

## 2      **Begriffsdefinitionen und Modellvorstellungen von Suizidalität und Depression**

Suizide sind keine Krankheit, sie sind eine vielschichtige Begleiterscheinung vor allem von psychischen, insbesondere affektiven Störungen (Maris, 2002, S. 319, 322). Daher werden Suizide und Depressionen in diesem Kapitel gemeinsam besprochen. Der Aufbau der ersten beiden Teile des Kapitels beginnt jeweils mit einer Definition zentraler Begriffe, anschließend werden wichtige Modellvorstellungen besprochen und abschließend werden jeweils die Verbindungslinien zu anderen Einflussgrößen aufgezeigt, die hier von zentraler Bedeutung sind. Shneidman (1996, S. 6) betont, dass „the best route to understanding suicide is not through the study of the structure of the brain, nor the study of social statistics, nor the study of mental diseases, but directly through the study of human emotions“. In der vorliegenden Arbeit stehen daher insbesondere die Verbindungslinien zwischen affektiven Störungen und Suizidalität im Mittelpunkt (van Heeringen & Marušić, 2003, S. 282). Es werden gleichermaßen kognitive und affektive Prozesse fokussiert, die im Rahmen von Suizidalität und Depressionen eine entscheidende Rolle spielen und daher auch im medialen Kontext berücksichtigt werden sollten.

### 2.1      **Suizide und Suizidalität**

Nach WHO-Angaben sterben jährlich etwa eine Million Menschen durch Suizid (Hawton & van Heeringen, 2009). Schätzungen zufolge werden es bis zum Jahr 2020 jährlich 1.5 Millionen Menschen sein, und zusätzlich wird es schätzungsweise zwischen 15 und 30 Millionen Suizidversuche geben (Collins et al., 2011, S. 27). Andere Autoren schätzen die Zahl der jährlichen Suizidversuche sogar noch höher, nämlich auf zwischen 20 und 50 Millionen (Wolfersdorf & Franke, 2006). In den jüngeren Bevölkerungsgruppen sind Suizide nach Unfällen weltweit die zweithäufigste Todesursache (Hawton et al., 2012). Der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes zufolge waren 3.8% aller Todesfälle im Jahr 2012 nicht auf eine natürliche Ursache zurückzuführen (sondern beispielsweise auf Vergiftungen oder Verletzungen) – ein Drittel davon waren Suizide. Somit nahmen sich im Jahr 2012 9.890 Personen das Leben. Die Suizidrate ist bei Männern deutlich höher als bei Frauen und nimmt für beide Geschlechter mit dem Alter zu (Wolfersdorf, 2006, S.

289). Suizidversuche nehmen im Verhältnis dazu mit steigendem Alter eher ab (Stoppe, 2008, S. 407; vgl. Maris, Berman & Silverman, 2000, S. 167). Bei älteren Personen wird der Wunsch zu sterben oder die Verweigerung lebenserhaltender Maßnahmen oftmals sogar als nachvollziehbar empfunden, weshalb letztlich auch bei der Diagnose Fälle von Suizidalität im Alter leichter übersehen werden können (Stoppe, 2008, S. 407). Suizide sind ein weltweites gesellschaftliches Problem, dessen Prävention und Ursachenerforschung eine wichtige wissenschaftliche und gesellschaftliche Aufgabe darstellt, dem sich auch die Kommunikationswissenschaft verpflichtet sehen muss,<sup>8</sup> denn Medienberichterstattung ist – wie bereits beschrieben – ein anerkanntermaßen wichtiger Risikofaktor für Suizide (Hawton & Simkin, 2003; Lewiecki & Miller, 2012; Pitman, Krysinska, Osborn & King, 2012; Yip et al., 2012). In der vorliegenden Arbeit wird Suizidprävention explizit als ein Teil der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Suizidalität angesehen, in der auch Medien eine feste Untersuchungsgröße darstellen (Collings & Niederkrotenthaler, 2012; Crane, Hawton, Simkin & Coulter, 2005; De Leo & Evans, 2004, S. 82; 130-131; Dickstra, Maris, Platt, Schmidtke & Sonneck, 1989; O'Connor, Platt & Gordon, 2011; Schmidtke & Schaller, 2000; Sisask & Värnik, 2012; Till, Voracek et al., 2013; Westerlund, Schaller & Schmidtke, 2009). Die Forschung zu Suizidalität verfolgt das Ziel, explizite oder implizite Schlussfolgerungen für die Suizidprävention abzuleiten. Die Suizidologie schließt grundsätzlich Suizide, Suizidversuche, Suizidgedanken und in einem weiteren Sinne auch suizidbezogene Gedanken und Handlungen sowie intentionale Selbstverletzungen und andere selbstdestruktive bzw. auto-aggressive Einstellungen und Handlungen ein. Dabei sind Suizide „just the tip of the proverbial self-destructive iceberg“ (Maris et al., 2000, S. 4). Die Forschung umfasst eine Vielzahl spezifischer Fragestellungen nach der Relevanz des Alters, Geschlechts, des ethischen Hintergrunds, des Anstellungsverhältnisses einer Person, der psychischen und physischen Gesundheit, des sozialen Umfelds, nach der Relevanz von Suchterkrankungen, Substanzmissbrauch, lebensbedrohlichen oder unheilbaren Krankheiten wie z. B. AIDS, der Relevanz von Schusswaffenverordnungen, jahreszeitlichen Schwankungen, Sterbehilfe und vielen weiteren Faktoren (Maris et al., 2000, S. 11). Die Risikofaktoren für Suizide sind mittlerweile gut erforscht und zeigen länderübergreifend konsistente Muster. Die Erfassung und Vorhersage von Suiziden ist mithilfe etablierter und gut getesteter Instrumente (vgl. Beck, Steer & Brown, 1996; Pöldinger, 1968) prinzipiell möglich. Gleichzeitig ist auch das Wissen über protektive Faktoren für Suizidalität angewachsen.

Trotz all dieser Entwicklungen sieht Maris (2002, S. 319) eine fehlende Nomenklatur (vgl. dazu auch O'Carroll et al., 1996) als eine der größten Hürden bei der

<sup>8</sup> Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Suiziden und Suizidprävention bildet nach Maris, Berman und Silverman (2000, S. 4) den Kernbereich der Suizidologie. Im Zentrum steht die Erforschung suizidaler Handlungen, Gedanken und Gefühle, die einer psychologischen Forschungsstradition folgt (Maris, Berman & Silverman, 2000, S. 4).

Erforschung von Suiziden, einschließlich einer „classification procedure for suicidal acts, with operational definitions and reliable, valid measurements of key terms“. Die fehlende Einheitlichkeit bei der Verwendung von Begriffen und die fehlende einheitliche Definition von Suiziden führen dazu, dass die Befunde verschiedener Studien nur schwer aufeinander bezogen werden können.<sup>9</sup> Es ist daher wichtig, die einzelnen Untersuchungsgegenstände der Suizidologie definitorisch voneinander abzugrenzen, was in den folgenden Abschnitten geschieht. Mit weit verbreiteten und akzeptierten Definitionen im Bereich der Suizidologie kann letztlich der Gefahr von Pauschalisierungen und Generalisierungen suizidbezogener Handlungen entgegengewirkt werden. Auch für diese Arbeit besteht das Risiko, von Suizid zu sprechen, wo de facto kein Suizid stattgefunden hat, sondern beispielsweise verstärkte Suizidgedanken beobachtet wurden. Daher wird in der vorliegenden Arbeit bevorzugt der übergeordnete Begriff Suizidalität verwendet, der verschiedene suizidbezogen Phänomene einschließt. Die Definition der Begriffe Suizid, suizidale Verhaltensweise und Suizidalität soll die Konzepte beschreiben und sie nicht erklären (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007b, S. 275). Die Erklärung findet anschließend im Rahmen der Beschreibung verschiedener Ursachenmodelle statt.

### 2.1.1 *Definition von Suizid, suizidalen Verhaltensweisen und Suizidalität*

Um für die vorliegende Arbeit ein einheitliches Begriffsverständnis zu schaffen, werden die Definitionen aus zentralen Publikationen herangezogen, die als Konsenspapiere in diesem Forschungsbereich anzusehen sind (Bertolote & Wasserman, 2009; Bronisch & Wolfersdorf, 2012; O'Carroll et al., 1996; Silverman et al., 2007b, 2007a; Wolfersdorf, 2008a, S. 1321). So definiert beispielsweise Wolfersdorf Suizidalität als „die Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (2008a, S. 1321). Dieses Begriffsverständnis entspricht gegenwärtig dem „state of the art“ in der Suizidologie und differenziert die zentrale abhängige Variable dieser Untersuchung bei Weitem genauer aus, als dies in den bisherigen kommunikationswissenschaftlichen Untersuchungen zum Werther-Effekt der Fall war (vgl. Kapitel 1.2.1). Wolfersdorf (2008a, S. 1321) widmet sich

---

<sup>9</sup> Das grundlegende Problem fehlender einheitlicher Definitionen und Operationalisierung von Konstrukten ist auch in der Kommunikationswissenschaft von hoher Brisanz, weshalb beispielsweise in der politischen Kommunikation in den letzten Jahren eine Vereinheitlichung zentraler Kernkonzepte angestrebt wurde (vgl. zur Definition und Operationalisierung von Hard und Soft News sowie weitere Konzepte in einem Special Issue der Zeitschrift beispielsweise Reinemann, Stanyer, Scherr & Legnante, 2012).

explizit dem Phänomen Suizidalität und umreißt es mit einigen zentralen Eigenschaften:

- Suizidalität tritt „häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung“ auf.
- Suizidalität ist „ein komplexes Geschehen aus Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, [und] der Veränderbarkeit eines Zustandes“ aus dem subjektiven Erleben der Personen heraus.
- Die Motivation zur Suizidalität ist vielschichtiger Natur (appellativ, manipulativ-instrumentell, altruistisch, auto- oder fremdaggressiv) und führt zu zahlreichen Suizidtypen (erweiterter Suizid[-versuch], Massensuizid, Geislerfahrersuizid [„murder suicide“], Terroristensuizid, Suicide by Cop [SBC; Stack, Bowman & Lester, 2012]; vgl. Wolfersdorf, 2008a, S. 1323)
- „Suizidalität ist bewusstes Denken und Handeln“ mit dem Ziel der Veränderung anderer Personen, der eigenen Umwelt, oder „sich selbst in der Beziehung zur Umwelt“.
- Suizidalität drückt in der Regel keine Freiheit aus, sondern die „Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen“.

Im Gegensatz zu dieser Verdichtung existierender Definitionen unter dem Dach des Begriffs Suizidalität gibt es auch davon abweichende Differenzierungsvorschläge. Beispielsweise identifiziert Marušić (2004) drei Komponenten (die Intention [ja-nein], den selbstzerstörerischen Akt [ja-nein] und den Tod [ja-nein]), die bei der Definition von Suizid und Suizidversuch gegeben oder nicht gegeben sind. Daraus lassen sich zwei nicht-suizidale und sechs Zustände mit unterschiedlich hoher Suizidalität definieren („Suizidideen, Suizidversuch, freiwillige Selbstschädigung mit oder ohne tödliche[m] Ausgang, vollendeter Suizid und Euthanasie“; Bronisch & Wolfersdorf, 2012, S. 44). Insbesondere eine detaillierte Differenzierung der Intention, die einer suizidalen Verhaltensweise zugrunde liegt, ist in der empirischen Praxis nur schwer umzusetzen, weil diese selten eindeutig bestimmt werden kann und sich der wissenschaftlichen Beobachtung und Überprüfung entzieht (vgl. Bronisch & Wolfersdorf, 2012, S. 44; De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006, S. 10). In der europaweiten Studie wurden beispielsweise 14 verschiedene Intentionen für suizidale Verhaltensweisen abgefragt. Es wurde gezeigt, dass die Intention für Suizidalität vielschichtig und multikausal ist (Schmidtke, Bille-Brahe, De Leo & Kerkhof, 2004). Daher ist eine Differenzierung nach *der* Intention zu sterben nicht pauschal möglich. Neben den genannten Ansatzpunkten gibt es außerdem Differenzierungen des Aktivitätsgrades des Suizids (aktive Suizidhandlung oder Unterlassen einer Verhinderung des eigenen Todes), die Abgrenzung verschiedener Subtypen von Suiziden, bemessen an den zugrunde liegenden Moti-

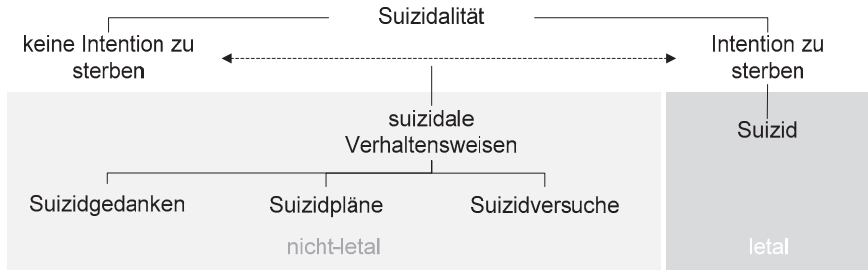
ven für den Suizid (z. B. der Suizid aus Rache, Suizid als Flucht usw.), Differenzierungen der medizinischen Letalität (die aus medizinischer Sicht abgeschätzte Wahrscheinlichkeit zu sterben) sowie weitere sozioepidemiologische Variablen (wie z. B. Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Methode, berufliche Situation usw.) (Maris, 2002, S. 319).

Die Begriffssystematik und die entsprechenden Formulierungen der vorliegenden Untersuchung basieren schließlich auf der Publikation von Nock et al. (2008, S. 134). Suizide werden demnach als ein Akt der intentionalen Beendigung des eigenen Lebens definiert. Davon können nicht-letale, suizidale Verhaltensweisen abgegrenzt werden, die sich im Grad ihrer Intentionalität zu sterben unterscheiden. Suizidale Verhaltensweisen können weiter in Suizidgedanken, Suizidpläne und Suizidversuche unterteilt werden. Suizidgedanken beschreiben die Gedanken an ein suizidbezogenes Verhalten, das das Ziel hat, das eigene Leben zu beenden. Dabei kann der Grad der Suizidintention variieren. Suizidpläne sind im Gegensatz zu Suizidgedanken spezifischer und von höherer Intentionalität geprägt: Sie können als eine methodenspezifische Form von Suizidgedanken verstanden werden, die mit einer deutlichen Intention zu sterben verbunden ist. Mit Suizidversuchen sind alle potenziell selbstverletzenden Handlungen gemeint, die von einer unterschiedlich starken Intention zu sterben angetrieben sind.<sup>10</sup> In der vorliegenden Arbeit werden alle diese Begrifflichkeiten unter dem Überbegriff Suizidalität subsumiert, der demnach unterschiedlich intendierte, letale und non-letale suizidale Verhaltensweisen und Suizide einschließt. Die verschiedenen Begriffsdefinitionen lassen sich anhand zentraler Eigenschaften systematisieren, was in Abbildung 2 überblicksartig dargestellt wird.

---

<sup>10</sup> Suizidale Verhaltensweisen werden in der akademischen Forschung oftmals in Abgrenzung zu nicht-suizidalen selbstverletzenden Handlungen betrachtet („non-suicidal self-injury“; NSSI; vgl. Kapusta [2012]). De Leo (2011) und Kapusta (2012, S. 2) weisen darauf hin, dass eine solche Differenzierung unter anderem dazu führen kann, dass suizidale Handlungen leichter als nicht-suizidal missklassifiziert werden können und ferner die Begrifflichkeit zur Stigmatisierung von Personen beiträgt, die so bezeichnet werden. NSSIs stehen nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit und werden daher nicht näher besprochen.

Abbildung 2. Begriffliche Differenzierung zwischen Suizidalität, suizidalen Verhaltensweisen und Suizid



Anmerkung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Nock et al. (2008, S. 134).

Die Definition von Suizidalität beinhaltet in der Literatur außerdem eine Prozessperspektive (Bertolote & Wasserman, 2009, S. 89). Demnach folgen Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und schließlich der Tod durch Suizid aufeinander. Die Modellvorstellung, wonach die einzelnen Elemente, die unter dem Begriff Suizidalität zusammengefasst wurden, einzeln in eine zeitliche Abfolge zueinander gebracht werden, erscheint auf den ersten Blick plausibel, ist allerdings nur äußerst schwierig empirisch überprüfbar. Einerseits kommen die einzelnen Elemente von Suizidalität unterschiedlich häufig in der Gesellschaft vor und andererseits hängen die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Elementen von Suizidalität kulturell von verschiedenen prädisponierenden und präzipitierenden (auslösenden) Faktoren ab. Dazu lassen sich geschlechterspezifische Unterschiede betrachten, und zwar insofern als Suizidgedanken bei Frauen seltener einen Suizid zur Folge haben (Bertolote & Wasserman, 2009, S. 89). Der Hauptfokus dieser Arbeit liegt allerdings nicht auf dem Prozesscharakter von Suizidalität, sondern auf den Verbindungslinien und Einflusstrukturen zwischen Depressionen, Medien und Suizidalität. Dabei soll vor allem ein weiter gefasstes Begriffsverständnis von Suizidalität dazu beitragen, den Stellenwert der unterschiedlichen Nutzung verschiedener Medieninhalte als suizidauslösenden Faktor ausdifferenzierter zu betrachten. Dabei sollen auch Depressionen als wichtige Prädisposition für Suizidalität erstmals differenzierter betrachtet werden.

### 2.1.2 Modellvorstellungen von Suizidalität

Nach Wolfersdorf (2008a, S. 1326) gibt es grundsätzlich zwei verschiedene Modelltypen, mit denen Suizidalität erklärt wird: Ätiologische Modelle und Entwicklungsmodelle. Während ätiologische Modelle den Fokus auf die Ursachen von Suiziden legen, versuchen Entwicklungsmodelle „unabhängig von der jeweiligen Ätiologie eines Geschehens den Weg von einem auslösenden Ereignis zu einer suizidalen Handlung“ (Wolfersdorf, 2008a, S. 1326) zu erklären. Beide Typen von Modellen für Suizidalität werden im Folgenden besprochen. Die Auswirkungen von Suizidalität können grundsätzlich auf kognitiver und/oder auf emotionaler Ebene angesiedelt werden.

#### Ätiologische Modelle von Suizidalität

Ätiologische Modelle fokussieren die Ursachen und die Entstehung für Suizidalität und beruhen daher auf weltweit stabil beobachtbaren, epidemiologischen Befunden zu den wichtigsten Prädiktoren von Suizidalität. Anhand dieser Befunde lassen sich Risikogruppen für Suizidalität ermitteln. Dies sind nach Wolfersdorf (2008a, S. 1325) in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für eine erhöhte Suizidalität:<sup>11</sup>

- Personen mit psychischen Erkrankungen, allen voran Depressionen
- Menschen mit suizidaler Vergangenheit (z. B. Suizidversuch, Suizidankündigung)
- Alte Menschen mit Tendenz zur Vereinsamung, psychischer oder körperlicher Erkrankung
- Junge Erwachsene mit Beziehungs- oder Entwicklungskrisen, familiären oder ausbildungsbezogenen Problemen
- „Menschen in traumatisierenden Situationen und Veränderungskrisen“
- Menschen mit chronischen, körperlichen oder lebeinschränkenden Erkrankungen oder Schmerzen

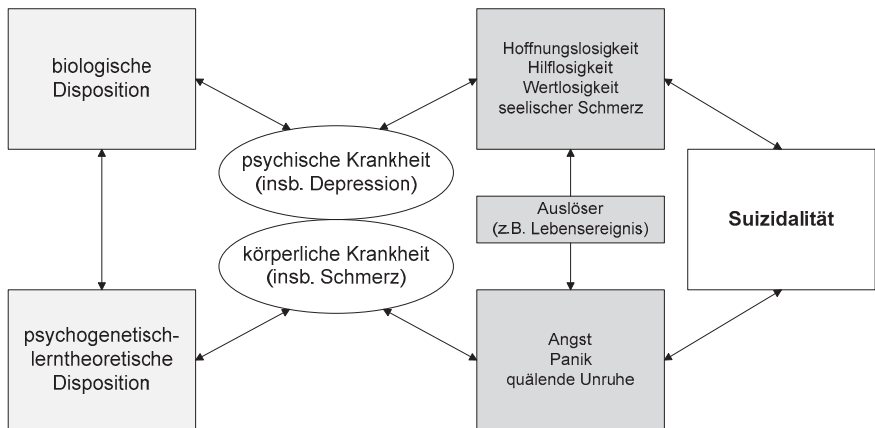
Neben diesen genannten Faktoren finden sich in der umfangreichen Forschungsliteratur zahlreiche weitere Risikofaktoren für Suizidalität, die empirisch bestätigt wurden (vgl. Bhui, Chalangary & Jones, 2013, S. 6; O'Connor & Nock, 2014, S. 31). Vor dem Hintergrund des Werther-Effekts, der den Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit bildet, werden insbesondere die Risikofaktoren betrachtet, die sich im Zusammenhang mit Anhäufungen von Suiziden und mit Depressionen herauskristallisierten. Der Anteil derjenigen, die zum Zeitpunkt ihres Suizids unter einer affek-

---

<sup>11</sup> Eine wesentlich umfangreichere Übersicht über Risikofaktoren von Suizidalität findet sich bei Wolfersdorf (2008b, S. 24) und auch bei van Orden et al. (2010, S. 578–579).

tiven Störung gelitten haben, wird nämlich in der Allgemeinbevölkerung auf 44% geschätzt (Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wasserman, 2004, S. 149; Wolfersdorf, 2008a, S. 1325). Zusammenfassend sind also „Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere mit depressiven Erkrankungen“ (Wolfersdorf, 2008a, S. 1326), sowie bereits suizidale Personen besonders suizidgefährdet. Für diese Risikogruppen lassen sich zahlreiche Faktoren ermitteln, die sich auf den lebensgeschichtlichen Hintergrund, die genetisch-biologischen Voraussetzungen sowie auf soziologische oder sozialpsychologische Aspekte der Lebenssituation beziehen lassen. Der Fokus der ätiologischen Modelle liegt entweder auf einer akut vorliegenden Krise (z. B. Ehekrise) und ihren primären Folgen, die dann zur Ursache erhöhter Suizidalität werden können (z. B. Unruhe, Schlafstörungen, Depression, Wut, Aggression, Verzweiflung), oder auf der einer Krise zugrunde liegenden Krankheit (z. B. eine Depression, Sucht) und dispositionellen Faktoren (z. B. Impulskontrolle, Auto-Aggressionsniveau, körperliche Krankheit oder Schmerz, Hoffnungs- oder Wertlosigkeit, Angst, Panik, Unruhe). Einen zusammenfassenden Überblick zur ätiologischen Erklärung von Suizidalität nach Wolfersdorf (2008a, S. 1327) mit den genannten Faktoren findet sich in Abbildung 3. Die grundlegende Vorstellung des Modells entspricht demnach der eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells: Ausgehend von Vulnerabilitätsfaktoren, die auf verschiedenen Ebenen liegen können (z. B. biologisch, psychogenetisch, sozial), liegt der Fokus auf vermittelnden Einflussfaktoren (wie z. B. Depressionen) und auslösenden Umständen oder Lebensereignissen.

Abbildung 3. Ätiologisches Suizidalitätsmodell



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Wolfersdorf (2008a)



Maris (2002, S. 321) schlägt ein ätiologisches Modell vor, in dem die Ursachen für Suizidalität einer psychiatrischen, biologischen, persönlichkeitsbezogenen und sozioökonomischen Ebene zugeordnet werden, und stellt diesen suizidprotektive Faktoren gegenüber. Je nach den individuellen Risikofaktoren für Suizidalität und den entsprechenden, individuell verschiedenen protektiven Faktoren (u. a. kognitive Flexibilität, Problemlösungsstrategien im Alltag, soziale Unterstützung, funktionierende Partnerschaft; Maris, 2002, S. 321) kommt es im Lebensverlauf zu Phasen erhöhter Suizidalität, die bis zum Suizid führen können. Die einzelnen Elemente können zudem stärker nach ihrem Einfluss auf die Suizidalität gewichtet werden. So zeigen beispielsweise Beck, Kovacs und Weissman (1975, S. 1147–1148), dass der Zusammenhang zwischen Suizidalität und Depression vor allem über Hoffnungslosigkeit als wichtige Drittvariable vermittelt wird. Hoffnungslosigkeit kann wiederum mit flexiblen kognitiven Strukturen im Zusammenhang stehen, die dafür verantwortlich sind, dass alternative Problemlösungen zum Suizid in Betracht gezogen werden (Maris, 2002, S. 320). Die Stärke des nur schwer vollständig überprüfbaren Modells (alleine der Zeithorizont des Modells erstreckt sich von der Geburt bis zum Tod) liegt sicherlich in der Verdeutlichung der vielfältigen und gleichzeitig verzahnten Ursachen für Suizidalität als einem multifaktoriellen Phänomen der sozialen Realität.

O'Connor und Nock (2014, S. 28) fassen daher zusammen, dass den meisten Modellen zu suizidalen Verhaltensweisen die Vorstellung eines Diathese-Stress-Modells zugrunde liegt (vgl. Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999, S. 185) mit besonderem Fokus auf kognitiven Prozessen (O'Connor & Nock, 2014, S. 28). Die grundsätzliche Modellvorstellung besteht darin, dass bestimmte individuelle Faktoren bzw. Prädispositionen für Suizidalität existieren (= Diathese), die durch externe Stressoren bei bestimmten Personen aktiviert werden und dann zu akuter Suizidalität führen. Zu den Faktoren können demografische, psychologische, psychiatrische, biologische und weitere Faktoren (z. B. Verfügbarkeit von Waffen, Zugang zu hochdosierten Medikamenten, chronische Krankheit, suizidale Familienhistorie, Jahreszeit) zählen (Nock et al., 2008, S. 145). Diese Sichtweise beruht wesentlich auf den Annahmen von Schotte und Clum (1987) sowie Mann, Waternaux, Haas und Malone (1999). Die Modellvorstellung wird dem tatsächlich komplexen Zusammenspiel aus verschiedenen individuellen und strukturellen Risikofaktoren und Umweltereignissen gerecht und zeigt zugleich Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen auf (O'Connor & Nock, 2014, S. 28). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die theoretische Breite der Modelle für Suizidalität, die von O'Connor und Nock (2014) aufgezählt wurden, und nennt deren wichtigste Prämissen. Durch die in der Regel jeweils enge Perspektive können die meisten Modellvorstellungen von Suizidalität allerdings nicht erklären, warum die meisten Menschen mit Suizidgedanken sich selbst dann nicht das Leben nehmen, wenn eine Vielzahl an Risikofaktoren zusam-

mentrifft. Als Ausnahmen sind das interpersonale Suizidmodell (Joiner et al., 2009; van Orden et al., 2010) und das integrative motivational-volitionale Modell von Suizidalität (IMV) (O'Connor, 2011b) herauszuheben.

### *Tabelle 2.*

#### **Übersicht über zentrale Theorien zur Erklärung von Suizidalität**

<b>Suizidmodell</b>	<b>Autor(en)</b>	<b>Grundannahme</b>
Kubistisches Suizidmodell	Shneidman (2008, S. 145–147)	Individueller Schmerz („psychache“), Unruhe und Druck führen zu einem erhöhten Suizidrisiko.
Diathese-Stress-Modell	Schotte und Clum (1987)	Kognitive Vulnerabilität beeinflusst den Zusammenhang zwischen Umweltstressoren und Suizidalität.
Eskapistisches Suizidmodell	Baumeister (1990)	Suizidalität resultiert aus einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit, negativem Affekt und einer Diskrepanz zwischen individuellen Erwartungen und realen Ereignissen, was als schmerzhaft empfunden wird. Folglich wird Suizidalität als Ausweg in Betracht gezogen.
Interpersonales Suizidmodell	Joiner, van Orden, Witte und Rudd (2009)	Suizidalität erwächst aus dem Gefühl der fehlenden Zugehörigkeit („thwarted belongingness“), dem Gefühl, anderen zur Last zu fallen („perceived burdensomeness“), und der erworbenen Fähigkeit zum Suizid („acquired capability“).
Schematisches Appraisal-Modell der Suizidalität	Johnson, Gooding und Tarrier (2008)	Das Risiko für Suizidalität erwächst aus verzerrten kognitiven Schemata, verzerrter Informationsverarbeitung und verzerrten Bewertungssystemen.
Integratives motivational-volitionales Modell von Suizidalität	O'Connor (2011b)	Diathese-Stress-Modell, das die motivationsbezogenen und verhaltensaktivierenden Phasen der Suizidalität betont und damit den Weg von Suizidgedanken über eine zunehmende Intention zu sterben bis hin zum Suizid zeichnet.

*Anmerkung.* Darstellung nach O'Connor und Nock (2014, S. 28).

In beiden Modellen wird der Wunsch zu sterben als notwendige, jedoch nicht hinreichende Voraussetzung für Suizidversuche angesehen. Die Fähigkeit, einen Suizid

Depression – Medien – Suizid

Zur empirischen Relevanz von Depressionen und  
Medien für die Suizidalität

Scherr, S.

2016, XII, 289 S. 34 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-11161-8