für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten hatte als strukturelle Barrieren. Dabei scheint sich die Orientierung von Männern an traditionellen männlichen Stereotypen negativ auf die Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten auszuwirken (Eggenberger et al., 2021; Walther & Seidler, 2020; Wong et al., 2017). Hilfesuchverhalten widerspricht dem klassischen Männlichkeitsideal von Autonomie und Selbstkontrolle (Möller-Leimkühler, 2008).

Fehlendes Wissen über psychische Störungen, suizidales Erleben und Verhalten, die psychosoziale Versorgung und über Behandlungsmöglichkeiten sowie die Erfahrungen von Männern mit Hilfsangeboten können das Hilfesuchverhalten negativ beeinflussen (siehe auch Abschnitt „Erfahrungen von Männern mit Hilfsangeboten“). Auch wenn Schaffer et al. (2016) in einer Studie zeigen, dass 61 Prozent der Männer, die an Suizid starben, in den zwölf Monaten zuvor im Kontakt mit dem Hilfesystem waren, öffnen sich Männer in diesem Zusammenhang weniger als Frauen und sprechen Suizidgedanken seltener an (Richardson et al., 2022).

Traditionelle Männlichkeitsnormen

Die traditionellen Geschlechterrollen von Männern betonen ein höheres Maß an Stärke, Unabhängigkeit, Risikobereitschaft und Individualismus. Wenn allerdings in Zeiten von Krisen, Arbeitsplatzverlust, Scheidung oder Krankheit diese Ideale nicht erfüllt werden können und Männer sich stark an diesen Idealen orientieren, kann dies wiederum zu Selbstabwertung und Schamerleben führen.

In diesem Zusammenhang ist auch Selbststigmatisierung und befürchtete Fremdstigmatisierung von Bedeutung. Suizidales Erleben und Verhalten ist immer noch stigmatisiert. Die (Selbst)Stigmatisierung von suizidalem Erleben und Verhalten bei Männern scheint dabei ausgeprägter als bei Frauen (Mackenzie et al., 2016; Oliffe et al., 2016). Vogel et al. (2011) zeigten, dass die Selbststigmatisierung ein vermittelnder Faktor zwischen der Orientierung an Männlichkeitsnormen und der Einstellung zum Hilfesuchverhalten ist. Die Angst, von anderen stigmatisiert zu werden, sowie Selbststigmatisierung kann Männer davon abhalten, im privaten oder auch im professionellen Setting Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Mangelnde soziale Unterstützung

Soziale Eingebundenheit, wie ein sicheres soziales Netz, eine stabile Partnerschaft und Elternschaft, ist auch für Männer ein protektiver Faktor für suizidales Erleben und Verhalten (Richardson et al., 2021). Im Gegensatz dazu haben alleinstehende Männer ein erhöhtes Risiko für suizidales Erleben und Verhalten (Richardson et al., 2021). Soziale Stressoren, wie beispielsweise eine Trennung, Arbeitslosigkeit oder der Tod des Partners oder der Partnerin, sind weitere Risikofaktoren

für einen Suizid, insbesondere dann, wenn nur wenige andere soziale Bezüge vorhanden sind (Chiu & Tsoh, 2013).

Alkoholmissbrauch

Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch ist ein bedeutender Risikofaktor für suizidales Erleben und Verhalten bei Männern (Richardson et al., 2021). Durch eine akute Intoxikation werden Enthemmungseffekte gefördert und die Impulskontrolle reduziert, wodurch wiederum suizidale Handlungen begünstigt werden. Dagegen steht ein regelmäßiger hoher Alkoholkonsum eng in Zusammenhang mit einer depressiven Symptomatik, welche das Suizidrisiko erhöhen kann (Xuan et al., 2016). Conner et al. (2014) zeigten in einer Studie (N = 37,993) einen deutlichen Zusammenhang zwischen einer erhöhten Letalität der Methode und dem Alkoholkonsum direkt vor einem Suizid. Kólves et al. (2020) untersuchten in Australien den Zusammenhang zwischen Suizid und Alkoholkonsum direkt vor dem Suizid (N = 6,744) und fanden bei 33,6 Prozent der Männer versus 28,3 Prozent der Frauen einen erhöhten Blut-Alkohol-Konzentrations-Wert zum Todeszeitpunkt.

Letalität der Methoden

Im Vergleich zu Frauen wählen Männer Suizidmethoden mit einem höheren Letalitätsrisiko (Berardelli et al., 2022; Mergl et al., 2015). Erklärungsansätze dazu sind, dass Männer sich beispielsweise eindeutiger für den Suizid entschieden haben, eine höhere Toleranz aufweisen, sich selbst massiv zu verletzen, eine höhere Risikobereitschaft und Impulsivität aufweisen oder insgesamt hoffnungsloser sind (Bilsker & White, 2011; Conner et al., 2014; Xuan et al., 2016). Im Rahmen der Interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens wird das Konzept der *Capability for Suicide* (Fähigkeit, sich zu suizidieren) beschrieben. Studien zeigten, dass diese bei Männern ausgeprägter ist als bei Frauen (Donker et al., 2014).

Erfahrungen von Männern mit Hilfsangeboten

Trotz der insgesamt herabgesetzten Bereitschaft von Männern, psychosoziale Hilfe in Anspruch zu nehmen, stieg die Anzahl derer, die in Krisen professionelle Unterstützung aufsuchen, in den letzten Jahren kontinuierlich an (Seidler et al., 2020). Vor allem die verbesserte Aufklärung über psychische Störungen sowie deren Entstigmatisierung tragen zu dieser positiven Entwicklung bei. Ein bestehendes Problem ist jedoch, dass Männer psychosoziale Hilfsangebote häufiger als weniger hilfreich wahrnehmen (Ogrodniczuk et al., 2018).

Good und Robertson (2010) untersuchten spezifische Faktoren, welche zu Unzufriedenheit mit professionellen Hilfsange-

boten bei Männern beitragen. Männer berichteten demnach ein hohes Ausmaß an Feindseligkeit, Unwohlsein und negative Einstellungen gegenüber Hilfsangeboten und können sich dementsprechend schwerer auf ein Versorgungsangebot einlassen. Eine positive Beziehung und zufriedenstellende Erfahrungen im Versorgungsprozess können zwar zu einer Reduzierung dieser Einstellungen führen, jedoch benötigten Männer mehr Zeit, diese Barriere abzubauen (Seidler et al., 2020). Yousaf und Kollegen (2015) untersuchten in ihrem systematischen Review zudem das Inanspruchnahmeverhalten von Männern. Männer zeigten zum einen vermehrt Zurückhaltung im Äußern von Gefühlen sowie Scham. Männer zeig-

Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch ist ein bedeutender Risikofaktor für suizidales Erleben und Verhalten bei Männern.

ten zudem nachweislich ein höheres Bedürfnis nach Kontrolle und Unabhängigkeit im Rahmen von Hilfsangeboten und sind dementsprechend unzufrieden, wenn sie diese Bedürfnisse bedroht sehen (Coles et al., 2010). Aber auch fehlendes Wissen über den Ablauf von psychosozialen Versorgungsangeboten, falsche Erwartungen und eine fehlende Aufklärung können zu Frustration und somit zu einer fehlenden erneuten Inanspruchnahme von Hilfsangeboten führen (Seidler et al., 2018 b). Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung von Männern gibt es bisher keine einheitlichen Befunde. Einige Studien konnten eine schlechtere Therapiewirksamkeit bei Männern feststellen, andere Studien zeigten dies jedoch nicht (Walther & Seidler, 2020). Allerdings begeben sich Männer häufig erst später und bei fortgeschrittener Belastung in psychotherapeutische Behandlung, sodass hier die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung und nicht zufriedenstellender Therapieergebnisse deutlich erhöht ist.

Im Rahmen des Verbundprojekts „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ (siehe Kasten) wurden leitfadenorientierte Interviews mit 14 Männern, die mindestens einen Suizidversuch hatten, durchgeführt. Thematisiert wurden in den Interviews auch Erfahrungen mit der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Es wurde vielfach Stärke und Eigenständigkeit als bedeutsame männliche Eigenschaft thematisiert. Auch in dem Sinne, dass im Idealfall Probleme eigenständig gelöst werden. Schwach-Sein wurde als diesen Männlichkeitsstereotypen entgegenstehend beschrieben und deutlich negativ konnotiert. Schwäche wurde vielfach im Sinne eines Versagens erlebt. Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wurde in den Interviews mit Schwäche in Verbindung gebracht.

„Man fühlt sich dann recht schnell schwach. (...), weil ich gesagt habe, mich wirft so was Banales, nahezu Alltägliches so aus der Bahn und dann fühlt man sich einfach schwach. Und Schwäche zu zeigen, ist nicht gerade eine meiner Stärken.“ (TN004)

„(...) ich dachte, ich bin ein Mann und ein Mann muss seine Probleme selber lösen.“ (TN006)

Auch wurde Angst vor Stigmatisierung und vor Kontroll- und Autonomieverlust thematisiert. Die Inanspruchnahme der Psychotherapie wurde u. a. als Schritt beschrieben, der Überwindung kostete und Auswirkungen auf das Selbstbild hatte. Auch wurde immer wieder Angst vor Hospitalisierung (gegen den eigenen Willen) aufgrund der Äußerung von Suizidgedanken deutlich.

„(...) diese Angst, das Selbstbild, (ich bin) ein Mensch, der psychisch labil ist und verrückt. Und vorher war man das halt nicht.“ (TN011)

„(...) und dann kommst du in die geschlossene Anstalt und sobald du in der geschlossenen Anstalt bist, hast du es nicht mehr selber in der Hand.“ (TN001)

Auch beschrieben die Männer, dass es länger dauerte, sich in den Psychotherapien zu öffnen, und sowohl Skepsis gegenüber den Psychotherapeut*innen und als auch gegenüber dem Therapieprozess. Sie benötigten häufig mehrere Versuche und Anläufe, bevor sie mit passenden Therapeut*innen zusammenkamen, oder sie beschrieben, dass sie nach Frustrationen Psychotherapien beendeten.

„Ich habe lange Zeit, monatelang ganz unterschiedliche Psychologinnen gehabt und erst die Letzte war dann eine, wo es gepasst hat und der ich auch die Möglichkeit gegeben habe, hinter die Fassade zu gucken und sozusagen komplett das Ganze zu sehen.“ (TN007)

Auch strukturelle Hürden beim Zugang, insbesondere bei der Verfügbarkeit freier Plätze, wurden thematisiert.

„Egal wen ich angerufen habe, wurde mir mitgeteilt: Wir nehmen aktuell niemand an. Dem Einen oder Anderen hatte ich dann noch gesagt: Ja, wahrscheinlich brauchen Sie dann auch keinen mehr annehmen. Also mich wahrscheinlich nicht mehr (Anm.: wegen geplantem Suizidversuch).“ (TN007)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es nicht nur wichtig ist, Männer an psychosoziale Hilfsangebote anzubinden, sondern diese auch an die spezifischen Bedürfnisse von Männern anzupassen. Dadurch kann die Zufriedenheit mit Hilfsangeboten gesteigert und eine erneute Inanspruchnahme in Krisen gefördert werden.

Implikationen für die Versorgung von Männern

Psychosoziale Hilfsangebote spielen für die Suizidprävention eine große Rolle. Mit der Behandlung von Männern in krisenhaften Situationen, mit psychischen Erkrankungen, die ein erhöhtes Suizidrisiko nach sich ziehen, und in der Behandlung nach Suizidversuchen und suizidalen Krisen kann ein

wichtiger Beitrag vor allem für die Suizidprävention geleistet werden. Um Männer in Krisen optimal versorgen und entsprechend suizidpräventiv wirken zu können, ist es zum einen notwendig, dass psychische Erkrankungen bei Männern besser identifiziert werden, zum anderen müssen Betroffene besser und langfristiger an das Hilfesystem angebunden werden. Dafür bedarf es sowohl einer Entstigmatisierung psychischer Belastungen bei Männern in der Gesellschaft, um dem Schamerleben und den noch immer vorherrschenden männlichen Stereotypen entgegenzuwirken, als auch einer Sensibilisierung der Akteur*innen des psychosozialen Versorgungssystems hinsichtlich einer mänderspezifischen Symptomatik und Diagnostik, was dazu beiträgt, dass gefährdete Personen besser identifiziert und an Unterstützung angebunden werden können (Möller-Leimkühler & Mühleck, 2020). Alternative Zugangswege, wie Fitnessstudios, der Arbeitsplatz oder Sportvereine, können ebenfalls dabei helfen, Männer auf Hilfsangebote aufmerksam zu machen und niedrigschwellig Unterstützung anzubieten. Nicht zuletzt ist es relevant, potenzielle Kontaktpersonen von gefährdeten Männern, wie beispielsweise Angehörige oder Arbeitskolleg*innen, einzubinden. Im Folgenden wird auf die spezifischen Versorgungsansätze detailliert eingegangen.

Sensibilisierung für und Diagnostik von mänderspezifische(r) Symptomatik

Männer zeigen im Rahmen psychischer Störungen zum Teil andere Symptome als Frauen, was eine Unterdiagnostizierung psychischer Erkrankungen zur Folge haben kann. Konventionelle Inventare zur Diagnostik von beispielsweise Depressionen erfassen vorwiegend Symptome, welche eher auf Frauen zutreffen (Möller-Leimkühler & Mühleck, 2020). Diese typischen Depressionssymptome treten jedoch bei Männern im Rahmen von Depressionen seltener auf, sodass es zu einer systematischen Verzerrung hinsichtlich der Diagnostik und Therapieplanung kommt (Walther & Seidler, 2020).

Aufgrund dieser Problematik bedarf es zum einen einer Sensibilisierung hinsichtlich mänderspezifischer Symptome bei Akteur*innen des Versorgungssystems sowie des sozialen Umfelds. Jedoch besteht zum anderen auch die Notwendigkeit genderspezifischer Screenings für Depressionen und angepasster diagnostischer Prozesse. Mittlerweile existieren auch für den deutschsprachigen Raum einige Screeninginstrumente, welche typische Symptome der Männerdepression erfassen, wie zum Beispiel die Male Depression Risk Scale (Walther et al., 2021) oder auch das Gendersensitive Depressionsscreening (Möller-Leimkühler et al., 2021). Letzteres erfasst anhand von 25 Items Symptome wie Aggressivität und Risikoverhalten und ermöglicht somit eine gendersensible Diagnosestellung. Aufgrund der erhöhten Prävalenz von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Männern sollte zudem in Erstkonsultationen eine Erfassung von Suchterkrankungen und Substanzkonsum durchgeführt werden. Aber auch somatische Symptome wie Rückenschmerzen oder gastrointestinale Probleme sowie Schlafstörungen können ein Hinweis

auf das Vorliegen einer psychischen Störung sein – und Männer begeben sich häufig zunächst aufgrund somatischer Beschwerden in ärztliche Behandlung (Sileo & Kershaw, 2020). Aus diesem Grund spielen auch somatische Behandler*innen eine relevante Rolle in der Versorgung von Männern. Eine umfassende Kenntnis über männerspezifische Symptome und Behandlung ist deswegen für alle Akteur*innen des Gesundheitssystems wichtig.

Aber nicht nur die Sensibilisierung von Fachpersonen für diese spezifischen Symptome ist relevant, sondern auch das soziale Umfeld von Männern kann dazu beitragen, dass diese besser an Hilfe angebunden werden können. In einer psychologischen Autopsie-Studie befragten Hofmann & Wagner (2023, under review) insgesamt 15 Angehörige, die einen nahestehenden Mann durch Suizid verloren haben, hinsichtlich des Verhaltens vor dem Suizid sowie der Erfahrung mit Hilfsangeboten. Es zeigte sich, dass die Mehrheit der Männer Veränderungen (z. B. sozialer Rückzug, Kündigung der Arbeit) in den Wochen vor dem Suizid zeigten, dennoch wurden diese Anzeichen von den Angehörigen nicht als Warnhinweise interpretiert. Männer äußerten zudem Suizidgedanken, diese aber eher indirekt, welche für das Umfeld daher schwer zu identifizieren waren. Es fallen in diesem Kontext häufiger Sätze wie „Ich habe auf alles keine Lust mehr“ oder „Ich würde am liebsten gar nicht mehr aufwachen“. Aus diesem Grund ist es auch im Rahmen der Versorgung von Männern in suizidalen Krisen empfehlenswert, das familiäre Umfeld in die Versorgung mit einzubeziehen. Angehörige sind häufig die ersten Personen, welche etwaige Veränderungen oder eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit bemerken, und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention.

Entstigmatisierung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Das immer noch bestehende traditionelle Männerbild trägt zu der herabgesetzten Bereitschaft für die Inanspruchnahme von Hilfe sowie zu erhöhtem Schamerleben hinsichtlich der eigenen Belastung bei Männern bei. Aufklärungskampagnen und Entstigmatisierung gelten als eine der wichtigsten Maßnahmen in der Verbesserung der Versorgung von Männern (Struszczyk et al., 2019). Zudem kann Aufklärungsarbeit durch diverse Medien sowohl suizidpräventive Effekte haben als auch die Gesellschaft sensibilisieren. Mittlerweile gibt es zahlreiche Studien, welche Kampagnen, Foren und Websites auf ihre Wirksamkeit hin untersuchen. Wissenschaftler*innen aus Australien entwickelten die Dokumentation *Man Up* mit einer dazugehörigen Website (Schlichthorst et al., 2018). Sie untersuchten, ob sich die Bereitschaft von Männern, Hilfe in Anspruch zu nehmen, veränderte, nachdem sie die Dokumentation anschauten. Die Dokumentation soll speziell Männer in suizidalen Krisen ansprechen sowie Stereotype abbauen und Hilfsmöglichkeiten aufzeigen. Mehrere Studien konnten bisher zeigen, dass die Dokumentation positive Effekte auf die zuschauenden Personen hatte. Männer zeigten danach eine

höhere Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, verfügten über mehr Wissen und sie gaben an, nun anders über suizidales Erleben und Verhalten zu denken (King et al., 2018; King et al., 2019). Aber auch Informationswebsites können einen suizidpräventiven Effekt haben und zu einer Reduzierung von Suizidgedanken beitragen (Till et al., 2017). Häufig handelt es sich bei solchen Websites um die Bereitstellung von Informationen, Psychoedukation und Anlaufstellen spezifisch für Männer. Der Vorteil solcher Medieninhalte ist die Möglichkeit der anonymen und niedrigschwelligen Inanspruchnahme und die breite Verfügbarkeit dieses Angebots. Die Herausforderung hierbei ist jedoch, dass Betroffene und Angehörige selbst aktiv nach einem solchen Angebot suchen müssen. Daher können insbesondere Öffentlichkeitskampagnen (z. B. im öffentlichen Nahverkehr) eine gute Möglichkeit sein, um für Suizidprävention zu sensibilisieren. Hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im Hinblick auf Männersuizidalität gibt es jedoch bisher keine eindeutigen Ergebnisse. Während einige Studien einen Rückgang der Suizidrate durch öffentliche Werbekampagnen sowie eine erhöhtes Hilfesuchverhalten verzeichneten, konnten andere keinen Effekt solcher Kampagnen feststellen (Pirkis et al., 2019). Diese scheinen vor allem dann einen Effekt zu haben, wenn auf ein spezifisches Hilfsangebot hingewiesen wird.

Ein Teilprojekt des Forschungsverbundes „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ (siehe Kasten) entwickelte nun für den deutschsprachigen Raum ein solches Webangebot, das sich speziell an Männer in (suizidalen) Krisen richtet. Auf dieser Website erhalten Besucher*innen Informationen über suizidales Erleben und Verhalten und bekommen Hilfsangebote und Zugangswege aufgezeigt. In kurzen Videoclips berichten betroffene Männer von Erfahrungen mit suizidalen Krisen und wie sie aus der Krise herausgefunden haben. Zudem thematisieren die Videoclips Männlichkeitsbilder, Stigmatisierung, Scham und die Überwindung von Hürden bei der Inanspruchnahme von Hilfe. Außerdem kommen Expert*innen aus verschiedenen Bereichen des Versorgungssystems zu Wort.

Alternative Zugangswege und Gatekeeper

Nicht nur professionelle Hilfsangebote, sondern auch niedrigschwellige Kontaktstellen können dabei helfen, gefährdete Männer besser zu erreichen. Kampagnen sowie Hinweise auf Hilfsangebote sollen somit an Orte geknüpft sein, welche von Männern ohnehin aufgesucht werden (Grace et al., 2018). Der Vorteil der Verknüpfung solcher Orte mit suizidpräventiven Maßnahmen ist die Möglichkeit der Vermittlung von Informationen sowie der niedrigschwelligen Inanspruchnahme von Unterstützung.

Eine weitere besonders wichtige Rolle in diesem Kontext spielen sogenannte Gatekeeper. Gatekeeper sind wichtige Akteur*innen in der Suizidprävention. Als Gatekeeper werden Personen bezeichnet, die mit Menschen mit einem erhöhten suizidalen Erleben und Verhalten in Kontakt stehen und so-

mit suizidpräventive Hilfestellung geben und Betroffene an Hilfsangebote vermitteln können (Arensman et al., 2016). Zu wichtigen Gatekeepern zählen zum Beispiel Angehörige, aber auch Arbeitskolleg*innen, Allgemeinmediziner*innen oder auch Friseur*innen. Gatekeeper ermöglichen zudem auch eine frühzeitige Identifizierung von Risikopersonen. Personen im sozialen Umfeld sind besonders wichtige Gatekeeper, da sie in engem Kontakt mit potenziell gefährdeten Personen stehen und Veränderungen am ehesten bemerken können. Aber auch anderen Kontaktpersonen kann eine hohe Relevanz in ihrer Rolle als Gatekeeper zugeschrieben werden. In Großbritannien gibt es beispielsweise mittlerweile mehrere Barber Shops, in denen die Mitarbeitenden hinsichtlich psychischer Belastung und Suizidalität geschult sind (Baker, 2020). So sollen männliche Kunden die Möglichkeit bekommen, möglichst niedrigschwellig und in einem gewohnten Setting über ihr Befinden sprechen zu können. Das Personal hat durch das Fachwissen zudem die Expertise, gefährdete Personen zu identifizieren. Ein australisches Projekt kombinierte ein Suizidpräventionsprogramm mit Fußballspielen. Hier wurden unter den Spielern sogenannte Peers ausgebildet, welche dann wiederum suizidpräventive Hilfestellungen geben können. Diese Intervention zeigte sich in der ersten Evaluation als vielversprechende Möglichkeit der Suizidprävention bei Männern (Tighe & McKay, 2012).

Um als Gatekeeper fungieren zu können, bedarf es jedoch an Grundwissen hinsichtlich suizidalen Erlebens und Verhaltens. Mittlerweile gibt es zahlreiche Gatekeeper-Programme, welche darauf abzielen, verschiedene relevante Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Funktion als Gatekeeper zu schulen (Hofmann et al., 2021; Holmes et al., 2021; Rosen et al., 2022). Vorwiegend basieren diese Programme auf dem QPR-Ansatz (question, persuade, refer) und vermitteln Strategien, um a) gefährdete Menschen anzusprechen („question“), b) sie zu überzeugen, Hilfe anzunehmen („persuade“) und c) an Hilfsangebote zu verweisen oder gemeinsam aufzusuchen („refer“) (Quinnnett, 2007). Diese Gatekeeper-Programme vermitteln vor allem psychoedukative Inhalte sowie Kommunikationsstrategien, Informationen zu Hilfsangeboten sowie psychische erste Hilfe für Krisensituationen. Zahlreiche Studien konnten bisher die Wirksamkeit solcher Gatekeeper-Programme nachweisen, vor allem führen diese zu einem Zuwachs an Wissen und Selbstwirksamkeit im Umgang mit Personen mit suizidalem Erleben und Verhalten (de Beurs et al., 2015; Ghoncheh et al., 2016; Hofmann et al., 2021).

Spezifische Gatekeeper-Programme in der Versorgung von gefährdeten Männern existierten bisher kaum. Mit Blick auf die Zurückhaltung betroffener Männer kommt Gatekeepern eine wichtige Rolle bei der Erreichung von Männern zu, die durch die klassischen Hilfsangebote und die Gesundheitsversorgung nicht erreicht werden können.

Besonders zu erwähnen ist hier die Einbeziehung von Angehörigen in die Versorgung von Männern. Vor allem psychoedukative Inhalte können dem Patienten gemeinsam mit sei-

nen Angehörigen vermittelt werden, um das Wissen über suizidales Erleben und Verhalten und den Umgang mit suizidalen Krisen auf beiden Seiten zu erhöhen. Dies hat den Vorteil, dass Angehörige etwaige Veränderungen besser einschätzen und gegebenenfalls darauf reagieren können. Auch das Wissen um Kommunikation in Krisen sowie um Hilfsangebote in Krisen und ein Notfallplan kann so zusammen mit Angehörigen besprochen und umgesetzt werden.

Ein Teilprojekt des Forschungsverbundes „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ (siehe Kasten) entwickelte daher ein Online-Gatekeeperprogramm für Angehörige von Männern in einer suizidalen Krise. Das Programm wird von einer wissenschaftlichen Studie begleitet und evaluiert. Das Angebot richtet sich an Personen, die sich Sorgen um einen nahestehenden Mann machen, und besteht aus insgesamt vier Modulen. Im Rahmen des ersten Moduls erhalten die Angehörigen Informationen über suizidales Erleben und Verhalten, lernen Warnsignale kennen und wie sie suizidales Verhalten identifizieren können. Im zweiten Modul dreht sich alles um Kommunikation und Gesprächsführung. Das dritte Modul fokussiert auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, wie diese gemeinsam aufgesucht werden können und wie die Unterstützung im Rahmen dieser Angebote abläuft. Im letzten Modul geht es dann um die Belastung der Angehörigen selbst, um spezifische Hilfsangebote und auch um Abgrenzung und die Vermittlung von Strategien zur Stressbewältigung. Das Online-Programm besteht unter anderem aus Filmen mit betroffenen Männern sowie Expert*innen des Versorgungssystems. Außerdem lernen Teilnehmende anhand von Hörspielen Kommunikationsstrategien und Gesprächsführung mit Personen mit suizidalem Erleben und Verhalten.

Bedarfsorientierte und gendersensible Ansätze in der psychosozialen Versorgung

Suchen Männer psychosoziale Hilfsangebote auf, ist es mitunter notwendig, genderspezifische Behandlungsbedarfe zu berücksichtigen. Neben der bereits besprochenen gendersensiblen Diagnostik, sollte stets das hohe Ausmaß an Schamgefühlen beachtet werden und die dadurch niedrigere Bereitschaft, die eigene Belastung oder Symptome mitzuteilen. Hier ist es vor allem in den Erstkontakten relevant, detailliert zu explorieren und Schamgefühle anzusprechen. Der Beziehungsaufbau kann sich aufgrund der Skepsis des Patienten schwieriger gestalten, dient aber dem Abbau negativer Annahmen über das Versorgungsangebot. Studien zeigen, dass es für Männer im Rahmen professioneller Unterstützung hilfreich sein kann, wenn die behandelnde Person ein möglicherweise seitens des Patienten empfundenen Hierarchiegefälle auflöst und versucht, als Coach oder sogar als eine Art Mentor zu fungieren (Bedi & Richards, 2011). Aufgrund eines mitunter vorhandenen erhöhten Bedürfnisses nach Autonomie sowie der Angst vor Kontrollverlust, ist eine transparente und partizipative Planung des Unterstützungsangebots hilfreich. Männer sind zudem deutlich weniger vertraut mit

Abläufen in der psychosozialen Versorgung und der Thematik psychischer Erkrankungen, sodass ein besonderer Fokus auf eine ausführliche Psychoedukation und eine flexible Struktur der Unterstützung gelegt werden sollte (Seidler et al., 2022). Männliche Patienten empfinden es hierbei vor allem hilfreich, wenn ihre Autonomie gewahrt wird und sie das Gefühl vermittelt bekommen, den Prozess mitgestalten zu können.

Eine Studie von Bedi & Richards (2011) untersuchte die Therapieerfahrungen von 37 Patienten hinsichtlich hilfreicher Strategien und Verhalten von Psychotherapeut*innen. Als besonders hilfreich wurde vor allem eine klare Kommunikation sowie Offenheit empfunden sowie die Vermittlung praktischer Bewältigungsstrategien. Auch andere Studien konnten bisher zeigen, dass Männer besonders von der Erarbeitung und Anwendung praktischer Strategien profitieren, anstatt vom alleinigen Sprechen über die eigene Belastung. Aber auch sogenannte Mikrokompetenzen der helfenden Person sind relevante Faktoren in der psychosozialen Versorgung von Männern und können die Compliance verbessern (Seidler et al., 2018a). Zu diesen Kompetenzen zählen Selbstoffenbarung, aber auch Normalisierung der Belastung des Patienten sowie Adaptieren der Sprache.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Kontakt mit Männern im Rahmen psychosozialer Hilfsangebote gendersensibel gestaltet werden sollte, um frühzeitigen Abbrüchen der Inanspruchnahme entgegenzuwirken. Studien zur psychosozialen Versorgung von Männern zeigen, dass hier ein besonderer Fokus auf ausführliche Diagnostik, die Wahrung der Autonomie und eine transparente Planung sowie eine sichere und offene Beziehung gelegt werden sollte (Seidler et al., 2018b; Walther & Seidler, 2020). Zwar sind diese Aspekte auch in der Versorgung aller anderer Patient*innen relevant, bei Männern sollte dafür jedoch möglicherweise mehr Zeit aufgewendet und das Hilfsangebot mit Blick auf die höhere Abbruchquote entsprechend gestaltet werden.

Fazit und Ausblick

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit dem suizidalen Erleben und Verhalten von Männern sowie mit Ansätzen für die Suizidprävention und psychosoziale Versorgung dieser Risikogruppe. Es gibt zahlreiche Gründe für die hohe Suizidrate bei Männern. Sie zeigen im Rahmen von psychischen Erkrankungen häufig andere Symptome als Frauen, psychische Erkrankungen werden bei ihnen deswegen deutlich seltener erkannt und sie werden dadurch seltener an professionelle Hilfsangebote verwiesen. Männer sind außerdem für das Gesundheitssystem schlechter zu erreichen – zwar nimmt die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung auch bei Männern zu, diese wird jedoch häufiger als nicht hilfreich wahrgenommen. Auch wählen Männer Suizidmethoden mit einer hohen Letalität. Alarmierende Suizidraten bei Männern betonen die Notwendigkeit spezifischer Unterstützung und einer verbesserten Versorgung.

Bisher gibt es allerdings nur wenige spezifische Angebote für Männer in Krisen. In erster Linie ist sicherzustellen, dass Männer Hilfe aufsuchen oder von ihrem Umfeld an Hilfsangebote verwiesen werden. Weiterhin sollten diese Angebote die männlichen Bedürfnisse an eine Unterstützung berücksichtigen. Besonders praktische Bewältigungsstrategien werden von Männern als hilfreich erachtet. Insbesondere ist es relevant, Interventionsangebote möglichst niedrigschwellig anzubieten, sodass eine Inanspruchnahme mit geringen Barrieren verbunden ist. Auch Online-Angebote bieten eine gute Möglichkeit, um Männer in Krisen zu unterstützen. Der Einbezug von Gatekeepern und die Schulung potenzieller Kontaktpersonen ist zudem ein nicht zu vernachlässigender Faktor in der Suizidprävention von Männern.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es einen hohen Bedarf an spezifischen Unterstützungsangeboten für Männer gibt und bestehende Angebote gendersensitive Aspekte berücksichtigen sollten. Durch eine angepasste Versorgung und den Einbezug spezifischer Bedürfnisse von Männern kann ein wichtiger Beitrag zur Suizidprävention geleistet werden.

Das Verbundprojekt „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“

In dem Forschungsverbund „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ arbeiten Psycholog*innen und Kommunikationswissenschaftler*innen der Universität Leipzig, der Medical School Berlin und der Universität Bielefeld gemeinsam an einer Verbesserung der Versorgung von Männern in suizidalen Krisen. Das Verbundprojekt wird vom GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert. In drei Teilprojekten werden verschiedene Aspekte der Suizidprävention bei Männern untersucht. Teilprojekt 1 (Universität Leipzig) befragte mit quantitativen und qualitativen Methoden Männer nach einem Suizidversuch und entwickelte darauf aufbauend ein Webangebot für Männer, um über suizidales Erleben und Verhalten, Hilfsangebote und Zugangswege zu informieren. Teilprojekt 2 (Medical School Berlin) führte qualitative Interviews mit Angehörigen, die einen nahestehenden Mann durch Suizid verloren haben. Weiterhin wurde ein Online-Programm für Angehörige von Männern in (suizidalen) Krisen entwickelt, welches im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie evaluiert wird. Teilprojekt 3 (Universität Bielefeld) untersucht gendersensible Botschaftsstrategien mittels Netzwerkbefragungen und befragt zudem zur weiteren Evaluation Besucher der Website aus Teilprojekt 1 und Teilnehmende des Online-Programms aus Teilprojekt 2.

Weitere Informationen und Kontakte:

- Website für Männer in Krisen: www.maenner-staerken.de
- Website für Angehörige: www.hilfe-fuer-angehoerige.de

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J. & Caputi, P. (2017). Differences in the Expression of Symptoms in Men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25 (1), 29–38.

Grace, B., Richardson, N. & Carroll, P. (2018). „... If You're Not Part of the Institution You Fall by the Wayside“: Service Providers' Perspectives on Moving Young Men From Disconnection and Isolation to Connection and Belonging. *American Journal of Men's Health*, 12 (2), 252–264.

Keil, J., Brendler, V., Sachse, C., Zülke, A., Zeynalova, S., Engel, C. et al. (2020). Gender-Specific Differences in the Utilization of Health Care Services in an Urban Population Sample. *Gesundheitswesen*, 82 (3). Verfügbar unter: [10.1055/a-0820-3584](https://doi.org/10.1055/a-0820-3584) (20.07.2023).

Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D., Seidler, Z. E. & Ogradniczuk, J. S. (2020). Men's Help-Seeking for Depression: Attitudinal and Structural Barriers in

Symptomatic Men. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11. DOI: doi.org/10.1177/2150132720921686.

Richardson, C., Robb, K. A. & O'Connor, R. C. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science & Medicine*, 276. DOI: doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831.

Seidler, Z. E., Rice, S. M., Ogradniczuk, J. S., Oliffe, J. L. & Dhillon, H. M. (2018 a). Engaging Men in Psychological Treatment: A Scoping Review. *American Journal of Men's Health*, 12 (6), 1882–1900.

Seidler, Z. E., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Fogarty, A. S. & Dhillon, H. M. (2018 b). Men In and Out of Treatment for Depression: Strategies for Improved Engagement. *Australian Psychologist*, 53 (5), 405–415.

Struszczyk, S., Galdas, P. M. & Tiffin, P. A. (2019). Men and suicide prevention: a scoping review. *Journal of Mental Health*, 28 (1), 80–88.

Walther, A. & Seidler, Z. E. (2020). Männliche Formen der Depression und deren Behandlung. *Psychotherapie im Dialog*, 21 (04), 40–45.

Yousaf, O., Grunfeld, E. A. & Hunter, M. S. (2015). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychology Review*, 9 (2), 264–276.



Dr. Laura Hofmann

Korrespondenzanschrift:

Medical School Berlin
Rüdesheimer Straße 50
14197 Berlin
laura.hofmann@medschool-berlin.de

Dr. Laura Hofmann ist Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medical School Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Suizidprävention und psychische Belastung von Angehörigen, vor allem von Angehörigen nach einem Suizid, Trauer sowie assistierter Suizid.



Prof. Dr. Heide Glaesmer

Prof. Dr. Heide Glaesmer ist Diplompsychologin, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. Sie leitet dort die Arbeitsgruppe „Suizidalitätsforschung“. Sie ist zudem Leiterin des Forschungsverbundes „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“.



Prof. Dr. Birgit Wagner

Prof. Dr. Birgit Wagner ist Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der Medical School Berlin. Sie verfügt über langjährige wissenschaftliche und praktische Erfahrung in der Suizidprävention im Bereich der Angehörigen. Ein Forschungsschwerpunkt liegt auf den psychischen Belastungen nach Verlust eines Angehörigen durch einen Suizid.



Dipl.-Psych. Cora Spahn

Cora Spahn ist Diplompsychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig.