

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SUIZIDALITÄT AUS WISSENSCHAFTLICHER SICHT

Selbsttötung: Definition – Häufigkeit – Ursachen – Motive – psychiatrische und psychobiologische Aspekte – Risikogruppen – Vorbeugung – Krisen-Intervention

Selbstmord, Freitod, Selbsttötung, Suizid – wie auch immer bezeichnet: Es gibt wahrscheinlich wenige Ereignisse im Leben, die das Umfeld, vor allem die „Zurückgebliebenen“ so schockieren, vor ungelöste Fragen stellen, in Schuldgefühle, Trauer oder gar eigene Lebensmüdigkeit zu stürzen vermögen, wie der Tod durch eigene Hand. Nachfolgend deshalb eine kurzgefasste Übersicht aus wissenschaftlicher Sicht zu Themen wie

Geschichte der Suizidalität einst und heute, Begriff und Formen von Suizidversuch und Suizid, Definition von Suizidalität, Suizid und Suizidversuch, aktive und passive Suizidalität, akute, anhaltende und latente Suizidalität, erweiterter Suizid oder Suizidversuch, Doppel-Suizid, Mitnahme-Suizid, Massen-Suizid, Geisterfahrer-Suizid, die schockierenden Formen von Terroristen-Suizid und Amok u. a. Welches sind die gefährlichsten Risiken für suizidales Verhalten, für Ursachen, Motive und Hintergründe? Was bieten die verschiedenen Modelle, Theorien und Hypothesen, entwicklungs-geschichtlich, lern-geschichtlich und biographisch, biologisch und soziologisch?

Schließlich die bedeutsamen Fragen nach Suizid-Prävention heute, d. h. Einschätzung der Suizidalität in Form von Basis-Suizidalität, erhöhter und akuter Suizidgefahr. Was muss bei Verdacht auf Suizidalität geklärt werden? Welche Möglichkeiten und Grenzen der Krisen-Intervention stehen zur Verfügung? Welchen Stellenwert haben Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie? Schließlich juristische Aspekte u.a.m.

Erwähnte Fachbegriffe:

Suizid – Selbstmord – Selbsttötung – Freitod – Tod durch eigene Hand – Suizidversuch – Suizidalität – Suizidalität und Geschlecht – Suizidalität und Alter – die häufigsten Suizid-Methoden: Erhängen, Vergiftung, Schusswaffen, Sturz aus der Höhe bzw. vor Zug / PKW u. a. – Häufigkeit von Suizid und Suizidversuch – Suizid und Geschlecht – Suizid und Alter – Geschichte der Suizidalität – altruistischer Suizid – Opfer-Suizid – Terroristen-Suizid – Märtyrer-Suizid – Suizid-Begriffe – Suizid-Definitionen – Psychodynamik der Suizidalität – passive Suizidalität – suizidaler Handlungsdruck – suizidales Handlungs-Risiko – aktive Suizidalität – Parasuizid – suizidaler Todeswunsch – Freizeit-Risikoverhalten – nicht-suizidale Selbst-Gefährdung – nicht-suizidale Selbst-Verletzung – akute Suizidalität – anhaltende Suizidalität – chronische Suizidalität – latente Suizidalität – erweiterter Suizid – Doppel-Suizid – Mitnahme-Suizid – Massen-Suizid – Gruppen-Suizid – Geislerfahrer-Suizid – Amok – suizidale Risiko-Gruppen – psychische Erkrankung und Suizid – körperliche Erkrankung und Suizid – traumatisierende Situationen und Suizid – Veränderungs-Krisen und Suizid – Mehrfach-Belastungen und Suizid – Ko-Morbidität und Suizid – affektive Störungen und Suizid – Depression und Suizid – substanz-bezogene Störungen und Suizid – Alkoholismus und Suizid – Rauschdrogen und Suizid – Medikamenten-Abhängigkeit und Suizid – Schizophrenie und Suizid – Persönlichkeitsstörung und Suizid – hirnorganische Störung und Suizid – psychotische Erkrankung und Suizid – Angststörung und Suizid – somatoforme Störung und Suizid – Anpassungsstörung und Suizid – Entwicklungs-Modelle von Suizidalität – Ätiopathogenese-Modelle von Suizidalität – komplexe Entwicklungs-Modelle von Suizidalität – lern-geschichtliche biographische Hypothesen von Suizidalität – biologische Hypothesen von Suizidalität – soziologische Hypothesen von Suizidalität – Krisen-Modell von Suizidalität – narzisstische Krise und Suizidalität – Fremd-Aggression und Suizidalität – Selbst-Aggression und Suizidalität – biologische Ursachen von Suizidalität – biologische Gehirn-Funktionsstörungen und Suizidalität – Suizid-Prävention – Einschätzung der Suizidalität – Basis-Suizidalität – erhöhte Suizid-Gefahr – Warn-Symptome der Suizidgefahr – Alarm-Symptome der Suizidgefahr – Abklärungs-Fragen bei Suizidgefahr – Krisen-Intervention bei Suizidabsichten – Grundzüge der Suizidprävention – Suizidalität-Abschätzung im Gespräch – Psychopharmaka gegen Suizidalität – juristische Fragen bei Suizidalität – Fach-Informationen zur Suizidalität – u.a.m.

Suizid: Tod durch eigene Hand. Es gibt wahrscheinlich wenige Ereignisse im Leben, die das Umfeld, vor allem die „Zurückgebliebenen“ so schockieren, vor ungelöste Fragen stellen, in Schuldgefühle, Trauer oder gar eigene Lebensmüdigkeit zu stürzen vermögen wie der Suizid.

Dabei hat es das Phänomen Suizidalität schon immer gegeben. Doch nur wenig hat im Laufe der Zeit eine derart unterschiedliche Beurteilung erfahren wie suizidales Verhalten. Nachfolgend deshalb eine kurzgefasste Übersicht als Ergänzung zu den verschiedenen Beiträgen in dieser Serie.

Grundlage ist der Weiterbildungs-Artikel von Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, dem Ärztlichen Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Bayreuth in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 11/2008. M. Wolfersdorf gilt als einer der führenden Experten deutscher Sprache zu diesem Thema, was sich in zahlreichen Vorträgen, Publikationen und mehreren Büchern niedergeschlagen hat (siehe Literaturhinweise). Im Einzelnen und wie gesagt: stichwortartig:

Häufigkeit

- **Suizide:** 2005 verstarben in Deutschland 10.260 Menschen, 7.523 Männer und 2.737 Frauen durch Suizid. Damit betrug die Suizid-Rate (Sterblichkeitsrate auf 100.000 Einwohner) 12,4, d. h. 18,6 für Männer und 6,5 für Frauen.

Vorweg das Erfreuliche: Es zeichnet sich seit den 80er Jahren des vergangenen 20. Jahrhunderts ein Rückgang ab. Das ist nicht zuletzt ein Verdienst des entsprechenden Fachbereichs namens Suizidologie, der Lehre von Ursachen, Motiv, Häufigkeit, Vorbeugung und Krisen-Intervention suizidalen Verhaltens. Darauf basiert auch die Verbesserung der medizinisch-psychosozialen Versorgung durch Allgemeinärzte, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin, durch Nervenärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Sozialpädagogen, Theologen, Schwestern und Pfleger – und Interessierte, vor allem konkret zur Hilfe bereite Laien.

- **Suizidversuche:** Zur Häufigkeit von Suizidversuchen gibt es keine offiziellen statistischen Angaben in Deutschland. Der Versuch, hier zu wirklichkeitsgetreuen Zahlen zu kommen, gleichsam auf psychosozialen Umwegen, ergab für das Jahr 2002 eine Suizid-Versuchsrate für Männer von 116 und für Frauen von 185 auf 100.000 Einwohner. Dabei zeichnet sich – im Gegensatz zu einem Rückgang im letzten, 20. Jahrhundert – ein inzwischen langsam ansteigender Trend ab (wobei im europäischen Vergleich die deutschen Suizid-Versuchsraten sowohl für Männer als auch für Frauen unterhalb des Durchschnitts liegen sollen). Bei den Suizidversuchen dominieren auf jeden Fall jüngere Altersgruppen, insbesondere bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen zwischen 15 und 30 Jahren.

Zwei Phänomene ziehen sich weltweit durch die Epidemiologie von Suizidalität. (Die psychiatrische Epidemiologie untersucht die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und den Einfluss kultureller und sozialer Bedingungen im Zu-

sammenhang mit Zeit, Lebensraum, Alter, Beruf, sozialer Schicht, Mobilität, Einkommen, Bildung u. a.)

- *Männer* weisen deutlich höhere Suizid-Raten auf als Frauen und Frauen deutlich höhere Suizidversuchs-Raten als Männer. Dies gilt wahrscheinlich weltweit, wobei die WHO-Data-Bank sowohl Europa als auch Asien, Afrika, Nord- und Südamerika, Australien/Neuseeland u. a. erfasst.
- Und zweitens: Mit zunehmendem Alter steigt die Rate der Suizide und nimmt die der Suizidversuche deutlich ab. Alte Männer haben die höchste Suizidrate.

Die häufigsten Suizid-Methoden

Die häufigste Suizid-Methode ist das Erhängen (in Deutschland bei über der Hälfte der Männer und bei einem Drittel der Frauen).

An zweiter Stelle steht bei beiden Geschlechtern die Vergiftung, danach folgt bei den Männern die Verwendung von Schusswaffen, bei Frauen der Sturz aus der Höhe bzw. vor Zug/Pkw.

Nach dieser Einführung mit nackten Zahlen drängt sich vor weiteren Überlegungen zu Hypothesen oder wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Ursache, Motiv u. a. zweierlei auf:

- Zum einen ein kurzer Exkurs zur Geschichte von „Selbstmord“, „Freitod“, „Selbsttötung“ oder „Suizid“
- und zum anderen die Frage nach Begriff und Definition bzw. Formen der Suizidalität einst und heute.

Im Einzelnen:

Zur Geschichte der Suizidalität

Suizidales Denken und Verhalten hat es in der Menschheits-Geschichte schon immer gegeben, gibt Professor Wolfersdorf zu bedenken. Das Phänomen Suizidalität wird bei allen Völkern und in allen Kulturen angetroffen. Ob der Vorzeit-Mensch die Selbsttötung bereits kannte, ist nicht überliefert. Doch kein Denken und Verhalten hat im Laufe der Geschichte eine derart unterschiedliche Beurteilung aus historischer, gesellschaftlicher, philosophischer, vor allem aber ethischer, religiöser und juristischer Sicht erfahren, von der Laien-Literatur ganz zu schweigen.

Bis Ende des Mittelalters galt das religiöse Paradigma von Suizidalität, dass der Suizident im Jenseits bestraft würde. Doch die Position der christlichen Kirche hat sich über die Jahrhunderte hinweg gewandelt: zuerst Verständnis, dann Verurteilung (sogar mit Bestattungs-Verweigerung und Exkommunikation) und schließlich im Laufe der Renaissance und frühen Neuzeit Strafflosigkeit und „Akt menschlicher Willensfreiheit“ bzw. Ausdruck von Krankheit.

Letzteres war übrigens schon früher ein Thema, z. B. Suizid im Rahmen der Melancholie als „raptus melancolicus“.

Führende Psychiater um die Wende des 19. zum 20. Jahrhunderts unterschieden deshalb zwischen Suizidalität im Rahmen psychischer Erkrankung und solchen suizidalen Handlungen, die in einem verstehbaren Verhältnis zur auslösenden Situation stünden, also nach heutigem Verständnis die Unterscheidung zwischen einem Krankheits- und einem Krisen-Konzept von Suizidalität. Überhaupt gab es im 19. Jahrhundert bereits eine aufstrebende psychiatrisch-psychotherapeutische und soziologisch orientierte Suizidologie, die sich nicht nur mit Häufigkeits-Fragen bzw. Krankheits-Konzepten beschäftigte, sondern auch therapeutische Empfehlungen gab (z. B. als „moralische Behandlung“ bezeichnet, die sich vor allem des Phänomens des Narzissmus annahm).

Eine Erweiterung ergab sich aus psychoanalytischer Sicht, mehrschichtig und damit deutlich komplizierter aufgebaut, allerdings auch die Grundlage mancher moderner Konzepte schaffend. Das traf beispielsweise die „chronische Selbstzerstörung“, den „Destruktions-Trieb“, schließlich die bis heute gültigen psychodynamischen und psychiatrischen Aspekte von Suizidalität.

In psychodynamischer Hinsicht wurden vor allem psychologische, soziale und biologische Komponenten diskutiert und zwischen Ursache und Motiv unterschieden:

- Als *Ursache* gilt eine abnorme seelische Verfassung zum Zeitpunkt des Suizids.
- Das *Motiv*, der Beweggrund, ist ein mehr individuelles Phänomen.

In psychiatrischer Hinsicht geht es vor allem um Depressionen und Alkoholismus, aber auch um extreme Lebenssituationen.

Heute werden sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt. Die Suizidforschung beschäftigt die entsprechenden Experten nicht nur biologisch, psychologisch und psychiatrisch, sondern auch wieder theologisch, philosophisch und soziologisch.

Wer die Literatur durchforstet, findet dies bestätigt, so auch in den Publikationen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS), gegründet in den 70er Jahren und der Deutschen Gesellschaft für

Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) durch ein eigenes Referat.

In letzter Zeit bekommt die Suizidologie wieder unfreiwilligen Auftrieb, vor allem interdisziplinär, z. B. durch Phänomene wie Terroristen-Suizid, Märtyrer, altruistischen Suizid durch gesellschaftlich-kulturellen Auftrag, Opfer-Suizid als Hingabe des eigenen Lebens für andere und – wenn auch im erweiterten Sinne – Amok.

Begriff und Formen der Suizidalität, des Suizidversuchs und Suizids

- Der Begriff „Selbstmord“ ist zwar gängig, aber völlig falsch bzw. fehlgeleitet. Schließlich handelt es sich um keinen Mord im Sinne niedriger Beweggründe, auch wenn man selber das Opfer ist. Die Bezeichnung „Freitod“, wie sie gerne beschönigend in Politik und Medien verwendet wird, ist für die Mehrzahl von Menschen in suizidalen Krisen bzw. durch Suizid Verstorbenen fachlich ebenso falsch. Will man eine deutsche Übersetzung, trifft es am ehesten die „Selbsttötung“. Glücklicherweise bürgert sich immer mehr der neutrale Fachbegriff *Suizid* ein (vom lat.: sua manu caedere = durch eigene Hand fallen bzw. gefällt werden).

Eher randständig in der derzeitigen Diskussion ist das Selbsttötungs-Verhalten im Rahmen von *Stammes-Ritualen* (beispielsweise um als alter Mensch dem Stamm nicht zur Last zu fallen), vermehrt jedoch im Rahmen religiöser Überzeugung (vom Opfertod von *Märtyrern* bis zum so genannten *Terroristen-Suizid*, in früheren Kriegszeiten auch als Kamikaze-Suizid gefürchtet). Dabei spielt eine ganze Reihe von Aspekten eine Rolle, nicht zuletzt der Fanatismus in seinen verschiedenen Schattierungen (s. die spezifischen Kapitel zu Fanatismus, Terroristen-Suizid u. a. in dieser Serie).

- Eine mehrschichtige Aufgabe, die noch immer zur wissenschaftlichen Diskussion Anlass gibt, sind die **Definitionen von Suizidalität, Suizidversuch und Suizid**.

Im Einzelnen:

- Letztendlich gibt es bisher aber keine allseits anerkannte **Definition von Suizidalität**, die das gesamte Spektrum dieses Phänomens menschlichen Denkens, Verhaltens und Erlebens vom Opfer-Suizid bis hin zur Selbsttötung in einer akuten psychotischen Episode abdeckt, so der Experte Professor Wolfersdorf. Nachfolgend deshalb drei Definitions-Vorschläge:
- Eine der breitesten Definitionen lautet: „Unter Suizidalität verstehen wir das Potenzial aller seelischen Kräfte und Funktionen, das auf Selbst-Vernichtung tendiert“ (nach T. Haenel und W. Pöldinger, 1986).

- Eine neuere Definition aus psychotherapeutischer Sicht lautet: „Suizidalität ... lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der die Menschen hoffnungslos und verzweifelt über sich selbst, das eigene Leben und seine Perspektiven sind und ihre Situation als ausweglos erleben“ (nach R. Lindner, 2006).

- Die bisher wohl umfassendste Definition nach M. Wolfersdorf selber lautet: Suizidalität meint die Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln-Lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.

Suizidalität ist grundsätzlich bei allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf (medizinisch-psychosoziales Paradigma).

Psychodynamisch ist Suizidalität ein komplexes Geschehen, bestehend aus der Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus der Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, aus der Veränderbarkeit eines Zustandes heraus, aus u. U. durch psychische und /oder körperliche Befindlichkeit verändertem Erleben.

Motivational spielen appellative, manipulativ-instrumentelle, altruistische sowie auto- und fremdaggressive Elemente eine Rolle.

Suizidalität ist bewusstes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person, ein Lebens-Konzept; suizidales Verhalten will etwas verändern, z. B. den Anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt u. a.

Suizidalität ist (meist) kein Ausdruck von Freiheit und Wahl-Möglichkeit, sondern von Einengung durch objektiv und / oder subjektiv erlebter Not, durch psychische und / oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen (nach M. Wolfersdorf, 1989, 2000 u. a.).

Bei der Beschreibung von Suizidalität geht es vor allem um einen sich gefährlich verschärfenden innerseelischen und später auch äußerlich gefährlichen bis tödlichen Handlungsablauf (so genanntes Kontinuitäts-Modell von Suizidalität). Dies ist vor allem wichtig für das rechtzeitige Erkennen und Handeln. Im Einzelnen:

- Als eher *passive Suizidalität* mit entsprechender Eigen-Verantwortung (bei aber wachsender Fremd-Verantwortung s. u.) gilt der Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben (aber auch mit dem Risiko des Versterbens). Zunehmend dabei der Todes-Wunsch (jetzt oder in einer unveränderten Zukunft lieber tot sein zu wollen).

- Mit wachsendem *Handlungsdruck* und damit *Zunahme des Handlungs-Risikos* stellen sich entsprechende Suizid-Gedanken ein: die Erwägung als Möglichkeit und schließlich der Impuls (spontan sich aufdrängend bis zwanghaft). Jetzt konkretisieren sich auch Suizid-Absichten mit oder ohne Plan und mit bzw. ohne Ankündigung.
- Im Rahmen der *aktiven Suizidalität* kommt es dann zu Suizidhandlungen, d. h. vorbereiteter Suizidversuch, begonnener und abgebrochener Suizidversuch (durch Selbst- und / oder Fremd-Einfluss), durchgeführt (selbst gemeldet, gefunden) und schließlich gezielt geplant, impulshaft durchgeführt.
- Die **Definition des Suizidversuchs** lautet: Der Suizidversuch ist
 - eine selbst-verursachte bzw. -veranlasste, selbst-schädigende Handlung mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens (eher ambivalenter, zwiespältiger Todeswunsch) etwas verändern zu wollen (kommunikative Bedeutung) und
 - eine primär als Suizid angelegte Handlung (Parasuizid, hoher Todeswunsch), die aus zufälligen Gründen überlebt wird.
- Die **Definition des Suizids** lautet: Der Suizid ist eine selbst-verursachte bzw. -veranlasste selbst-schädigende Handlung
 - mit dem Ziel, tot zu sein (hoher Todeswunsch) und
 - in dem Wissen, mit der Erwartung oder in dem Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Der Ausgang der Handlung ist der Tod.

Freizeit-Risikoverhalten und nicht-suizidale Selbst-Gefährdung

Ein wachsendes Problem ist die möglichst scharfe Abgrenzung von *Freizeit-Risikoverhalten* und *nicht-suizidaler Selbst-Gefährdung* bzw. *nicht-suizidaler Selbst-Verletzung* (z. B. Schnittverletzungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung).

Als kennzeichnendes Merkmal zur Abgrenzung nicht-suizidaler von suizidaler Auto-(Selbst-)Aggression zieht man die Intention heran, d. h. die vom Patienten mit seiner Handlung verbundene Absicht. Dabei geht es um die Deutung einer Handlung als „suizidale Handlung“:

Dazu zählen beispielsweise kürzlich erfolgte Suizid-Ankündigungen, ein suizid-riskantes Beschwerdebild (Fachbegriff: Risiko-Psychopathie mit er-

höchstem Suizid-Risiko), frühere Suizidversuche, so genannte Impuls-Kontrollstörungen mit fremd- und auto-aggressiver Neigung sowie wahnhaftes Erleben, insbesondere mit Bedrohtheit, Vernichtungs-Fantasien bzw. Depersonalisation („ich bin nicht mehr ich“) und Auflösung der eigenen Identität verbunden (weitere Einzelheiten zum Phänomen psychischer Erkrankungen und Suizidalität s. u.).

Akute, anhaltende, chronische und latente Suizidalität

Weitere inhaltliche und Verlaufs-Aspekte der Suizidalität, die entweder seit jeher oder in letzter Zeit vermehrt in der Diskussion stehen, sind folgende Phänomene:

- **Akute Suizidalität:** mehr oder weniger plötzlich ausbrechende, drohende, gefährliche und damit zu raschem Handeln zwingende Suizidalität. Eher ein Thema des Erkennens – Verstehens – Reagierens, weniger theoretisch im Gespräch. Ganz im Gegensatz dazu die
- **„anhaltende“** oder so genannte **chronische Suizidalität:** Vor diesem Begriff warnen die Experten. Zum einen ist die „chronische“ Suizidalität bisher nicht verbindlich definiert und damit letztlich unklar. Zum anderen ist damit eine eher hoffnungslose und lebens-verneinende Einstellung als die überdauernde Grund-Einstellung eines Menschen gemeint.

Das Gleiche gilt für häufig auftretende Suizid-Impulse, Suizid-Ideen und suizidale Handlungen in kurzen Zeitabschnitten.

Deshalb sollte der Begriff „chronische Suizidalität“ aus forensisch-juristischen Gründen nicht verwendet werden, so M. Wolfersdorf. Denn das Ziel therapeutisch-pflegerischer Handlung ist die Suizid-Prävention. Dagegen kann die Diagnose einer „anhaltenden Suizidalität“ zur „staatsanwaltschaftlichen Eintrittspforte“ werden.

- Ähnliches gilt für den vielfach noch verwendeten Begriff der **„latenten Suizidalität“**. Denn wenn die Möglichkeit suizidalen Verhaltens eine allgemeinhin menschliche Eigenschaft ist, dann sind letztlich alle Menschen „latent“ suizidal und es bedürfte nur entsprechender Ereignisse innerer oder äußerer Art, um die eigene Suizidalität aus der „Latenz“ zu heben (vom lat.: latere = verborgen, versteckt, unbemerkt, unbekannt sein).

Der erweiterte Suizid oder Suizidversuch

Der **„erweiterte Suizid oder Suizidversuch“** meint die Mitnahme einer anderen Person in die eigene suizidale Handlung.

Dazu gehört der „*Doppel-Suizid*“ als gleichzeitige Selbsttötung zweier Menschen.

Ferner der so genannte *Mitnahme-Suizid*, z. B. bei einer wahnhaft-depressiven Mutter, die in pseudo-altruistischer Weise ihr Kleinkind mit in den Tod nimmt.

Auch den *Massen-Suizid* kann man darunter zählen, d. h. die Selbsttötung ganzer Gruppen von Menschen, meist eine Mischung aus Selbsttötung, Töten, Getötet-Werden und Sich-töten-Lassen.

Im US-amerikanischen Sprachraum werden auch die „*Geisterfahrer-Suizide*“ als „*Murder Suicide*“ bezeichnet.

Bei den „*Terroristen-Suiziden*“ wird der Suizident im Rahmen einer terroristischen Kriegsführung zur „Waffe“, wobei es nicht um die Selbsttötung, sondern die Vernichtung anderer geht.

Auch das vielschichtige Phänomen des „*Amok*“ wäre in diesem Zusammenhang zu diskutieren.

Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Verstärktes Risiko für suizidales Verhalten

Die Suizid-Forschung hat im Verlauf der Jahrzehnte immer konkreter erfassbare Gruppen mit *erhöhtem Risiko* für suizidales Verhalten herausgearbeitet. Wer gehört dazu?

- *Menschen mit seelischen Erkrankungen*: Einzelheiten dazu siehe unten.
- *Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität*: Zu denken ist an Suizid-Ankündigungen (Appell in der Ambivalenz, in suizidalen Krisen und vor allem nach bereits überlebtem Suizid-Versuch; in 10% droht dabei ein Rückfall mit vollendetem Suizid!).
- *Alte Menschen* mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronisch einschränkenden Krankheiten, nach Verwitwung, bei Mehrfach-Belastung aus seelischen und körperlichen Leiden heraus (so genannte Ko-Morbidität) u. a.
- *Junge Erwachsene oder gar Jugendliche* mit Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innerer Vereinsamung), Drogen-Problemen, familiären Problemen, Ausbildungs-Problemen usf.
- *Menschen in traumatisierenden (seelisch-verwundenden) Situationen und Veränderungs-Krisen*: Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen, Ver-

lust des sozialen, kulturellen oder politischen Lebensraumes, Identitätskrisen, chronische Arbeitslosigkeit, Kriminalität, Zustand nach Verkehrsdelikt (z. B. mit Verletzung, Tötung eines anderen) u. a.

- *Menschen generell (also nicht nur im höheren Lebensalter s. o.) mit entsprechenden Leiden*, z. B. schmerzhaften, chronischen, lebens-einschränkenden, verstümmelnden körperlichen Erkrankungen, insbesondere des Bewegungs- und zentral-nervösen Systems (Gehirn und Rückenmark), mit terminalen Erkrankungen (im End-Stadium) oder mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit usw.

An erster Stelle unter dem Aspekt der „Risiko-Gruppen“ stehen also Menschen mit psychischen Erkrankungen, hier vor allem Depressionen (s. u.), gefolgt von alten und vereinsamten Menschen, von chronisch Kranken mit Schmerz und fehlender Heilungsaussicht, von Alkohol- und Drogen-Abhängigen (bis zu 30% der so genannten Drogentode gelten als Suizide), von Patienten mit Anorexie (Magersucht), von Menschen, bei denen Suizid-Ankündigungen oder gar -Drohungen bekannt sind bzw. solche, bei denen bereits ein Suizidversuch vorlag (10% wiederholen den Versuch in den ersten 12 Monaten), gefolgt von schizophrenen Erkrankten (besonders junge Männer), Personen mit Persönlichkeitsstörungen sowie solche, die sich in Haft befinden (vor allem die erste Zeit unter Untersuchungs-Haft-Bedingungen). Nicht zu vergessen auch bestimmte Berufsgruppen, bei denen vor allem medizinisches Personal und Ärzte zu finden sind.

Und um noch einmal das Problem psychische *Erkrankung und Suizid* zu konkretisieren, nachfolgend kurzgefasste Ergebnisse einer großen zusammenfassenden Studie aus dem Jahr 2004 (so genannte Meta-Analyse), die besagt:

An erster Stelle und in einem Drittel der Fälle sind es affektive (Gemüts-)Störungen, insbesondere depressive Erkrankungen. Danach so genannte substanz-bezogene Störungen, d. h. Alkohol, Rauschdrogen und Medikamente, wobei nur ein begrenzter Teil in fachärztlicher klinischer Behandlung ist. Danach folgen Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen (schon eher in fachärztlicher Behandlung stehend). Schließlich hirnorganische Störungen, andere psychotische Erkrankungen (abzüglich der schon erwähnten Schizophrenie), Angststörungen, somatoforme Störungen (früher als psychosomatische Erkrankungen bezeichnet), Anpassungsstörungen u. a.

Einzelheiten zu diesen Krankheitsbildern siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Ursachen – Motive – Hintergründe

Ist es zu verstehen, dass ein so ernstes und seit Menschengedenken einschneidendes Phänomen wie Suizidversuch oder gar vollendete Selbsttötung nicht von allen wissenschaftlich akzeptiert und vor allem allgemein nachvollziehbar erklärt werden kann? Für den Laien vielleicht nicht, für die Forscher, insbesondere jene, die sich damit beschäftigen, nämlich Ärzte, Psychologen, Soziologen, Theologen, Philosophen u. a. sehr wohl. Das Geschehen, dass das Ende eines Lebens herbeiführt (oder führen soll), ist zu vielschichtig, um schlicht und einfach auf einen Nenner gebracht zu werden.

Was gibt es nun für konkrete Überlegungen, Theorien, Hypothesen oder Modelle zur so genannten Ätiopathogenese der Suizidalität, also von Ursache und Verlauf? Prof. Wolfersdorf listet auf:

Ein einheitliches Ätiopathogenese-Modell für Suizidalität gibt es bis heute nicht. Vor allem muss man unterscheiden zwischen

- **Entwicklungs-Modellen von Suizidalität:** Sie beschreiben unabhängig von der jeweiligen Ursache eines Geschehens den Weg von einem auslösenden Ereignis bis zur sichtbaren Reaktion, in diesem Fall der suizidalen Handlung sowie
- **Ätiopathogenese-Modellen:** Sie erheben den Anspruch, auch eine Aussage über die Ursachen im psychologischen, vor allem psychodynamischen Bereich zu machen, von den biologischen Hintergründen ganz abgesehen. (Anmerkung: Psychodynamik umspannt den vor allem psychoanalytischen Erklärungsversuch, wie sich die Beziehungen der einzelnen Persönlichkeits-Anteile eines Menschen untereinander verhalten, z. B. zwischen unbewusst-bewusst und Es-Ich-Über-Ich. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.)
- Eine dritte Gruppe sind die so genannten **komplexen Entwicklungs-Modelle:** Sie versuchen die verschiedenen Aspekte auf der biologischen (konkret psycho-physiologischen) Ebene und der psychologisch-psychodynamischen Ebene zusammenzufassen.

Einzelheiten dazu siehe die spezielle Fach-Literatur, nebenbei ein inzwischen fast nicht mehr überschaubares Spezialgebiet, überwiegend englisch-sprachig, wobei aber gerne auf die mittel-europäischen Wurzeln, vor allem in Österreich und Deutschland, aber auch in der Schweiz zurückgegriffen wird. Hier finden sich also auch deutsch-sprachige Artikel und Bücher mit eher historischem Hintergrund, aber trotzdem überaus lesenswert; und vor allem von „modernen“ Autoren und Forscher-Teams immer wieder „ausgegraben“, umfunktioniert und damit umformuliert, was nichts anderes heißt als: Fundamentale Erkenntnisse gab es schon früher, neue sind eher auf der biologischen Seite zu erwarten (s. später).

Die **Entwicklungs-Modelle** gehen vor allem auf zwei österreichische Psychiater zurück. Das ist zum einen das „präsuizidale Syndrom“ nach E. Ringel (1953) mit der seelischen, geistigen und psychosozialen „Einengung“ im Rahmen einer unerträglich gewordenen inner-seelischen Situation mit zunehmendem Verlust innerer und äußerer Freiheitsgrade. Und andererseits das Modell von W. Pöldinger (1968), das vor allem auf den kurzfristigen Zeitraum vor einer suizidalen Handlung abzielt, der durch Appelle und Ankündigungen sowie schließlich die täuschende „Ruhe vor dem Sturm“ gekennzeichnet ist.

Beide suizidologischen Überlegungen hatten zu ihrer Zeit einen großen Einfluss auf die wissenschaftliche Diskussion und auf den ärztlich-psychologisch-pflegerischen Alltag, ja sogar was Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen, Sicherheitskräfte u. a. anbelangt. Denn sie beschäftigten sich insbesondere mit greifbaren Phänomenen im Rahmen einer unseligen psychosozialen Entwicklung, was sie auch heute noch so alltags-relevant, d. h. wertvoll im rechtzeitigen Erkennen, Einschätzen und gezielten Handeln macht.

Bei den **ätiopathogenetischen Modellen** gibt es drei große Hypothesen-Kreise:

1. Die individuelle **lern-geschichtlich-biographische Hypothese** nimmt einen Zusammenhang zwischen Lern-Geschichte und Lebens-Geschichte, Denkstilen der Person über sich, die Vergangenheit sowie die Möglichkeit von Zukunfts-Bewältigung aktueller Konflikte an.
2. Die **biologische Hypothese** geht von genetisch (erblich) mitgegebenen bzw. früh in der Entwicklung der Persönlichkeit erworbenen strukturellen Vorgaben aus. Sie schreibt einer gestörten Anpassungsleistung und Impulskontrolle sowie aktuellen Belastungen (z. B. seelische Erkrankung, chronischer Schmerz, körperliche Entstellung) eine besondere Bedeutung zu. Im Zusammenhang mit einem auslösenden Ereignis wird der Betroffene dann vor dem Hintergrund seiner oben erwähnten Disposition suizidal.
3. Die **soziologische Hypothese** erklärt – vereinfacht formuliert – das Individuum und seine Lebens-Geschichte für suizidologisch gesehen unbedeutend. Dafür weist sie den jeweiligen sozialen Rahmen-Bedingungen eine ggf. suizidalitäts-fördernde Wirkung zu. Beispiele: Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder Religion, Lebensereignisse wie Scheidung, Krankheit, Kriminalität u. a.

Krise oder Krankheit?

Letztlich spielen bei allen diesen Überlegungen zwei Aspekte eine Rolle, nämlich zum einen eine (subjektiv oder gar objektiv nicht mehr bewältigbare) Krise und zum andere eine Krankheit, von der ebenfalls angenommen wird, man

habe keine Genesungs-Aussichten mehr. Der Psychiater Wolfersdorf erklärt diese beiden Bereiche aus der Sicht des Therapeuten wie folgt:

„Ein depressiv Kranker kommt nach einem Suizidversuch, der im Zusammenhang mit einem aktuellen Ehe-Konflikt gesehen wird, in die psychotherapeutische Praxis. Von dem reinen Krisen-Modell ausgehend wird die therapeutische Intervention auf die Klärung des Ehe-Konflikts abzielen. Dadurch hofft man die Suizidalität zu reduzieren. Hat man das Krankheits-Modell (einseitig) im Auge, muss die Depression behandelt werden, um dadurch die negative Einstellung, die Hilfs- und Hoffnungslosigkeit zu verändern und so zur Neu-Bewertung des Ehe-Konfliktes beizutragen. In der Realität spielen natürlich beide Faktoren (und ggf. noch so manches mehr) eine Rolle, hier soll nur auf zwei Haupt-Säulen verwiesen werden.

Die narzisstische Krise

Das Krisen-Modell hat in letzter Zeit wissenschaftlich, diagnostisch und therapeutisch an Bedeutung gewonnen. Stichwort ist die *narzisstische Krise*. Dabei wird die Selbsttötungs-Handlung als Versuch verstanden, das eigene Wertgefühl zu retten. Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstruktur (oder zumindest Anteilen davon) geraten bei selbst nur befürchteter oder gar vermutter Bedrohung dieses entsprechend gestalteten bzw. auf einem solchen Fundament erbauten Lebens-Konzeptes in eine Selbstwert-Krise. Dies bezieht sich meistens auf eine andere Person, vor allem den Partner, aber auch Eltern, Kinder u. a.

Psychodynamisch gesehen gilt die Suizidalität dann unter dem Aspekt einer narzisstischen Krisen-Theorie als Ausdruck einer Aggression, die eigentlich gegen eine andere Person gerichtet, nun aber gegen die eigene Person gewendet wird. Das passiert als Reaktion einer tiefen Selbstwert-Kränkung, und zwar sowohl was die eigene Person als auch ggf. ein Kollektiv anbelangt (Fachbegriffe: individuelle oder kollektive narzisstische Krise). Und als Versuch, diese bedrohte Beziehung zu sichern, und sei es unter Einsatz des eigenen Lebens. Da kann auch eine frühere Erfahrung mit hereinspielen, „existentiell destruktiv“, wie es die Experten nennen, d. h. von anderen tot gewünscht zu sein, was nun re-aktiviert wird. Hier spielt auch die Zermürbung durch (vor allem chronische) innerseelische Spannungen bis hin zum „psychischen Schmerz“ eine wichtige Rolle.

Das hört sich alles sehr kompliziert an, bekommt aber von einer Seite Unterstützung, die man sich als Laie erst einmal kaum vorstellen kann, nämlich von der biologisch orientierten Wissenschaft. Tatsächlich deuten die neuro-biologischen, psycho-physiologischen und genetischen Vorgänge im Zusammenhang mit Suizidalität immer klarer erkennbare Zusammenhänge an. Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch die neuro-biochemischen Untersuchungsergebnisse an Menschen, die von eigener Hand verstorben sind, las-

sen immer mehr an biologische Hintergründe denken, zumindest als Mit-Versucher (wissenschaftliche Stichworte: präsynaptisches serotonerges Defizit mit kompensatorischer Zunahme der 5 – HT 2 – Rezeptoren im praefrontalen Kortex). Auch eine Reihe weiterer Forschungs-Ergebnisse bei solchen Suizid-Opfern spricht für eine eingeschränkte Fähigkeit zur Anpassung an entsprechende Belastungs-Faktoren. Oder kurz, zusammenfassend und schlicht formuliert:

Grundlage wäre eine biologische Funktionsstörung in bestimmten Gehirnbe-
reichen, was sich dann psychosozial zur Gefahr von zunehmender Suizidali-
tät und schließlich Selbsttötung verdichten kann.

Das leitet zum nächsten, zum wichtigsten Kapitel über, nämlich zur Frage: Was muss man tun, vor allem im Vorfeld einer (vielleicht noch nicht erkannten, zumindest nicht ernst genommenen) Suizidalität.

Suizid-Prävention heute

In seinem auf die Weiterbildung von Ärzten komprimierten Beitrag geht der erfahrene Suizidologe Professor Dr. Manfred Wolfersdorf auf die Grundzüge der **Suizid-Prävention** ein, basierend auf früheren Erkenntnissen und ergänzt durch heutige Möglichkeiten (aber leider auch Grenzen – s. u.). Im Einzelnen:

Definitionsgemäß ist die Suizid-Prävention die Verhütung der Umsetzung von Suizid-Ideen in eine Suizid-Absicht und suizidale Handlung. Dabei geht es um Zeit-Gewinn für ein Angebot möglichst optimaler Hilfe und / oder Therapie mit dem Ziel, aktuelles Leiden, vor allem aber Hoffnungslosigkeit und suizidalen Handlungsdruck zu reduzieren. Was heißt das im Einzelnen, wengleich verkürzt auf Stichworte:

- Als Erstes geht es um die möglichst frühe und konkrete **Einschätzung der Suizidalität**: Hierbei differenziert man in Basis-Suizidalität und eigentliche Suizid-Gefahr. Das heißt:
 - Unter **Basis-Suizidalität** versteht man das Ausmaß suizidaler Gefährdung eines Menschen vor dem Hintergrund seiner Lebens- und Krankheits-Geschichte sowie der aktuellen Situation.
 - Eine so genannte *erhöhte Basis-Suizidalität* liegt nach klinischer Erfahrung vor bei folgenden Kriterien:
 - - Suizidale Krisen, Suizidversuche in der Vorgeschichte
 - - Suizidale Handlungen auch unter Hilfe- und Therapie-Bedingungen

- - Störung der Impuls- und Aggressions-Kontrolle
- - Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeits-Einstellung
- - Suizide in der Familie u. a.
- - Zugehörigkeit zu einer Risiko-Gruppe. Beispiele: psychisch Kranke, Suizidalität in der Vorgeschichte, besonders belastende Lebens-Situationen u. ä.

Schlussfolgerung: Liegt eines dieser Kriterien vor, weist es auf eine allgemein erhöhte Basis-Suizidalität hin, d. h. diesen Menschen sind suizidale Handlungen näher als anderen ohne diese Krankheitszeichen.

- Im Weiteren gilt es die drohende **Suizid-Gefahr** abzuschätzen: Sie wird unterteilt in erhöhte und akute Suizid-Gefahr. Im Einzelnen:
 - Eine **erhöhte Suizidgefahr** liegt dann vor, wenn
 - - ein Patient jetzt konkrete Todes- und Ruhewünsche äußert
 - - ein Patient jetzt konkrete Suizid-Ideen und -Pläne erkennen lässt
 - - ein Patient bei direktem Nachfragen nicht offen mit dem Thema Suizidalität umgeht und nicht glaubwürdig wirkt
 - - fremd-anamnestisch (d. h. von anderen, z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn usw.) suizidale Äußerungen bekannt geworden sind, aber vom Betroffenen verneint werden
 - - ein Patient zu einer Risiko-Gruppe gehört und aktuell suizid-fördernde Krankheitszeichen aufweist
 - - ein Patient tief hoffnungslos und nicht aufhellbar bzw. korrigierbar ist
 - - ein Patient konkrete Zeitpunkte und Rahmen-Bedingungen festgelegt hat, die eine Selbsttötung nahe legen bzw. begründen
 - - ein Patient bereits mehrfach psychisch erkrankt ist
 - - ein Patient in einer extremen und auswegslos erscheinenden sozialen Situation gefangen ist
 - - ein Patient an einer schwer entstellenden, schmerzhaften, unheilbaren u. ä. Krankheit leidet.

- Eine **akute Suizidgefahr** liegt dann vor, wenn
 - - ein Patient eine konkrete Suizid-Absicht äußert
 - - ein Patient eine Suizid-Handlung geplant und bereits vorbereitet hat, die eventuell abgebrochen wurde
 - - ein Patient konkrete Suizid-Anweisungen durch vorliegende Krankheitszeichen (z. B. akustische Halluzinationen, d. h. Stimmen-Hören mit Suizidaufforderung) oder andere Einflussnahmen erfährt
 - - einem Patienten sein ausgeprägter Leidensdruck („seelischer Schmerz“) nicht mehr ertragbar erscheint (und damit hoher suizidaler Handlungsdruck gegeben ist)
 - - ein Patient autoaggressiv (selbst-aggressiv) und nicht mehr steuerungsfähig und damit absprache-fähig ist.

- **Was muss man tun?**

Hier gilt es wiederum zu unterscheiden zwischen erhöhter und akuter Suizidgefahr.

- **Erhöhte Suizid-Gefahr** verpflichtet zu einer erhöhten Beziehungs-Dichte bzw. Kontakt-Dichte, d. h. therapeutisch, pflegerisch. Desgleichen zur Abklärung ambulanter oder stationärer Therapie- und Schutzmaßnahmen mit regelmäßiger (z. B. täglicher) Abklärung der Suizid-Gefahr. Und zur Einbeziehung von Angehörigen bzw. des Behandlungs-Teams. Außerdem zur Behandlung der Grundkrankheit (überwiegend seelisch, aber auch körperlich oder beides).
- **Akute Suizid-Gefahr** zwingt zu sofortigen Schutz-Maßnahmen, d. h. engmaschige Überwachung und Kommunikation, stationäre Einweisung und damit Behandlung, Entlastung auch pharmakotherapeutisch von Handlungs-Druck, ferner Anxiolyse (Angst-Lösung) und Entspannung sowie Einbeziehung von Angehörigen, verstärkte Team-Arbeit usw.

So die von dem Suizidologen Prof. Dr. M. Wolfersdorf zusammengefassten Hinweise zur Einschätzung von Basis-Suizidalität, erhöhter oder akuter Suizid-Gefahr.

Natürlich wirken einige Empfehlungen dabei eher plakativ, summarisch für Fachleute verständlich, für Laien nicht immer, notgedrungen. Doch solche nüchternen Aufzählungen sind wichtig, sie helfen vor allem in Not-Situationen „reflex-artig“. Denn die akut hinzugezogenen Ärzte, Psychologen, Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter u. a., oft von anderen Fachbereichen kommende und

deshalb in suizidaler Hinsicht nicht speziell geschult, sind letztlich auf eine „spezifische Risiko-Psychopathologie“ als Hinweis für erhöhte oder akute Suizid-Gefahr angewiesen. Oder auf Deutsch: Was kann auf eine drohende Selbsttötung konkret hinweisen, und zwar praxis-relevant und verständlich formuliert?

Auch dazu gibt es in dem erwähnten Fachartikel und in der Fachliteratur bestimmte **Warn- oder gar Alarm-Symptome**. Einige Beispiele dazu:

- Ausdrücklich erklärte, keine Zweifel zulassende Suizid-Absicht mit oder ohne Handlungs-Druck, d. h. dranghafte Suizidalität.
- Akustische Halluzinationen, also beispielsweise imperative (befehlende) Stimmen, massiv entwertende Stimmen, auch Stimmen von Verstorbenen, die zu sich rufen, auf jeden Fall zur Selbsttötung auffordernde akustische Sinnestäuschungen.
- Tiefe, nicht aufhellbare Hoffnungslosigkeit, was beispielsweise mit einer Psychose (früher Geisteskrankheit genannt) zusammenhängen kann, sprich psychotische Depression, Schizophrenie bzw. schizophrenie-nahe Krankheitsbilder wie schizotypische oder schizoide Persönlichkeitsstörung u. a.
- Tiefe depressive Herabgestimmtheit, ja Verzweiflung und vor allem Hoffnungslosigkeit, oft auch „seelischer Schmerz“.
- Ausgeprägte und anhaltende narzisstische Kränkung(en).
- Anhaltende Gefühle von Vereinsamung, Verlassen-Sein u. a.
- Pseudo-altruistische Gedanken, also selbstlos, ja aufopfernd für andere, in diesem Fall aber keine echte Rücksicht im gesunden Sinne (= Pseudo), was Partner, Familie, Kinder, Gesellschaft u. a. anbelangt. Eher im Sinne von „alle, die ganze Welt wären besser dran, wenn ich nicht mehr leben würde“.
- Befürchtungen, vor allem wahnhaft (paranoide) Befürchtungen von elendem Versterben, von Untergang von Partner, Familie, Kinder, der ganzen Welt, von schwerer existenzieller Bedrohtheit (sozial, wirtschaftlich, ggf. vielleicht sogar Verfolgung u. a.).
- Hoher Leidesdruck wegen ständig wiederkehrender psychotischer Erkrankung und damit Behandlungsbedürftigkeit sowie der bereits erwähnten Hoffnungslosigkeit.
- Anhaltende quälende innere und äußere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Getriebenheit.

- Ausgeprägte, quälende Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen, meist alles zusammen), und das über längere, zermürbende Zeit.
- Fehlende Impuls-Kontrolle mit entsprechenden autoaggressiven Neigungen zur Selbstverletzung.

Das sind einige der wichtigsten, wenngleich bei weitem nicht alle Krankheitszeichen, Warn- und Alarmsignale eines vom Leben gequälten und sich dem selbst gewählten „erlösenden“ Tod zuwendenden Mitmenschen.

Einzelheiten dazu siehe auch die anderen Beiträge über Suizid und Suizidversuch in dieser Serie. Was auf jeden Fall geklärt, zumindest hinreichend deutlich sein muss, sind folgende Fragen, von Professor Wolfersdorf als unabdingbar zusammengefasst:

- **Was muss bei Verdacht auf Suizidalität geklärt werden?**

Bei Verdacht auf Suizidalität gilt es eine Reihe von Fragen zu klären, an die man vielleicht nicht sofort denkt. Wichtig sind sie allemal, so die Experten.

- Hat der Patient Suizid-Ideen/Todeswünsche oder gar Suizidabsichten?
- Hat er einen hohen dranghaften Handlungs-Druck, Suizid-Ideen in eine suizidale Handlung umzusetzen oder nicht?
- Hat er realistische Hoffnung auf Hilfe/Veränderung, und zwar hier und jetzt und entlastet das Gespräch / der Kontakt spürbar?
- Planungen für die nächste Zukunft? Realistisch oder nicht?
- Hat er akute Suizid-Absichten „auf später aufgeschoben“, d. h. ist aus seinem Entschluss wieder Ambivalenz und damit, zumindest auf Zeit, wieder die Bereitschaft zur Nutzung entsprechender Hilfs-Angebote geworden?
- Verleugnet der Patient trotz Ansprechens, trotz anders lautender Informationen seine Suizidalität?
- Scheint er „glaubwürdig“, ist er „offen“?
- Ist der Patient überhaupt geschäftsfähig?
- Hat er in psychopathologischer Hinsicht (Krankheitsbild) suizid-fördernde Symptome, z. B. Wahn, Sinnestäuschungen, altruistische Ideen (s. o.) oder Ähnliches?

- Ist stationäre oder ambulante Behandlung nötig? Muss man ihn ggf. in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie einweisen, auch gegen seinen Willen? Muss vielleicht sogar die Polizei eingeschaltet werden?
- Auch ist im Rahmen einer ambulanten Behandlung die Frage zu klären: Gibt es positive Bezugspersonen um ihn herum? Sind sie verfügbar, und zwar realistisch gesehen (nicht nur Lippenbekenntnisse, Ankündigungen ohne Realisierungsmöglichkeit u. ä.)? Sind konkrete Fürsorge-Maßnahmen gesichert? Ist eine regelmäßige ambulante Betreuung gegeben, wenigstens kurze Telefonkontakte möglich?
- Ist der Patient glaubwürdig bereit bzw. fähig, sich bei Verschlechterung bzw. drängenden oder wieder auftretenden Suizidideen umgehend an eine oder mehrere Bezugspersonen bzw. den Therapeuten zu wenden?
- Ist der Patient mit einer konkreten Therapie-Planung einverstanden, z. B. was Krisen-Intervention, längerfristige Betreuung, ggf. stationäre Behandlung und entsprechende Medikamente anbelangt?

Zuletzt sollen noch zwei Aspekte in diesem Zusammenhang wenigstens kurz gestreift werden: Der eine ist allseits anerkannt, wenn auch in der Allgemeinheit sicher schwer durchschaubar. Der andere hat mit einer eher ambivalenten Einstellung, vielleicht sogar mit hartnäckigen Widerständen zu rechnen. Gemeint sind die Begriffe bzw. Hilfs-Strategien: *Krisen-Intervention* und *Medikamente gegen die Suizidgefahr*.

Krisen-Intervention

Suizid-Prävention ist die Verhütung der Umsetzung von Suizid-Ideen in Suizid-Absichten und schließlich suizidale Handlung. Davon war schon beim Thema *Grundzüge der Suizid-Prävention* die Rede. Es geht also um Zeitgewinn für ein Angebot optimaler Hilfe oder konkreter Therapie mit dem Ziel, aktuelles Leiden, vor allem aber Hoffnungslosigkeit und schließlich Handlungs-Druck zu reduzieren. Oder noch konkreter: Die scheinbare „Lösung“ eines Problems oder eines niederdrückenden Erlebens durch Suizid überflüssig zu machen, so Prof. Wolfersdorf. Und weiter: Der Patient soll auf diese Lösung verzichten, zumindest für einen bestimmten Zeitraum (z. B. bis zum nächsten Therapie-Gespräch). Oder er soll seine subjektive „Lösung“ bzw. in diesem Fall „Endlösung Suizid“ in die Zukunft verschieben, damit Fürsorge und Schutz, Therapie und Symptom-Besserung und somit eine angestrebte Perspektiven-Veränderung möglich werden.

Dafür gibt es bestimmte Grund-Prinzipien einer Krisenintervention bzw. gar notfall-psychiatrischen Intervention bei drohender Suizidalität, die auf vier Säulen ruht:

- Als Erstes die zwischenmenschliche Beziehung Patient/Therapeut mit der Klärung der Fragen nach Zeit und Ort (wer, was, wo, wie), mit der Akzeptanz durch Verständnis von Suizidalität als Not-Signal und – entscheidend – mit der Sicherung durch die erwähnte zwischenmenschliche Beziehung.
- Danach folgt die Diagnose (Leidensbild / konkretes Krankheitsbild), d. h. körperliche oder seelische Störung bzw. beides zusammen, einschließlich bestimmter Belastungs- oder Konflikt-Faktoren. Dazu eine möglichst differenzierte Einschätzung der Suizidalität, insbesondere was den suizidalen Handlungs-Druck anbelangt.
- Parallel dazu die entsprechende Fürsorge (fachlich: Krisen-Management), um die akute Gefahren-Situation zu entschärfen, d. h. ambulante oder ggf. stationäre Behandlung. Außerdem weitere Maßnahmen im Rahmen einer mehrschichtigen Notfall-Situation. Schließlich längerfristige Therapie-Planung mit Einbeziehung von Angehörigen im Sinne von „Kommunikation und Kontrolle“ u. a.
- Schließlich die Therapie der akuten suizidalen Krise. Dabei müssen vor allem mögliche Basis-Störungen berücksichtigt werden. D. h. es herrscht nicht nur ein suizidaler Handlungs-Druck beim Betroffenen, sondern auch ein therapeutischer Be-Handlungs-Druck der beteiligten Fachleute.

Beispiele: psychotherapeutische Krisen-Intervention, ggf. Psychopharmaka. Hier geht es vor allem um Anxiolyse (Angstlösung) sowie schlaf-fördernde Medikamente (schlaf-anstoßende Neuroleptika oder Antidepressiva, Schlafmittel, u. . Beruhigungsmittel).

Denn der mehrfach erwähnte Handlungs-Druck ist es, den es zu mildern gilt; er ist der Dreh- und Angelpunkt der Selbsttötungs-Gefahr.

Zuletzt gilt es eine mittelfristige Psychotherapie ins Auge zu fassen, ergänzt durch Soziotherapie (Umfeld-Bedingungen) und eine weiterlaufende pharmakotherapeutische Behandlung, vor allem was die zugrundeliegende psychische Erkrankung anbelangt (z. B. Antidepressiva oder Neuroleptika).

Der Ablauf einer notfall-psychiatrischen Krisen-Intervention wegen Suizidgefahr ist ein sehr individuelles Geschehen. Deshalb ist es schwierig, dazu allgemein gültige Empfehlungen zu geben. Immerhin sind hier – wie bereits erwähnt – vier Gruppen zu unterscheiden, auch wenn sie meist nicht scharf abgrenzbar sind, nämlich:

1. Glaubhaft keine Suizidalität (jetzt und in der Vorgeschichte, eigen- und fremdanamnestisch, keine Risikozeichen oder -Hinweise)
2. Basis-Suizidalität

3. Erhöhte Suizidgefahr

4. Akute Suizidgefahr

Einzelheiten dazu siehe oben. Dabei lautet natürlich die Frage: Wie kommt man hier zu den notwendigen (Er-)Kenntnissen – und sichert sich damit ab? Wo kann man so etwas lernen? Welche konkreten Hilfen gibt es dafür? Dazu Prof. Wolfersdorf aufgrund des bisherigen Erkenntnisstands:

Eine Reihe von Orientierungs-Hilfen aus dem klinischen Erfahrungsfeld findet sich in den dafür inzwischen reichlich verfügbaren wissenschaftlichen und alltags-praktischen Beiträgen in der Fachliteratur, einschließlich entsprechender Fachzeitschriften (im deutschsprachigen Bereich beispielsweise die *Suizid-Prophylaxe* aus dem S. Roderer-Verlag Regensburg, www.suizidprophylaxe.de).

Das Problem dabei aber ist – dies müssen auch die Experten einräumen –, dass es sich bei dieser so lebens-entscheidenden Erfahrung zumeist um eine so genannte klinische Evidenz (wissenschaftlich nachweisbare Gewissheit) handelt. Sie beruht überwiegend auf Vergleichs-Studien zwischen Suizidenten und Nicht-Suizidenten oder auf den Bedingungen der so genannten Lebenszeit-Suizid-Mortalität spezifischer Gruppen. Und dies alles aus psychiatrisch-psychologischer Sicht.

Fundierte Prädiktions-Studien mit alltags-relevanter Voraussagekraft sind bis heute rar. Die Verwendung von Fragebögen zur Selbst- oder Fremd-Einschätzung von Suizidalität (z. B. Suicide-Intent-Scale) oder von Check-Listen (z. B. SAD-Persons-Scale, „Nurses“ Global Assessment of Suicide Risk u. a.) sind nützlich, als Grundlage hilfreich, ersetzen aber keinesfalls das direkte Besprechen von und gezielte Fragen nach Suizidalität. Sie dienen eher der Diagnose von Basis- bzw. erhöhter Suizidalität sowie von Gruppen-Definitionen für wissenschaftliche Fragestellungen.

Was am Ende eines Gespräches mit einem suizid-gefährdeten Patienten geklärt sein muss, ist persönlich zu klären (Einzelheiten s. o.).

Psychopharmaka gegen Suizidalität

Suizidalität alleine auf die Behandlung mit Psychopharmaka, also Arzneimitteln mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben, reduzieren zu wollen, wird dem komplexen Phänomen und menschlichen Verhalten nicht gerecht. Beziehungs-Probleme, soziale Probleme, die individuelle Biographie und vor allem die aktuellen Konflikte sind bekannte und wissenschaftlich anerkannte psychosoziale Belastungs-Faktoren und dürfen nicht vernachlässigt werden, warnt Professor Wolfersdorf. Und weiter: Das Risiko zu versterben besteht bei vielen Erkrankungen, nicht zuletzt bei seelischen

Störungen, was oft und gerne unterschätzt wird. Und dies vielleicht trotz optimaler Behandlungs- und Fürsorge-Bedingungen.

Gleichwohl sollten wir dafür dankbar sein, vor allem wenn man die seelischen Nöte und begrenzten Behandlungsmöglichkeiten unserer Vorfahren bedenkt, dass es Psychopharmaka gibt, die seelisches Leiden konkret zu mildern vermögen. Dies betrifft beispielsweise die schizophren Erkrankten (Neuroleptika) und vor allem die von einer Depression Heimgesuchten. In der Therapie mittelgradig oder gar schwer depressiver Patienten ist die Kombination aus psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung geradezu zwingend, so die Meinung vieler Fachleute „an der medizinischen Front“, die sich aufgrund von Beruf, Aufgabe und Position täglicher Krisen- und Not-Fälle nicht entziehen können. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Kapitel in dieser Serie, teils mehr diagnostisch, teils mehr therapeutisch orientiert.

Zuletzt ein Hinweis, der den meisten vielleicht etwas weit hergeholt erscheint, für die Ärzte und Psychologen aber trotzdem von erheblicher Alltags-Bedeutung werden kann. Gemeint sind

Gerichtsverfahren im Zusammenhang mit Suizid/Suizidversuch unter Behandlungs-Bedingungen

Die Erfahrungen bei zahlreichen Begutachtungen in zivil- und strafrechtlichen Verfahren wegen der suizidalen Handlung eines Patienten lassen sich nach Professor Dr. M. Wolfersdorf wie folgt zusammenfassen:

- Einschätzung und Diagnose von Suizidalität ist der geforderte Standard jeder Befunderhebung. Dies betrifft vor allem Krisen, Verschlechterung, Suizidalität im Vorfeld, einschließlich der Beurteilung des aktuellen Handlungs-Drucks bzw. der Therapie-Bereitschaft des Patienten.
- Jeder Befund, auch wenn die Suizidalität nicht mehr vorliegt, muss dokumentiert werden. Risiken, z. B. einen Patienten trotz Suizid-Ideen (bei klarem Verzicht auf Umsetzung und positivem Umfeld) zu beurlauben, sind zu besprechen, konkret mit dem Patienten zu planen und dürfen nicht fachlich unsinnig sein. Das heißt, Sicherheit und Fürsorge sind dabei höher einzuschätzen als der Wunsch des Patienten, als seine Furcht vor Stigmatisierung und entsprechende „Psychiatrie-Vermeidungs-Ideologien“.
- Die Therapie muss dem heutigen Standard in Psycho- und Soziotherapie sowie Pflege, aber auch Pharmako-Therapie entsprechen. Nach medikamentöser Unterstützung gegen Suizid-Druck wird von juristischer Seite aus gefragt. Hier müssen dann schon ernste Gründe vorliegen, sollten entsprechende Maßnahmen unterblieben sein.

LITERATUR

Intensiv bearbeitetes Thema weltweit mit einer nicht mehr überschaubaren Zahl wissenschaftlicher Publikationen und Fachbücher, zunehmend auch allgemeinverständlich. Einzelheiten dazu siehe die Aktivitäten und Angebote nationaler und internationaler Gesellschaften / Vereine zur Suizid-Prävention. Beispiele: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS), Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens / DGS, Internationale Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (IASP), International Academy for Suicide Research (IASR), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) – Referat Suizidologie u. a. Ferner wissenschaftliche und versorgungs-politische Programme wie Kompetenznetz Depression / Suizidalität, Nationales Suizidpräventionsprogramm (NSPro) u. a.

Nachfolgend lediglich eine deutschsprachige Auswahl des Autors in dem erwähnten Weiterbildungs-Artikel der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 11/2008:

Durkheim, E.: Der Selbstmord. Luchterhand-Verlag, Neuwied – Berlin 1973

Faust, V., M. Wolfersdorf: Suizidgefahr. Häufigkeit – Ursachen – Motive – Prävention – Therapie. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1984

Griesinger, B.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Ärzte und Studierende. Verlag Adolph Krabbe, Stuttgart 1845

Henseler, H.: Narzisstische Krisen – zur Psychodynamik des Selbstmordes. Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 1974

Kisker, K.P. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart II. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

Lind, V.: Selbstmord in der frühen Neuzeit. Verlag Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen 1999

Lindner, R.: Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen 2006

Minois, G.: Geschichte des Selbstmords. Verlag Artemis & Winkler, Düsseldorf 1996

Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suizidalität. Verlag Hans Huber, Bern 1968

Pöldinger, W., C. Reimer (Hrsg.): Psychiatrische Aspekte suizidalen Verhaltens. Tropon-Schriftenreihe, Köln 1985

Ringel, E.: **Der Selbstmord.** Maudrich-Verlag, Wien 1953

Schneider B.: **Risikofaktoren für Suizid.** Roderer-Verlag, Regensburg 2003

Wedler, H. u. Mitarb. (Hrsg.): **Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch.** Roderer-Verlag, Regensburg 1992

Willemsen, R.: **Der Selbstmord. Briefe, Manifeste, literarische Texte.** Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 2002

Wolfersdorf, M.: **Suizid bei stationären psychiatrischen Patienten.** Roderer-Verlag, Regensburg 1989

Wolfersdorf, M.: **Der suizidale Patient in Klinik und Praxis.** Wiss. Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2000

Wolfersdorf, M., W. P. Kaschka (Hrsg.): **Suizidalität – die biologische Dimension.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1995

Wolfersdorf, M., H. Wedler (Hrsg.): **Terroristen-Suizide und Amok.** Roderer-Verlag, Regensburg 2002