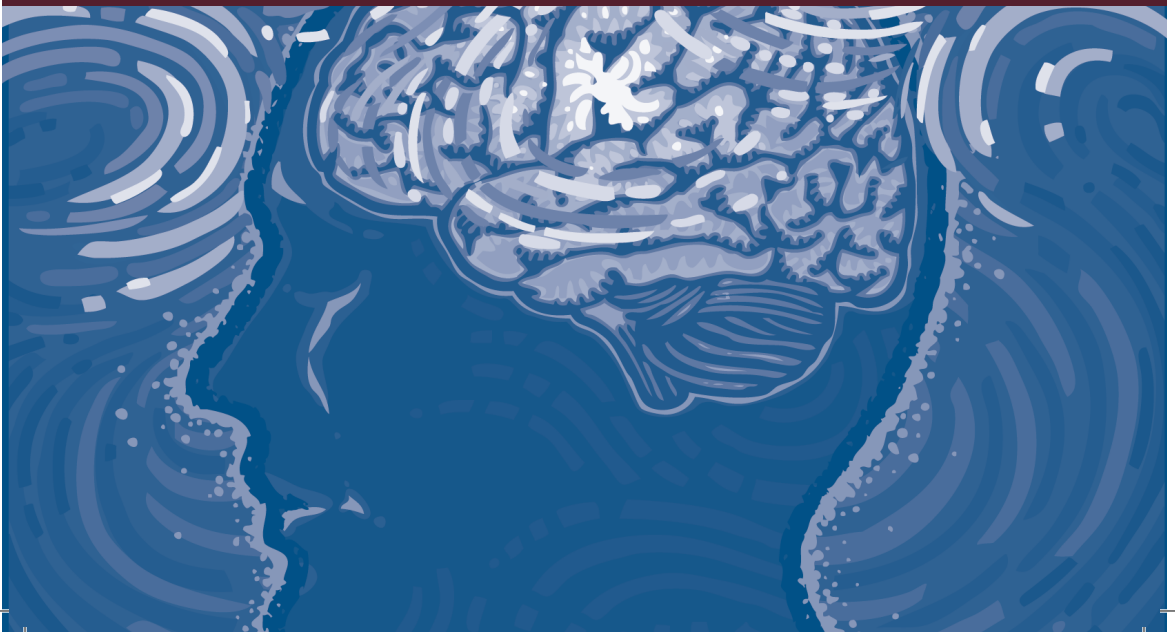


Manfred Wolfersdorf

# Erklärungsmodelle – die Zeit vor dem Suizid

AGUS-Schriftenreihe: Hilfen in der Trauer nach Suizid



## ***Inhaltsverzeichnis***

Vorwort	3
Persönliche Vorbemerkungen	4
Einführung – einige grundsätzliche Anmerkungen	5
SUIZIDALITÄT – was meint man zu glauben, was das ist?	14
Präsuizidale Entwicklungen – Wie entwickelt sich Suizidalität?	19
Welche Menschen scheinen besonders gefährdet?	22
Psychische Erkrankungen und Suizid	23
Unsere heutigen Modelle zur Entstehung von Suizidalität	26
Grundgedanken der Suizidprävention	27
Literatur	32
Autor	33



Unsere Selbsthilfeorganisation wird gefördert durch die DAK-Gesundheit. Herzlichen Dank für diese Unterstützung. Für die Inhalte dieser Veröffentlichung ist die Selbsthilfeorganisation verantwortlich. Etwaige Leistungsansprüche gegenüber der Krankenkasse sind hieraus nicht ableitbar.

### **Herausgeber:**

AGUS e.V. Bundesgeschäftsstelle

Cottenbacher Str. 4 · 95445 Bayreuth

**Autor:** Prof. Dr. Dr. Manfred Wolfersdorf

1. Auflage 9/2012

3. überarbeitete Auflage 1/2019

## **Vorwort**

Einen Hergang aufzuklären, ihn nachvollziehen und einordnen zu können, ist ein allgemein menschliches Bedürfnis, um ein so einschneidendes Lebensereignis wie den Suizid eines Angehörigen in den eigenen Lebensweg integrieren zu können.

Die Hinterbliebenen können sich nicht vorstellen, was in ihren Angehörigen vorgegangen sein mag, bevor sie sich das Leben nahmen. „Warum ???“ „Was hat ihn/sie dazu getrieben?“ „Wie konnte er/sie uns das antun?“ „Warum habe ich nichts gemerkt?“ „Wie konnte er/sie uns so täuschen?“ – Fragen von schmerzhafter Intensität, zermürend, über Monate und Jahre, sie kommen wieder und wieder, und laufen stetig ins Leere. Wie im Gericht möchte man Fakten sammeln, geht alles durch, was geblieben ist, was je gesagt wurde, beleuchtet es in allen nur denkbaren Perspektiven, klagt an und erklärt sich lieber selbst zum Schuldigen, als gar keine Antwort zu haben. Ob der Suizid völlig überraschend kam, wie ein Blitz aus heiterem Himmel, oder ob der Verstorbene über lange Jahre an einer schweren psychischen Erkrankung litt, scheint keinen so wesentlichen Unterschied zu machen.

Sachliche Informationen können Halt geben im Strudel der Gefühle. Dass man selbst keine Chance haben konnte den Suizid zu verhindern, ist leichter anzunehmen, wenn man von den Grundmustern weiß, die in suizidalen Krisen im Menschen ablaufen. Und dass Suizidalität und die Erfahrung, Suizidhinterbliebener zu sein, sich als durchweg häufiges gesellschaftliches Phänomen erweisen, kann heraushelfen aus Selbststigmatisierung und Isolierung.

Für die Broschüre „Erklärungsmodelle – die Zeit vor dem Suizid“ konnte mit Professor Manfred Wolfersdorf ein Autor gewonnen werden, der zu den international anerkanntesten Kapazitäten in der Erforschung suizidalen Verhaltens zählt, mit langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Patienten. Und auch die Angehörigenarbeit hat er seit Gründung von AGUS durch Emmy Meixner-Wülker unterstützt. Als selbst Suizidhinterbliebene möchte ich Herrn Wolfersdorf dafür danken.

Endgültige Antworten kann auch er als Mediziner nicht geben. Sein persönliches Geheimnis nimmt jeder Mensch mit sich.

### **Martha Wahl - AGUS-Gruppe Biberach**

Ich traure um meinen Mann, den ich 2007 an eine langjährige schwere seelische Erkrankung verloren habe

# **SUIZID**

## **Erklärungsmodelle, präsuizidale Entwicklungen, psychische Erkrankungen**

von Manfred Wolfersdorf

### **PERSÖNLICHE VORBEMERKUNGEN**

Ich möchte zunächst vorausschicken, warum ich mich mit den Themen Suizidalität, Suizid und Suizidprävention seit langen Jahrzehnten, im engeren Sinne seit meiner späten Jugendzeit beschäftige.

Mit 17 Jahren hatte ich ein Urerlebnis. Mit meiner Jugendfreundin besuchte ich am Nachmittag ein Kino. Wir waren bis auf einen jungen Mann, der mir bekannt war, die einzigen Zuschauer. Er nahm in der folgenden Nacht auf dem Mariahilfberg bei Amberg eine Überdosis Tabletten. Dann versuchte er aber noch, in eine ca. 700 m entfernte Gaststätte zu gelangen, als wollte er doch noch gerettet werden. In einem Gebüsch auf diesem Weg wurde er dann tot aufgefunden. Dieses Ereignis hat mich über Jahrzehnte hinweg immer wieder begleitet.

Als Psychiater und Psychotherapeut beschäftige ich mich nun seit den 1960er und 70er Jahren mit Suizidalität, mit dem Thema, warum sich Menschen das Leben nehmen. In den nun 45 Jahren meiner beruflichen Tätigkeit als Psychiater, Psychotherapeut, Psychosomatiker und Ethiker erlebte ich – soweit mir bekannt wurde – 15 Suizide von Menschen, die ich selbst behandelt hatte.

In der Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“, einer Forschungsgruppe, der sich zahlreiche psychiatrische Versorgungskrankenhäuser in Süddeutschland angeschlossen hatten, untersuchten wir weit über 1000 Suizide von Patientinnen und Patienten, die sich unter stationären Behandlungsbedingungen suizidiert haben, also in einer Situation, in der ihnen Hilfe, Fürsorge, Schutz, Diagnostik und Therapie angeboten waren. Wir wollten wissen, was Menschen dazu bringt, sich das Leben zu nehmen. Publikationen zum Thema „Nach dem Suizid“, die im letzten Jahrzehnt aus der Arbeitsgruppe um Friedrich Wurst erschienen sind, beschreiben, wie Angehörige als „Survivor“ suizidale Handlungen eines nahestehenden Angehörigen erleben, nämlich häufig traumatisierend und als eigene psychische Belastung. Das Ergebnis ist, wenn man es plakativ zusammenfasst: viele Fragen und wenig Antworten.

Suizidalität ist für mich eigentlich die Frage nach dem Sinn des Lebens, nach der Wertigkeit des eigenen Lebens, nach den Zielen, und damit gerät man bereits in den Bereich des Spirituellen, des Religiösen, der Überzeugungen, der Inhalte des Lebens, der Aufgaben, die man sich selber gestellt hat. Ob eine schwere Erkrankung oder eine existentielle Bedrohung den eigenen Suizid legitimieren, mag jeder unterschiedlich beantworten. Andererseits sind Freude und Glück genauso wie Elend, Leid und Erkrankung schon immer Teil der menschlichen Existenz gewesen. Damit wird aus dem wissenschaftlichen Thema „Suizidologie“, wie man das neuhochdeutsch heute nennt, eine sehr individuelle persönliche Frage.

Nachfolgend werde ich einiges zusammenfassen, was man heute für den praktisch-klinischen Bereich des Umganges mit suizidalen Menschen, bzgl. unseres Verständnisses von Suizidalität und Suizidprävention weiß.

## **EINFÜHRUNG – EINIGE GRUNDSÄTZLICHE ANMERKUNGEN**

Suizidprävention ist eine der wichtigsten notfallpsychiatrischen und psychotherapeutischen Aufgaben im ambulanten wie auch im stationären psychiat-

risch-psychotherapeutischen, im psychosomatischen und im psychosozialen Versorgungsfeld.

Seit Mitte der 1980er Jahre bis Anfang des jetzigen Jahrhunderts hat sich die Suizidzahl deutlich reduziert (1991: 14 011 Suizide, 2004: 10 733 Suizide). Seit dieser Zeit bleibt die Suizidrate in Deutschland anscheinend gleich und betrug 2016 9.838 Suizide (7.374 Männer und 2.464 Frauen. Neben diesen Zahlen der Suizidtoten gibt es auch die sogenannte Suizidrate. Diese gibt an, wie viele Menschen sich pro 100.000 Einwohner das Leben nehmen. Bei den Männern liegt dieser Wert für 2016 bei 18,2. Bei den Frauen bei 5,9. Dies führt zu einer Gesamtsuizidrate von 11,9.

**Tabelle 1:**  
**Suizidzahlen und -raten 1990 – 2016 in Deutschland (in Ergänzung zu Wolfersdorf 2016) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2019, Todesursachenstatistik)**

Jahr	Anzahl gesamt			Raten auf 100 000 Einwohner gesamt		
	m	w		gesamt	m	w
1990	13 924	9 534	4 390	17,5	24,9	10,7
1991	14 011	9 656	4 355	17,5	25,0	10,5
1992	13 458	9 326	4 132	16,7	23,9	9,9
1993	12 690	8 960	3 730	15,6	22,7	8,9
1994	12 718	9 130	3 588	15,6	23,1	8,6
1995	12 888	9 222	3 666	15,7	23,0	8,7
1996	12 225	8 782	3 497	15,0	21,9	8,3
1997	12 265	8 841	3 424	14,9	22,1	8,1
1998	11 644	8 575	3 069	14,2	21,4	7,3
1999	11 157	8 080	3 077	13,6	20,2	7,3
2000	11 065	8 131	2 934	13,5	20,3	7,0
2001	11 156	8 188	2 968	13,5	20,4	7,0
2002	11 163	8 106	3 057	13,5	20,1	7,2
2003	11 150	8 179	2 971	13,5	20,3	7,0
2004	10 733	7 939	2 794	13,0	19,7	6,6
2005	10 260	7 523	2 737	12,4	18,6	6,5
2006	9 765	7 225	2 540	11,9	17,9	6,0
2007	9 402	7 009	2 393	11,4	17,4	5,7
2008	9 451	7 039	2 412	11,5	17,5	5,8
2009	9 616	7 228	2 388	11,7	18,0	5,7
2010	10 021	7 465	2 556	12,3	18,6	6,1
2011	10 144	7 646	2 498	12,4	19,0	6,0
2012	9 890	7 287	2 603	12,1	18,1	6,3
2013	10 076	7 449	2 627	12,5	18,9	6,4
2014	10 209	7 624	2 585	12,6	19,2	6,3
2015	10 080	7 398	2 682	12,2	18,4	6,4
2016	9 838	7 374	2 464	11,9	18,2	5,9

[bis einschließlich 1997 nach ICD-9 (E 950 – 959), ab 1998 nach ICD-10 (X60 – X84)]

***Wichtige Risikogruppen für Suizid sind***

- Psychisch kranke Menschen, insbesondere depressiv Kranke einschließlich bipolarer affektiver Erkrankungen (manisch-depressive Erkrankung in der Depression), Menschen mit schizophrenen Erkrankungen, hier insbesondere junge Männer, Menschen mit Suchterkrankungen (Alkoholabhängigkeit, wichtig auch die Kombination mit anderen psychischen somatischen Erkrankungen), Menschen mit Angst- oder Persönlichkeitsstörungen
- Menschen in besonders schwierigen Lebenssituationen: Alte Männer, insbesondere wenn sie verwitwet sind und allein leben, junge Menschen mit Identifikations- oder Drogenproblematik, Menschen mit belastenden körperlichen Erkrankungen, aber auch Menschen in existentiell bedrohlichen Lebenssituationen, Menschen in Haftbedingungen, homophile Menschen
- Menschen mit bereits durchgeführten Suizidversuchen bzw. suizidalen Krisen oder mit erklärten Suizidabsichten in ihrer bisherigen Biographie.

***Grundprinzipien der Suizidprävention sind***

- Aus Suizidideen sollen keine Suizidhandlungen werden
- Zeitgewinn für optimale Therapie und Fürsorge
- Minderung von aktuellem Leidensdruck, von Handlungsdruck und von Hoffnungslosigkeit.

Ziel ist es, dass der Suizident auf eine suizidale Handlung verzichtet und das Angebot von Hilfe und therapeutischer Begleitung annimmt.

***Wichtige Faktoren in der Suizidprävention sind***

- Beziehungen
- Diagnostik von Suizidalität und psychischer Grunderkrankung bzw. Belastungssituation
- Management der aktuellen Situation („sichernde Fürsorge“, „Kommunikation und Kontrolle“),
- Krisenintervention (psychotherapeutisch, psychosozial, psychopharmakologisch) sowie adäquate Behandlung einer psychischen oder körperlichen Grunderkrankung oder einer existentiellen Bedrohungssituation unter Einbeziehung der Suizidalität

***Anmerkung zur Geschichte von Suizid und Suizidprävention über die Jahrhunderte hinweg***

Das Thema Selbsttötung begleitet die Menschen, seit es sie gibt. Es ist über die Jahrhunderte hinweg sehr unterschiedlich darüber geurteilt worden: Von Suizid als Pflicht z. B. gegenüber der Gesellschaft, um keine Geheimnisse zu verraten, bis Suizid als Ausdruck von Sünde, da Gott das Leben als Geschenk gegeben hat und ein Geschenk nicht zurückgewiesen werden darf. Von der Missachtung bis zur Verherrlichung des sog. Freitodes, der als Ausdruck der Selbstbestimmung des Menschen verstanden wurde. Es sei nur an die Diskussion zum „Ärztlich assistierten Suizid“ in letzten Jahren und der Versuch der gesetzlichen Regelung vor wenigen Jahren erinnert. Dabei wurden die Themen Selbstbestimmungsrecht und -fähigkeit – damit von vielen auch als Recht auf den eigenen Suizid (miss-)verstanden –, oder auch die Verantwortung von Public Health (sprich gesundheitspolitischen Verantwortlichen) und Mental Health (sprich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik psychosoziale Versorgung usw.) für die Suizidprävention unterstrichen.

Dass ein Suizid kein „Freitod“ ist, ist heute eigentlich Standardwissen. Denn zur „Freiheit von Selbstbestimmung“ gehört immer eine freie Wahlmöglichkeit; wenn am Ende des Tunnels nur noch die Möglichkeit der Selbsttötung gesehen wird, kann ich dies nicht als Wahlfreiheit, als Ausdruck von Autonomie, wie die Juristen es nennen, oder als freie Selbstbestimmung verstehen. Wenn mein depressiver Wahn mir sagt, die Welt geht sowieso unter, oder ich der Überzeugung bin, ohne diese oder jene Person kann ich nicht leben, oder die existentielle Bedrohung durch Krieg, Verfolgung, Vergewaltigung, Folter, Flucht und Migration ist so groß, dass sie ein Mensch nicht mehr ertragen kann, dann rückt der Gedanke an Suizidalität und eine suizidale Handlung näher, um all den zu entkommen, aber eigentlich geht es um Hilfsbedürftigkeit und Wiederherstellung von lebhaften existentiellen Bedingungen und Hoffnung auf Zukunft.

Anhand einiger Definitionen aus der Literatur des letzten Jahrhunderts möchte ich die Entwicklung bei der unterschiedlichen Einordnung des Suizides aufzeigen.

Paul Federn (1929), einer der ältesten psychoanalytischen Wegbegleiter um Sigmund Freud, war wohl einer der ersten, der sich mit der Frage nach dem

Suizid beschäftigte. Er hat dazu formuliert: „Kaum jemals bringt jemand sich um, solange eine Person, die für den Gefährdeten maßgeblich ist, mit dem sich sein Über-Ich identifiziert oder dies ein Über-Ich gebildet hat, oder eine Person, die er liebt, ihn, so wie er ist, am Leben erhalten will, und das unter allen Bedingungen.“ Damit hat Paul Federn zwei zentrale Aspekte der Suizidprävention herausgehoben: Suizid hängt zusammen mit den persönlichen Werten, die ein Mensch hat, und mit Beziehungen und erlebten oder geglaubten Wertverlusten.

Der französische Reformpsychiater Esquirol (1838) schrieb in seinem Lehrbuch der Psychiatrie: „Der Selbstmord bietet alle Merkmale von Geisteskrankheit.“ Kein Mensch würde das heute mehr so formulieren, denn suizidale Menschen sind in psychischer, physischer und/oder sozialer Not, sie sind nicht „geisteskrank.“ Natürlich gibt es Suizidalität bei einer akuten Psychose, aber selbst bei einem Psychosekranken entsteht Suizidalität aus dem Blick auf eine mögliche Zukunft und aus dem Blick auf die aktuelle Symptomatik, selbst wenn diese psychotisch verändert war. Über Jahrhunderte hinweg galt ein religiöses Paradigma von Suizidalität, das im 5. Jahrhundert vom Kirchenvater Augustinus eingeführt wurde, einige Jahrhunderte später von Thomas von Aquin bestätigt wurde, und das letztlich darauf abhob, wer sich das Leben nimmt, entzieht sich seiner religiösen Verpflichtung und weist das Leben als Geschenk Gottes zurück und versündigt sich damit. Esquirol aber hat erkannt, dass Menschen, die sich mit dem Gedanken beschäftigen, sich das Leben zu nehmen, in einem psychischen Ausnahmezustand sind. Er hat damit das Thema Suizidalität aus dem Bereich des „religiösen Paradigmas“ herausgeholt und nicht nur in die Nähe der Medizin, sondern auch der Psychiatrie gebracht. Suizid betrifft nach seinem Verständnis die Fächer, die sich mit den psychischen und psychosozialen Problematiken des Menschen befassen. Damit wurde das Thema Suizidprävention/Suizidalität zum Thema der Medizin und der Psychiatrie. Das ist das große Verdienst von Esquirol und auch später den Nachfolgern.

Erwin Ringel (1953) hat den Suizid als „Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung“ bezeichnet. Man sollte sich hier nicht aufregen über das Wort krankhaft, das wäre eher eine fast akademische Diskussion. Wichtig ist, dass Ringel den Aspekt Entwicklung aufgreift, wie er ihn dann später im „prä-

suizidalen Syndrom“ beschrieben hat. Er weist damit darauf hin, dass der Suizid der Endpunkt einer Entwicklung über unterschiedliche Zeitabläufe ist und damit von therapeutischer Seite die Möglichkeit von Erkennen und Hilfe eröffnet, um andere Perspektiven zu finden. Erwin Ringel hat Anfang der 1950er Jahre im Wiener Krankenhaus alle Patienten mit Suizidversuchen untersucht. Er fand heraus, dass es vorher eine Zeit gibt, in der sich Menschen wie auf einem Hohlweg auf Suizidalität zu bewegen. Mit der Einführung des Krankheitsbegriffs hat er Krankenkassen gezwungen, Suizidgefährdete als Kranke zu behandeln und deren z.B. psychotherapeutische Behandlung auch zu finanzieren. Der Autor kann sich noch an Zeiten erinnern, in denen es immer wieder große Schwierigkeiten gab, die psychotherapeutische Weiterbetreuung von Menschen nach Suizidversuch finanziert zu bekommen.

Das Thema Suizidalität verschob sich also über die Jahrhunderte hinweg und insbesondere im ausgehenden 18. und im 19. Jahrhundert weg von der Theologie hin zur Psychiatrie, zur Psychologie, zur Psychotherapie und von den Philosophen hin zu den Psychotherapeuten. Willemssen (2002) hat in seinem Buch „Der Selbstmord“ sehr schön darauf hingewiesen, dass das Thema Suizidalität hinsichtlich des Verständnisses von Suizidalität und des Umganges mit Suizidenten immer wieder neu diskutiert werden muss und dass jede Gesellschaft es neu definieren muss.

### ***Suizidalität in Deutschland***

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben pro Jahr weltweit etwa 1 Million Menschen durch Selbsttötung. Derzeit ist der Suizid nach WHO mit 1,5 Prozent Anteil die zehnthäufigste Todesursache weltweit. 2012 starben 840 000 Menschen weltweit durch Suizid, die Suizidrate betrug weltweit 11,4 auf 100 000 der Bevölkerung, bei den Männern 15,0, bei den Frauen 8,0. Alle 40 Sekunden stirbt weltweit ein Mensch durch Suizid und Suizid war die zweithäufigste Todesursache 2012 bei den 15- bis 29-jährigen. 75 Prozent aller Suizide geschahen 2012 in Ländern mit niedrigem bis mittlerem Einkommen. Die Suizidraten sind weltweit am höchsten bei Männern und Frauen bei den 70-jährigen und älteren. Die häufigsten Suizidmethoden sind Intoxikation (Pestizide), sich Erhängen und sich Erschießen.

In Deutschland sterben im letzten Jahrzehnt jeweils ca. 10 000 Menschen pro Jahr durch Suizid und es gibt weit über 100 000 Suizidversuche pro Jahr. Von

jedem Suizid sind nach WHO ca. sechs nahestehende Personen betroffen, wobei wir heute wissen, dass der Anteil der Betroffenen deutlich höher liegt, geschätzt wird bis zu 24 Personen. Berücksichtigt werden müssen direkte Angehörige, aber auch die Krankenschwester, der dazugehörige Arzt oder der Polizist, der hinzukommt, ebenso Kriseninterventionsteams, der Notfallseelsorger usw. Die Betroffenheit gilt für alle, nicht nur für Angehörige, und damit auch die Gefahr der Traumatisierung.

Betrachtet man die Todesursachen in Deutschland, so verstirbt immer noch ein Drittel mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle; Mord und Totschlag, illegale Drogen und Aids zusammen. Die meisten Suizide (knapp über 20 Prozent) werden im Alter zwischen 50 und 60 Jahren verübt. Dass sich im Jahr 2016 in Deutschland 1 404 Menschen mit über 80 Jahren das Leben genommen haben (was 14 Prozent aller Suizide entspricht), zeigt den Anstieg der Alterssuizidalität.

**Tabelle 2: Suizide nach Altersgruppen in Deutschland 2016 (AGUS e.V. nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes, abgerufen am 11.01.2019)**

Altersgruppe	Männlich		Weiblich		Insgesamt	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual
unter 10	0	0	0	0	0	0
10 bis 15	9	0,1%	8	0,3%	17	0,2%
15 bis 20	139	1,9%	66	2,7%	205	2,1%
20 bis 25	262	3,6%	66	2,7%	328	3,3%
25 bis 30	316	4,3%	93	3,8%	409	4,2%
30 bis 35	398	5,4%	96	3,9%	494	5,0%
35 bis 40	357	4,8%	76	4,4%	433	4,4%
40 bis 45	429	5,8%	108	4,4%	537	5,5%
45 bis 50	670	9,1%	254	10,3%	924	9,4%
50 bis 55	775	10,5%	291	11,8%	1066	10,8%
55 bis 60	710	9,6%	254	10,3%	964	9,8%
60 bis 65	600	8,1%	207	8,4%	807	8,2%
65 bis 70	477	6,5%	152	6,2%	629	6,4%
70 bis 75	491	6,7%	188	7,6%	679	6,9%
75 bis 80	714	9,7%	228	9,3%	942	9,6%
80 bis 85	502	6,8%	167	6,8%	669	6,8%
85 bis 90	381	5,2%	124	5,0%	505	5,1%
über 80	144	2,0%	86	3,5%	230	2,3%
Gesamt	7374	100%	2464	100%	9838	100%

Dass das Thema psychische Erkrankung und damit auch das Thema Suizidalität zunehmend in den Vordergrund rückt, ist seit nahezu zwei Jahrzehnten zu beobachten, wenn man an die vorzeitigen Berentungen, an das Ausmaß an Krankschreibungen und an Arbeitsunfähigkeitstage denkt, die auf psychische Erkrankungen zurückgehen. Es scheint, als ob politische Akteure der Gesundheitspolitik anfangen zu begreifen, dass Suizidprävention neben einer Aufgabe von Mental Health vor allem auch eine Aufgabe von Public Health, d.h. von der Gesundheitspolitik ist. Nachdem 2003 das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) für Deutschland gegründet wurde, ist fast 15 Jahre später ein im Rahmen einer Umorientierung im Auftrag des Bundestages vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Programm zu Suizidprävention installiert worden, welches unter dem Titel „Suizidprävention – aktueller Stand und Perspektiven in Deutschland“ mit Hilfe verschiedener Projektgruppen eine Stuserhebung durchführen will, erstmals mit finanzieller Unterstützung durch das Gesundheitsministerium. Dabei sollen nicht Grundlagenforschung im neurobiochemischen, im bildgebenden, im genetischen oder in der Psychophysiologie und Psychopharmakologie gefördert werden, sondern Basisprogramme, die der Suizidprävention vor Ort dienen. Ob dieser Startschuss zu einem Public Health-Präventionsprogramm Suizidprävention des Gesundheitsministeriums werden kann, ist offen, wäre aber wünschenswert.

### ***Suizidalität – ein Spannungsfeld***

Selbsttötungen beschränken sich nicht auf den Bereich unseres psychiatrischen Versorgungssystems. So gibt es das Thema Suizid in der Kriegsführung, denkt man an die Selbstmordattentate, wie wir sie in den letzten Jahrzehnten kennen lernen mussten. Es gibt die Suizide der Märtyrer, die altruistischen Suizide als Opfertod für andere Menschen, und es gibt ein wohl in den letzten Jahrzehnten auch im westlichen Bereich der Welt wieder entdecktes Thema, den Amok-Lauf bzw. das „School-Shooting“, also den Amok-Lauf in der eigenen Schule zielgerichtet und nicht nur Unbedarfte betreffend, die tragischerweise im Weg stehen.

Suizid ist also ein sehr breites Thema und in der nachfolgenden Übersicht sind einige dieser Schwerpunkte aufgelistet:

- Freizeitriskoverhalten
- Autoaggressives Verhalten mit suizidaler Intension bzw. Inkaufnahme der Selbsttötung

- Suizidales Verhalten als Ausdruck einer Selbstwertkrise (narzisstische Krise)
- Suizidales Verhalten als Ausdruck einer Wendung der Aggression gegen sich selbst
- Altruistisch erweiterter Suizid (Mitnahmesuizid)
- Fremdaggressiv erweiterter Suizid (z. B. Geisterfahrer)
- Opfer-Suizid: für andere Menschen oder eine Überzeugung sich töten lassen (z.B. der Priester Maximilian Kolbe, der im KZ Auschwitz für einen Vater in den Hungerbunker ging und starb)
- Massensuizid (Tötung – Selbsttötung)
- Mörder-Suizid („murder-suicide“, Kamikaze-Suizid, u. ä.)
- Sog. Freitod (Selbsttötung in Abwesenheit psychischer, somatischer und sozialer Not).

Auffällig in der heutigen Denkweise von Suizidalität ist, dass psychische Erkrankung zwar eine große Rolle spielt, hier der Schwerpunkt bei den depressiven Erkrankungen, den Suchterkrankungen und den schizophrenen Störungen wissenschaftlich gesichert liegt. Auf der anderen Seite sind psychosoziale Notsituationen oder existentiell bedrohliche Situationen vom Arbeitsplatzverlust bis hin zur Flucht und Migration als Gründe für suizidales Verhalten anerkannt. Irgendwie erinnert das an eine Diskussion der 1960er und 70er Jahre, als im Rahmen eines psychosozialen gesellschaftlichen Aufschwungs sozialpsychiatrische Themen überall in Psychiatrie und Psychotherapie breit und anerkannt wurden, man denke nur an die Life-Event-Diskussion.<sup>1</sup>

In den 1970er und 80er Jahren entstanden auch eine Reihe von Kriseninterventionszentren, man denke nur an die „Arbeitskreise Leben“ in Baden-Württemberg, an spezifisch suizidpräventive orientierte Einrichtungen wie „Die Arche“ in München oder „NeUmland“ in Berlin, um neben vielen anderen nur ein paar Beispiele zu nennen. Hintergrund war ein psychosoziales Konzept von Suizidalität im Rahmen einer Krisensituation und die daraus notwendig erfolgende Krisenintervention.

---

<sup>1</sup>Als Life-Event versteht man wörtlich übersetzt ein Lebens-Ereignis (wie z.B. Heirat, Umzug oder Tod einer nahestehenden Person). Die damit einhergehenden Veränderung können Stress und damit psychische Störungen hervorrufen.

## **SUIZIDALITÄT – WAS MEINT MAN ZU GLAUBEN, WAS DAS IST?**

**Eine Definition von Suizidalität** (Wolfersdorf) sei vorangestellt:

„Suizidalität meint die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis der Handlungen in Kauf nehmen.“

Diese Definition wurde inzwischen weitgehend von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN e.V.) in ihren Leitlinien übernommen. Dahinter steht die Überzeugung, dass Suizidalität grundsätzlich allen Menschen möglich, jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auftritt; dies wird heute als „medizinisch-psychosoziales Paradigma von Suizidalität“ bezeichnet. Suizidalität ist bewusstes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person oder ein Lebenskonzept ab. Suizidales Verhalten will etwas verändern, den Anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt.

Psychodynamisch gesehen ist Suizidalität ein komplexes Geschehen aus der Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, der Einschätzung der Veränderbarkeit eines unerträglich erscheinenden Zustandes, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit verändertem Erleben. Motivational spielen dabei appellative, manipulativ-instrumentelle, altruistische sowie auto- und fremdaggressive Elemente eine Rolle, was sich insbesondere in der Beziehungsgestaltung eines suizidalen Patienten mit seinem therapeutischen Umfeld auswirkt.

Dabei ist Suizidalität meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingungen, durch Bedrohung, Flucht, Entfremdung und Identitätsverlust gekennzeichnete Migrationsbedingungen. Die Benennung „Freitod“ ist für den Großteil suizi-

daler Menschen falsch. Die Suizidalität eines depressiv kranken Menschen oder eines jungen Psychotikers ist nicht durch Wahlmöglichkeiten und eine klare rationale Entscheidung für die Selbsttötung gekennzeichnet, sondern durch emotionales Chaos, durch Einengung hinsichtlich Zukunftsperspektive und aktuellen Entscheidungsmöglichkeiten, durch Kränkung und Verletzung, durch psychotisches und schwer depressiv hoffnungsloses Erleben.

Wir müssen allerdings auch zur Kenntnis nehmen, dass es eine Suizidalität auch außerhalb von Medizin/Psychiatrie/eines Krankheits- und Störungskonzeptes gibt, wenn man an den Opfertod der Märtyrer, an politische Suizide oder an Terroristensuizid als Methode der Kriegsführung denkt.

Man kann also festhalten, alles was sich in Gedanken und Handlungen abspielt und sich mit dem Ziel der Selbsttötung bzw. der Inkaufnahme des Versterbens beschäftigt, ist Suizidalität. Beim Suizid ist der Ausgang immer der Tod des Handelnden, auch wenn der Tod z.B. vier Wochen später auf der Intensivstation eintritt.

Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen möglich. Denkt man an ältere Menschen, welche die Frage stellen, was denn ihr Leben noch für einen Sinn habe, so glaube ich nicht, dass jeder von uns zu jedem Zeitpunkt eine Antwort auf diese Frage hat. Man muss mit offenen Fragen leben. Wenn Suizid grundsätzlich eine Möglichkeit aller Menschen ist, dann stellt sich die Frage, was bringt manche Menschen näher als andere an dieses Phänomen heran? Damit ist man letztendlich bei der Frage, ob es bestimmte Konstellationen (in der Literatur als Risikofaktoren oder Wahnsignale bezeichnet) gibt, die darauf hinweisen, dass ein Mensch näher am Thema Suizidalität dran ist.

Suizid ist bewusstes Denken und Handeln. Dabei muss akzeptiert werden, unabhängig ob Suizidalität im Rahmen von psychischer Erkrankung oder in einem krankheitsfreien Feld entstanden ist, dass der Suizid eine Entscheidung gegen das Leben ist und eine Entscheidung gegen das, was bisher wichtig war, seien es Beziehungen, seien es Lebenskonzepte, seien es Zukunftsperspektiven. Suizid ist meist kein Ausdruck von Freiheit oder Wahlmöglichkeit. Rein statistisch müsste es den Suizid in völliger Freiheit auch geben, aber ich selber habe es noch nie erlebt. Es ist immer eine subjektive Not, die jemand erlebt. So ist das Wort „Wahlfreiheit“ für die allermeisten Patienten schlicht

und einfach falsch. Es hat nichts mit Freiheit zu tun, sondern mit der Einingung und dem Verlust von Wahlmöglichkeiten in der jeweiligen psychischen Situation.

Dagegen könnte man die „Stadtmusikanten“ der Gebrüder Grimm stellen, die schreiben, dass der Esel zum Hahn sprach: „Zieh mit uns fort, etwas Besseres als den Tod findest Du überall.“

Für die Beschreibung von Suizidalität sei auf die Tabelle 3 hingewiesen. Auf diese Begrifflichkeiten hat man sich in der Zwischenzeit in Deutschland in den letzten zwei Jahrzehnten geeinigt, wobei das Thema „Lebensattheit, Lebensmüdigkeit, Lebensverneinung“ eigentlich ein Thema der Palliativmedizin der letzten zehn Jahre ist und von der Palliativmedizin nicht als Suizidalität im engeren Sinne verstanden wird. Es geht dabei um Menschen, die sehr alt geworden sind und in sich den Wunsch verspüren, dass ihr Leben doch jetzt langsam zu Ende gehen sollte; sie würden dabei jedes „Hand an sich legen“, wie Suizidalität auch manchmal bezeichnet wird, von sich weisen, sondern meinen: „Wenn der Herrgott mich heute holt, bin ich auch einverstanden.“ Die verschiedenen Bezeichnungen von Suizidalität sind selbsterklärend, der Pfeil drückt eine gewisse Steigerung des Handlungsdruckes und damit auch der unterstellten Gefahr der Umsetzung von Ideen in Handlung aus und unterstellt damit ein Kontinuitätsmodell. Viele Kliniker würden natürlich sofort einwenden, dass es z.B. psychosekranke junge Männer gibt, die bisher Suizidalität völlig verneint haben, dann aber aus dem Stand beim Spaziergang mit der Krankenschwester im Park sich über eine Brücke stürzen, um sich zu suizidieren. Als solche abrupten, manchmal raptusartigen suizidalen Handlungen sind mit einem derartigen auf Kontinuität angelegten Modell nicht zu beschreiben (außer man überspringt einfach einige Stufen); hier ist die klinische psychiatrisch-pflegerische Erfahrung angesprochen.

### ***Tendenzen in Deutschland***

In der Tendenz haben wir in Deutschland einen Rückgang der Suizidrate seit Mitte der 1980er Jahre bis aktuell, wobei allerdings im letzten Jahrzehnt oder man könnte auch sagen in den letzten zwei Jahrzehnten die Suizidrate bzw. Suizidzahl nicht mehr deutlich gesunken oder um die 10 000 verblieben ist. Wir können den Rückgang der Suizide in den 1980er, 1990er und im ersten Jahrzehnt dieses neuen Jahrtausends durchaus einem besseren Wissen um

**Tabelle 3: Formen von Suizidalität. Kontinuitäts-Annahme mit Handlungskonsequenzen: zunehmende „sichernde Fürsorge“ Eigenverantwortung - Fremdverantwortung (nach Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011)**

Lebensattheit, Lebensmüdigkeit, Sterben (zulassen) wollen (Palliativmedizin)	
Wunsch nach Ruhe, Pause,	
- Unterbrechung im Leben (mit dem Risiko von Versterben)	eher passive Suizidalität
Todeswunsch (jetzt oder in einer unveränderten Zukunft lieber tot sein zu wollen)	
Suizidgedanke	
- Erwägung als Möglichkeit	
- Impuls (spontan sich aufdrängend, zwanghaft)	Zunehmender Handlungsdruck, Zunahme des Handlungsrisikos
Suizidabsicht	
- mit bzw. ohne Plan	
- mit bzw. ohne Ankündigung	
Suizidhandlung	
- vorbereiteter Suizidversuch, begonnen und abgebrochen (Selbst- und Fremdeinfluss)	
- durchgeführt (überlebt, selbst gemeldet, gefunden, verstorben sofort oder später)	
- gezielt geplant, impulshaft durchgeführt	eher aktive Suizidalität

Suizidalität zuschreiben. Denn bekannterweise sind die wichtigsten Faktoren für Suizidprävention die Erhöhung unseres Wissens („Awareness“), die Fort- und Weiterbildung unserer Gatekeeper (Ärzte und Einrichtungen, an die man sich wendet), die Verbesserung unserer Depressionsbehandlung und der Behandlung suizidaler Menschen überhaupt. Public Health-Suizidprävention via Verschärfung von Waffengesetzen ist in Deutschland relativ erfolglos, denn wir haben sowieso eines der besten Waffengesetze der Welt. Das Verbot von Stricken wäre ebenso absurd, denn wir haben Schnürsenkeln an den Schuhen, Hosen- und Rockgürtel, Krawatten, Schals, also alles Dinge, mit denen man sich notfalls suizidieren, sprich strangulieren und erhängen kann. Die Konsequenz daraus muss sein, den Fort- und Weiterbildungsstand der im medizinisch-psychozialen Bereich tätigen Menschen bzgl. Suizidalität

massiv zu erhöhen, wie es ja z.B. in „Bündnisse gegen Depression“ u.ä. Einrichtungen erfolgreich geschieht. Die Verbesserung der Depressionsbehandlung, z.B. auch durch die Etablierung der Depressionsstationen seit Mitte der 1970er Jahre des letzten Jahrhunderts in Deutschland, und das Angebot von Hilfseinrichtungen wie z.B. der Telefonseelsorge oder auch der suizidalitätsspezifischen Einrichtungen in Deutschland sind sicher eine der Ursachen für den Rückgang von Suizidalität. Hinzukommt die Tätigkeit von Einrichtungen wie AGUS, welche sich um die Postvention – ist Prävention! – kümmert und die als Selbsthilfeorganisation eine große Bedeutung in diesem Rahmen inzwischen hat.

**Stichwort Prävention:**

Es gibt weltweit zwei wichtige Faktoren für die Suizidprävention:

- 1) Nahezu weltweit (die Ausnahmen sind umstritten) suizidieren sich auf eine Frau zwei bis drei Männer.
- 2) Mit zunehmenden Alter steigt die Suizidrate an, etwa ab der Mitte der 50er Lebensjahre, und zwar ganz rapide bei den Männern, weniger bei den Frauen, bei denen dann im höheren Lebensalter eine Art Plateau auch verbleibt, zwar auf einem höheren Niveau wie früher, aber ebenfalls leicht erhöht. Das heißt etwas zugespitzt formuliert, das Suizidproblem ist ein Problem der älteren Menschen, es ist ein Problem der alten Männer. Präventive Maßnahmen sind hier besonders schwierig, zumal wir bei der Männerdepression und bei Männersuizid wenig Möglichkeiten haben, diese, meist ältere, verwitwete, Alleinlebende, auch somatisch Kranke, manchmal auch alkoholmissbrauchende Gruppe erreichen können. Das Thema Suizidprävention bei älteren und alten Männern wird eines der wichtigen Präventionsthemen der nächsten Jahrzehnte sein.  
(vgl. Tabelle 2)

## **PRÄSUIZIDALE ENTWICKLUNGEN**

### **Wie entwickelt sich Suizidalität?**

Präsuizidales Syndrom (Ringel, Erwin, 1953)

Damit bezeichnet man die Zeit vor einer suizidalen Handlung. Dieser Zeitraum ist nicht definiert, er kann Jahre, aber auch nur wenige Tage umfassen. Der wichtige Begriff aus Erwin Ringels Beschreibungen des „präsuizidalen Syndroms“ ist das Stichwort „**Einengung**.“ Damit beschreibt er, dass ein Mensch aufgrund seiner inneren Entwicklung sämtliche Kontakte nach außen beendet, immer wieder innerlich und äußerlich vereinsamt, seine inneren und äußeren Ressourcen wie Werte, Kultur, Lebensraum, Lebenskonzept usw. verliert, wodurch auch äußere Kontakte als Ressourcen verloren gehen. Dies kann letztlich zu einer suizidalen Handlung führen. Die zwischenmenschlichen Beziehungen haben ihre bindende Kraft verloren. Der Schmerz ist größer als die Bindungskraft an den Partner, die Familie oder die eigene Religiosität. Sobald der Gedanke auftritt: „Wenn ich nicht mehr am Leben bin, ist das besser für meine Umwelt“; dann ist das hoch gefährlich. Damit wird eine Selbsttötungshandlung positiv besetzt und zum Opfer für andere, was vorher negativ belegt war.

### **Zeitraum**

Der „Zeitraum“ des präsuizidalen Syndroms ist nicht definiert. Man kann darunter verstehen:

- 1) Die Entwicklung seit dem erstmaligen Auftreten einer Symptomatik, einer Konflikt- und Belastungssituation bzw. einer lebensverändernden Situation bis hin zum ersten Auftreten von Suizidideen, oder/und
- 2) den Zeitraum vom erstmaligen Auftreten von Suizidideen bis zur suizidalen Handlung, also der Umsetzung der Idee in eine bewusst und aktiv intendierte lebensgefährdende Handlung mit dem Ziel des eigenen Todes.

Der erste Zeitabschnitt umfasst Monate bis Jahre, letzterer kann Minuten bis wenige Wochen dauern.

Nur etwa 50 bis 60 Prozent aller Menschen, die sich selbst töten, sprechen vorher darüber. Dies begrenzt unsere Hilfsmöglichkeiten, denn es setzt die Möglichkeit des Erkennens dieser „Information“, die als Appelle oder „cry for help“ (Hilferuf) bezeichnet werden, voraus.

### ***Was empfindet ein Mensch in dieser präsuizidalen Zeit?***

Versucht man dieses innere Erleben in Worte zu fassen, könnte man folgende Listung vornehmen:

- Nicht (-mehr) Aushalten-Können einer subjektiv „unerträglichen“ Belastung und/oder Kränkung, insbesondere wenn auch anhaltend
- Subjektiv unerträglich psychischer Schmerz
- Glaube oder Überzeugung, keine Freiheitsgrade mehr zu haben
- Schwer kontrollierbar erscheinende aggressive (selbst- und fremd-aggressive) Impulse
- Gefühle und Gedanken von Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit
- Gefühle und Gedanken von Zorn, Wut, „Rache“
- Starres, rigides Denken.

Ein sehr zentraler Punkt ist der Glaube der Person, keine Freiheitsgrade, keine Möglichkeit zu Veränderung, zu Neuentscheidung mehr zu haben – Gefühle und Gedanken von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Hinzu kommen häufig autoaggressive, aber auch fremdaggressive Impulse.

### ***Stadien präsuizidaler Entwicklung (Pöldinger, Walter, 1929 bis 2002):***

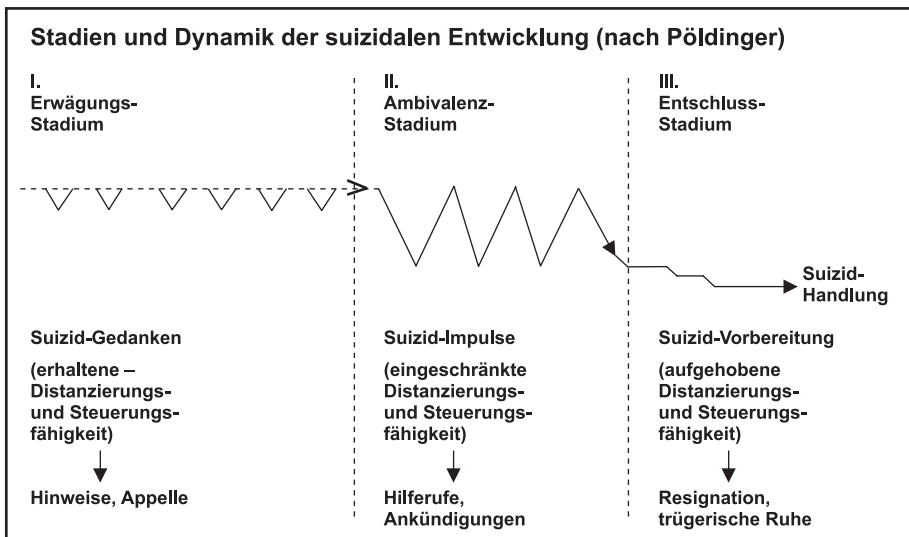
Ein wichtiger Aspekt Walter Pöldingers war es immer, bis zu einer Suizidhandlung gebe es eine Entwicklung. Menschen, die sich mit dem Gedanken Suizid beschäftigen, setzen häufig Appelle, Hinweise oder Hilferufe. Sie befinden sich in einem inneren Zustand der Ambivalenz: Ich werde mir das Leben nehmen, weil ich so nicht mehr leben kann. Der andere Pol wäre: Ich möchte eigentlich leben, aber niemand kann mir helfen. Leider senden nur knapp über die Hälfte der betroffenen Suizidenten Appelle.

Wie kann dieser Appell aussehen?

- Suizide sind ein äußerst breites Thema, ebenfalls so breit gefächert können Appelle sein, wie z. B. „Ich kann so nicht mehr weiterleben“.

- Menschen, die über Suizid reden, beschäftigen sich mit dieser Thematik. Das muss aufgegriffen werden.
- Ca. 40 Prozent der indirekten Appelle oder Zeichen sind für die Umwelt nicht verstehbar. Oft kann man die Zeichen erst im Nachhinein deuten. Das ist bei vielen Dingen der Fall, die wir in der Entwicklung der Menschen zum Suizid hin erleben, wo wir an die Grenzen zur Deutungsfähigkeit stoßen. Hilferufen, die man als solche erkennt und deutet, muss man immer nachgehen.
- Was kann passieren, wenn die Frage nach suizidalen Gedanken verneint wird? Die wichtigste Konsequenz bei weiterbestehender Unsicherheit auf Seiten des Fragenden ist, trotzdem im Gespräch zu bleiben. Wenn nämlich jemand nicht mehr darüber redet, wissen wir nicht, wie er sich entschieden hat. Wir erleben oft, dass es Patienten aufgrund einer inneren Entlastung, denn als solche wird die Entscheidung auch erlebt, dann besser geht. Man sollte sich angewöhnen zu fragen: „Warum geht es Ihnen eigentlich besser, was gibt es für Gründe dafür?“

**Tabelle 4: Ein präsuizidales Entwicklungsmodell (Pöldinger 1968)**



## **WELCHE MENSCHEN SCHEINEN BESONDERS GEFÄHRDET?**

### **Sogenannte Risikogruppen**

In der Suizidprävention spricht man von Risikogruppen, worunter einerseits die Zugehörigkeit zu einer besonderen durch Krankheit (vor allem psychische Erkrankung) definierten Gruppe gemeint ist. Dann das Vorliegen einer besonders suizidfördernden Symptomatik wie ausgeprägte Hoffnungslosigkeit bei der schweren Depression oder beginnendes dementielles Syndrom bei einer Demenzerkrankung oder auch die Symptomatik bei Menschen, die sich in Situationen befinden, die traumatisierend, nicht veränderbar erscheinen, existentiell bedrohlich sind, aus Sicht der Betroffenen nicht gelöst werden können, oder bei Menschen mit wiederholter Erkrankung, schwerem Krankheitsverlauf, schmerzhafter und lebens einschränkender Krankheitsperspektive einhergehen. Nachfolgend eine kurze Auflistung:

- **Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität:**  
Suizidankündigungen (Appell in der Ambivalenz): Akute suizidale Krise; Zustand nach einem Suizidversuch (10 Prozent mit Rückfall mit Suizid)
- **Alte Menschen:**  
Mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronischen, einschränkenden Erkrankungen, mit psychischen und körperlichen Erkrankungen (Komorbidität), nach Verlust des Partners mit Vereinsamung und Beziehungsverlust
- **Junge Menschen:**  
In Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innere Vereinsamung), mit Identitätsproblemen, Ausbildungsproblemen, familiären Konflikten, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, sexueller und körperlicher Gewalt
- **Menschen mit psychischen Erkrankungen:**  
Depressiv kranke Menschen (primäre unipolare Depression, depressive Zustände im Rahmen von bipolaren affektiven Erkrankungen bzw. deren Mischzuständen, reaktive Depressionen, Depression und Komorbidität vor allem mit Alkohol), Suchtkranke (Alkoholabhängigkeit, illegale Drogen), schizophrene Erkrankungen (vor allem junge Männer zu rezidivierenden psychotischen Episoden und/oder akuter psychotischer Phase mit Selbstvernichtungstendenzen), Angststörungen

- **Menschen mit akuter Traumatisierung und schweren sozialen Veränderungskrisen:**  
Beziehungskrisen, Partnerverlust, anhaltende Kränkungen; Verlust des sozialen, kulturellen Lebensraumes, der religiösen Identität; Identitätskrisen; chronische Arbeitslosigkeit, existentielle Bedrohung; Kriminalität; nach Verkehrsdelikten (z.B. mit Verletzung, Tötung eines anderen), mit anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörungen
- **Menschen mit** schmerzhaften, chronischen, lebenseinschränkenden verstümmelnden **körperlichen Erkrankungen** (insbesondere des Bewegungs- und zentralen Nervensystems), terminale Erkrankungen mit Siechtum und erwarteter extremer Pflegebedürftigkeit, mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Beziehungsverlust, Entwertung der Person u.ä.

## **PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND SUIZID**

Ein hoher Anteil der Menschen, die sich suizidierten, litten an einer psychischen Erkrankung. 60 Prozent aller Suizidenten sind nach psychologischen Autopsien zum Zeitpunkt ihrer suizidalen Handlung an einer Depression erkrankt gewesen. Es gibt auch Suizidforscher, die von bis zu 90 Prozent Depressivität bei durch Suizid Verstorbenen sprechen. Komorbidität mit Alkoholabhängigkeit erhöht das Suizidrisiko bei der Depression signifikant. Bei Psychosekranken sind es vor allem die jungen psychotischen Männer, die bei wiederholtem Auftreten der Erkrankung mit Blick auf die Zukunft, wie die alten Psychiater dies immer sagten, suizidgefährdet sind und eine erhöhte Suizidmortalität aufweisen. Der Depressive suizidiere sich in der Nähe von Symptomatik, z.B. der Hoffnungslosigkeit, der schizophrene Kranke suizidiere sich beim Blick auf eine mögliche Zukunft mit vielen Erkrankungsphasen bzw. Persönlichkeitsveränderung und -einschränkungen, sollen unsere psychiatrischen Vorväter formuliert haben.

***Suizidprävention heißt deswegen, im besten Interesse des Patienten zu handeln, zu versuchen, zu verstehen, was in diese Situation führt aus der kein Weg mehr gesehen wird. Und Suizidprävention bedeutet nüchtern formuliert: Alles tun, um aus einer Suizididee keine Suizidhandlung werden zu lassen bzw. eine Suizidabsicht wieder auf Suizidideen, die ja alle Menschen haben können, über die man reden kann, bei denen man helfen kann, zurückzuführen.***

***Einige psychopathologische Faktoren – Risikopsychopathologie*** – weisen bei der Depression auf ein erhöhtes Suizidrisiko hin, dazu gehören vor allem die Hoffnungslosigkeit und das Gefühl von Wertlosigkeit für andere Menschen und für sich selbst. Wenn man den Verlauf einer Erkrankung berücksichtigt, ist die Suizidalität am höchsten bei der Depression in der akuten Erkrankungsphase, insbesondere bei Ersterkrankungen, bei der Schizophrenie bei Wiedererkrankung (zweite bis fünfte Wiedererkrankung) sowie bei Vorliegen suizidfördernder Symptomatik, (z.B. Stimmen, die zum Suizid auffordern), bei der Alkoholabhängigkeit eher gegen Ende des Suchterkrankungsverlaufes, vor allem wenn die Arbeits- und Beziehungssituation zusammenbrechen.

Von dem bekannten Suizidologen Walter Pöldinger bzw. von dem schottischen Suizidologen Kreitman soll der Satz stammen: „Wenn es uns gelingt, die Behandlung depressiv kranker Menschen um 50 Prozent zu verbessern, reduzieren wir die Suizidraten um 50 Prozent!“. Die Bedeutung psychischer Erkrankungen ist nicht bestreitbar. Das Erleben einer schweren Hoffnungslosigkeit in der Depression, das existenzbedrohende Gefühl, die eigene Identität in einer beginnenden Demenz zu verlieren oder auch die Wahrnehmung der Veränderung der eigenen Persönlichkeit und der Welt mit Beziehungsverlust und Herausfallen aus der Gesellschaft sind ausgeprägt Suizidalität fördernde und lebensbedrohliche Erlebnisweisen. Hier müssen immer alle Warnsignale hoch gehen und es wird Notfallpsychiatrie unter Einbeziehung beschützender Rahmenbedingungen wie stationäre Behandlung in einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik notwendig werden. Allerdings kann sich suizidales Denken und Handeln auch außerhalb einer akuten psychischen Erkrankung manifestieren, man denke nur an den gesamten Bereich

psychosozialer Krisen, deren diagnostische Zuordnung zu psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne noch vor Jahrzehnten durchaus in der Versorgungsdiskussion wahr. Und es gibt auch suizidale Verhaltensweisen, die außerhalb des medizinisch-psychiatrischen und -psychologischen Systems zu verstehen sind, man denke an politisch motivierte Suizide, vor allem Doppelsuizide, bei denen der nicht erkrankte Partner sich ein Leben ohne den im Sterbeprozess befindlichen Partner nicht vorstellen kann und möchte. Oder man denke auch an die Diskussion um den assistierten Suizid bei schwer körperlich kranken Menschen und letztlich wenn die Vorhersage für den weiteren Krankheitsverlauf sehr ungünstig ausfällt; Bertolote et al. hatten in ihrer 2004 in der Zeitschrift CRISIS publizierte Metaanalyse zu „Psychische Erkrankung bei Suizid“ bei 88 Prozent der Suizidenten in der Allgemeinbevölkerung als erste Diagnose eine psychische Erkrankung gefunden, federführend affektive Störung, gefolgt von substanzbezogener Störung und Schizophrenie, aber auch bei 12,0 Prozent keine psychiatrische Diagnose aus der psychologischen Autopsie eruieren können.

Dazu ist aus Sicht des Unterzeichners abschließend festzuhalten, es empfiehlt sich bei akuter Suizidalität eines Menschen immer vom Vorliegen eines emotionalen Chaos, einer Einengung der Wahrnehmung der eigenen Person, des eigenen Welterlebens, der eigenen Zukunftsperspektive, von einer hohen inneren Ambivalenz und der suizidfördernden Einflussnahme einer psychischen Erkrankung oder einer psychosozialen Krisensituation auszugehen. Die medizinethische Legitimation von Suizidprävention stützt sich auf ein „Medizinisch-psychosoziales Paradigma“ von Suizidalität, welches Suizidalität als Ausdruck einer psychosozialen Krise und eines veränderten Erlebens sowie von Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeit sieht.

## **UNSERE HEUTIGEN MODELLE ZUR ENTSTEHUNG VON SUIZIDALITÄT**

Es gibt verschiedene Verständnismodelle zum Entstehen und zur Entwicklung von Suizidalität, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden sollen. Wichtig ist eine grundsätzliche (wenngleich manchmal akademisch erscheinende) Unterscheidung in ein **Krisenmodell** und ein **Krankheitsmodell** von Suizidalität.

### ***Krisenmodell***

Wenn sich Suizidalität in einer belastenden Lebenssituation entwickelt, so kann man das mit dem Krisenmodell erklären.

Definition von Krise (nach Sonneck 1997): „Verlust des seelischen Gleichgewichtes bei Konfrontation mit Ereignissen und Lebensumständen, die nicht bewältigt werden können, weil diese von Art und Ausmaß die Fähigkeiten und Hilfsmittel zum Erreichen von Lebenszielen oder Bewältigung einer Lebenssituation überfordern“.

Wir bewältigen Krisen z.B. durch Schlafen oder indem wir mit einem anderen Menschen reden. Krisen gibt es aus vielerlei Gründen. Typisch für Krisen, die suizidal sind, ist es, dass sie bewältigt werden müssen, da sonst die subjektive Welt untergeht. Außerdem ist typisch, dass Hilfe nicht mehr funktioniert. Sie wird oft nicht in Anspruch genommen, weil man überhaupt nicht auf die Idee kommt, dass noch geholfen werden kann. Diese Hemmung oder Unfähigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, trifft insbesondere Männer. Es scheint, dass die Veränderungsmöglichkeit von Männern, das Hilfesuchverhalten von Männern und auch die Gewalttätigkeit gegenüber sich selbst in der Umsetzung von suizidalen Handlungen hier eine große Rolle spielen und ein Grund sein mögen, dass epidemiologisch die Suizidrate der Männer weltweit zwei- bis dreimal größer ist als die der Frauen. Die Krisensituation ist von Unruhe und Verzweiflung geprägt, von emotionalem Chaos, von innerer Ambivalenz, von Einengung, aus der heraus Entscheidungen für oder gegen Suizid fallen. Hier von Selbstbestimmung oder „Freiheit“ zu sprechen, klingt nahezu zynisch. Ein Merkmal von der Krisenbewältigung ist u.a. Selbstverletzung, Alkohol, Selbsttötung zu wählen, um aus der Krise herauszukommen. Manchen hilft, 20 Stunden zu schlafen. In unseren medizinisch-psychosozialen Versorgungssystem

gehen wir davon aus, dass Kommunikation, d.h. miteinander reden, begleiten und im Einzelfall auch beschützen und eine adäquate Unterstützung bzw. Behandlung der Umstände, die in die suizidale Krise bzw. psychische Erkrankung im engeren Sinne geführt haben, antisuizidal sind.

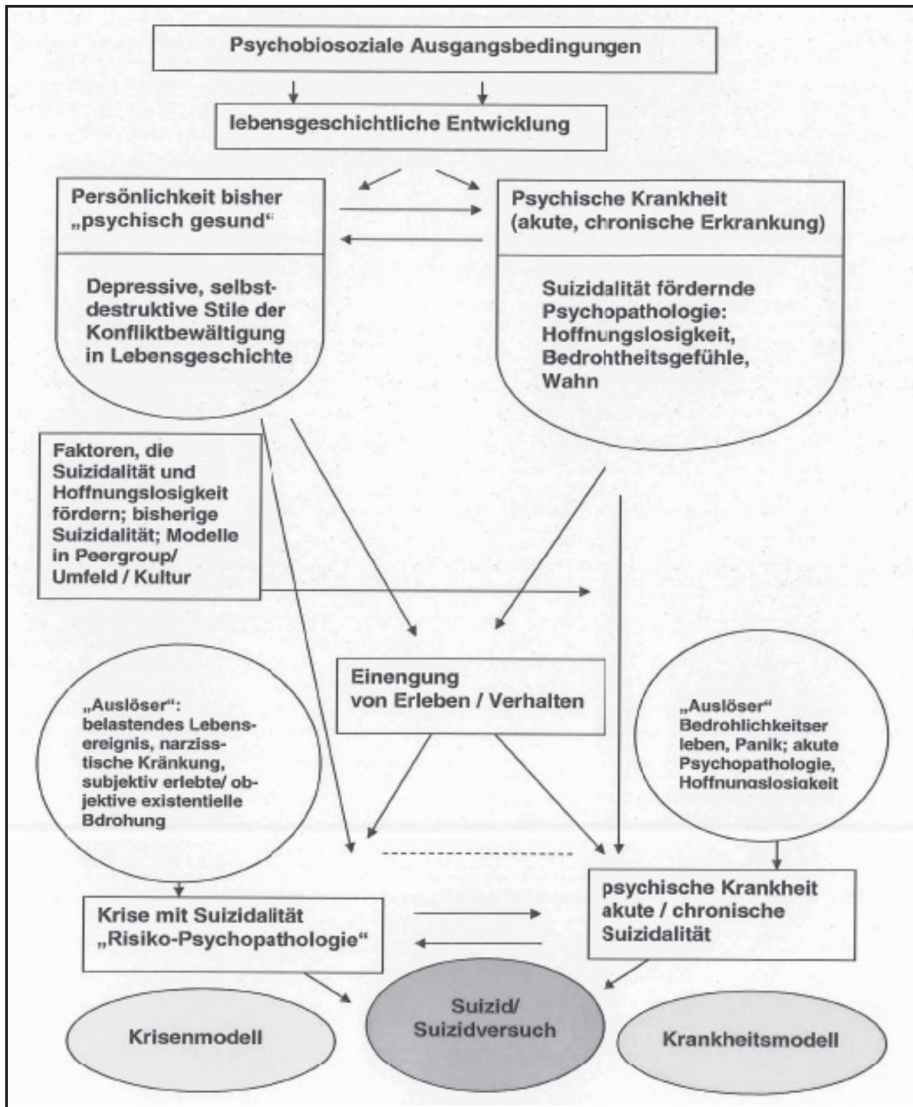
### ***Krankheitsmodell***

Das Krankheitsmodell besagt, dass Menschen, die später durch Suizid versterben, mit einer biologischen Anlage durchs Leben gehen (biologische Disposition für Impulskontrollstörungen). Das ist aber noch keine Krankheit. Wenn aber ein auslösendes inneres oder äußeres Lebensereignis hinzukommt, kann sich eine psychische Erkrankung entwickeln und in der Folge Suizidalität mit sich bringen. Ängste, Panikzustände, quälende Unruhe, anhaltende Schlafstörungen, konkret suizidfördernde Psychopathologie wie imperative Stimmen, die zum Suizid auffordern, akutes psychotisches Bedrohtheiterleben, depressiver Wahn bis hin körperbezogenen Wahnvorstellungen, z.B. an einer Demenz zu leiden. Bekannt ist die biologische Disposition für Impulskontrollstörungen bzw. Störung des serotonergen Transmittersystems im zentralen Nervensystem. Sehr verkürzt könnte man deswegen plakativ festhalten, gefährdet sind vor allem Menschen, die im Gehirn zu wenig Serotonin haben. Serotonin ist eine chemische Transmittersubstanz, die für Wohlbefinden sorgt und manchmal auch als „Glückshormon“ bezeichnet wird. Die biologische Suizidforschung geht in Richtung Störung des serotonergen Systems im Gehirn und damit einhergehender Störung der Impulskontrolle, was möglicherweise beim Männersuizid die erhöhte Autoaggressivität gegen sich selber begründen mag.

## **GRUNDGEDANKEN DER SUIZIDPRÄVENTION**

Suizidalität ist in den meisten Fällen kein Ausdruck von Freiheit oder Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingungen und geht einher mit einem hohen Gefühl an Hilf- und Hoffnungslosigkeit, einem inneren emotionalen Chaos und einer hohlwegartigen Einengung auf nur noch ein Ziel, der Herausnahme aus dieser Situation durch Selbsttötung. Die Benennung „Freitod“ ist für den Großteil suizidaler Menschen, die sich suizi-

**Tabelle 5: Krisen- und Krankheitsmodell von Suizidalität (Wolfersdorf, Schneider und Schmidtke, Wolfersdorf, Schneider, Hegerl und Schmidtke 2016)**



dieren möchten bzw. suizidiert haben, schlichtweg falsch. Freiheit der Wahl sprich Selbstbestimmung benötigt Alternativen, Einengung und emotionales Chaos nehmen Alternativen. Aus suizidpräventiver Sicht steht die Fragestellung an, welche Faktoren Menschen näher an suizidales Erleben, Denken und Handeln heranführen und wer dann in solchen Situationen Hilfe, Therapie und soziale Unterstützung benötigt, vor dem banalen Hintergrund, dass keiner sich gerne umbringt. Die **Grundsätzliche Frage der Suizidprävention** ist also: Was bringt Menschen dazu, aus Suizidideen Handlungen der Selbsttötung werden zu lassen? (Wolfersdorf und Etzersdorfer 2011). Der Medizinhistoriker und -ethiker Karenberg (2005) hat für einen „relativen Paternalismus in der Akutsituation“ plädiert und von der „Strategie des Aufschiebes“ gesprochen, die sich aus der Ambivalenz des Suizidenten, aus der hohen Rate nachträglicher Zustimmung zur Rettung und aus der Asymmetrie der Situation, dass nämlich eine echte Selbstbestimmung gar nicht vorliegt, ableitet.

Suizidprävention besteht aus Zeitgewinn. Nach dem Konzept der Entwicklungsstadien von Walter Pöldinger würde das die Rückführung der Suizidabsicht in ein früheres Stadium bedeuten: Vom Entschluss zur Ambivalenz, von der Ambivalenz zur Erwägung, um sich dann jeweils die Situation mit äußerer Hilfe noch einmal anzuschauen. Karenberg (2005) hat dies „Strategie des Aufschiebes“ genannt.

Suizid ist seit mehreren Jahrhunderten ein Thema der Medizin, der Psychiatrie und Psychotherapie, jenseits eines theologischen Paradigmas von Suizidalität, wie es über Jahrhunderte hinweg bestand. Suizidprävention hat sich letztendlich vor dem Hintergrund der Frage, was Menschen eigentlich bewegt, die sich selbst töten oder sich selbst töten wollen, mit dem Ziel eines besseren Verständnisses und der Verhütung suizidaler Verhaltensweisen entwickelt. Dabei waren Suizidalität, der Umgang mit suizidalen Menschen, die Suizidprävention immer auch ein Thema des öffentlichen Gesundheitswesens (Public Health) und nicht nur der jeweilig auf Krankheit und psychosoziale Krisensituationen ausgerichteten medizinisch-psychosozialen Helferzunft (Mental-Health).

Man spricht heute bei vielen Krankheiten und hilfsbedürftigen Zuständen von der „Selbsthilfe“ und meint damit Selbsthilfegruppen für Betroffene und auch Selbsthilfegruppen für Angehörige. Niemand ist so sehr betroffen durch den Suizid eines Familienmitgliedes oder eines anderen sehr nahestehen-

den Menschen wie die Angehörigen. Von daher war es naheliegend, dass im psychosozialen Aufwind der 1960er, 70er und auch noch in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, eine ganze Reihe von Selbsthilfegruppen entstanden, z.B. für Depressive, für die Angehörigen von Demenzerkrankten usw. (Selbsthilfegruppen für alkoholranke Menschen gab es ja schon sehr viel länger).

Als bald entstand zuerst regional in Bayreuth, später bundesweit ein Selbsthilferevier für Trauernde nach Suizid, der heute in ganz Deutschland verbreitet und als AGUS e. V. mit der Bundesgeschäftsstelle in Bayreuth bekannt ist.

Unser Respekt und Dank, diese Entwicklung vorangetrieben zu haben, gilt der AGUS-Gründerin Emmy Meixner-Wülker, und auch allen nachfolgenden Damen und Herren wie Elisabeth Brockmann, Elfie Loser und Dr. Klaus Bayerlein, um nur einige zu nennen.

Die Notwendigkeit solcher Selbsthilfeorganisationen wie AGUS e.V. steht außer Zweifel. Denn, eine absolute Suizidprävention gibt es nicht und wird es auch unter optimalen Therapie-, Betreuungs- und Kontrollbedingungen nicht geben. Die Grenze des Erkennens und Behandeln und Umgehens mit suizidalen Menschen ist der Patient und Betroffene selbst. Und auch der hat eine Verantwortung, nämlich seine suizidale Not deutlich werden zu lassen und offen damit umzugehen.

Persönliche Schlussbemerkung:

Sich mit Suizidalität zu beschäftigen, heißt, sich mit Lebensfragen zu beschäftigen. Dabei sind mir die vier großen **S** wichtig geworden, die den Lebenssinn bestimmen:

Sexualität (die Frage nach Beziehungen),  
süchtiges Verhalten (die Frage nach der Fähigkeit zum Genießen)

Suizidalität (die Frage nach dem persönlichen Lebenssinn) und

Spiritualität (was für Normen, Werte, Überzeugungen, religiöse Überzeugungen sind mir wichtig).

Wer sich mit Suizidalität und Menschen in suizidalen Lebenssituationen beschäftigt, und dies vor allem längerfristig tut, wird sich immer wieder mit den Fragen nicht nur nach der persönlichen Nähe zu Suizidalität und Lebensinn beschäftigen (müssen).

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf

## LITERATUR

**Bertolote JM, Fleischmann A, DeLeo D, Wassman D (2004):** Psychiatric diagnosis and suicide: Revisiting the evidence. *CRISIS* 25 (4): 147 – 155

**Bronisch T (2007):** Der Suizid. Ursachen, Wahnsignale, Prävention. 5. Auflage. München: CH Beck

**Schneider B (2003):** Risikofaktoren für Suizid. Regensburg: Roderer

**Sonneck G (2000):** Krisenintervention und Suizidverhütung. 5. Auflage (1. Auflage 1985). Wien: Facultas

**Wolfersdorf M. (2014):** Suizid. Erklärungsmodelle, präsuizidale Entwicklungen, psychische Erkrankungen. In: AGUS-Schriftenreihe (Hrsg. Bundesgeschäftsstelle AGUS e. V.)

**Wolfersdorf M, Etzersdorfer E (2011):** Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer

**Wolfersdorf M, Schneider B, Schmidtke A (2015):** Suizidalität: Ein psychischer Notfall, Suizidprävention: Eine psychiatrische Verpflichtung. *Nervenarzt* 86: 1120- 1129

**Wolfersdorf M (2010):** Depressionen. Die Krankheit bewältigen. Balance Ratgeber Bonn

**Wolfersdorf M, Bronisch Th, Wedler H (2008):** Suizidalität. Verstehen, vorbeugen, behandeln. Regensburg Roderer

**Wurst F (Hrsg.), Vogel R, Wolfersdorf M (2007):** Theorie und Praxis der Suizidprävention. Regensburg, Roderer

## Autor

Prof. Dr. med. Dr. h. c. (Stradins University, Riga/ Lettland) Manfred Wolfersdorf war von April 1997 bis Ende September 2016 Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



Suizidprävention und Suizidforschung sind seit Jahrzehnten Schwerpunkt seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit. Im September 1976 hat er im heutigen Zentrum für Psychiatrie Weisenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, die erste Spezialstation für schwer depressiv Kranke („Depressionsstation“) in Deutschland gemeinsam mit Psychologen, Sozialarbeitern, ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingerichtet, die zum Modell nicht nur von über 100 Depressionsstationen in Deutschland geworden ist, sondern auch für spezialisierte Behandlung in der klinischen Psychiatrie. Die Depressionsforschung und die Entwicklung der Suizidprävention hat er in verschiedenen Funktionen wesentlich geprägt, so ist er u.a.

- Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Suizidprävention IASP,
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention DGS (Vorstandsmitglied 1977-1997 und Geschäftsführer 1987-1997),
- Fellow der Internationalen Academy for Suicide Research IASR,
- ehemaliger Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz BDK (Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte deutscher Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie),
- ehemaliges Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN, aus der heraus er 2007 das Referat Suizidologie gründete und bis 2017 leitete.

Derzeit ist er, gemeinsam mit Frau Prof. Dr. med. Barbara Schneider, Köln, im Rahmen des durch den Bundestag geförderten BMG-Projektes „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“ Sprecher der

Teilprojektgruppe 4 „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“. Er ist gemeinsam mit Dr. Jürgen Wolff (Geschäftsführer des Evangelischen Bildungswerkes Oberfranken Mitte e.V. und Schatzmeister von AGUS e.V.) Initiator der „Initiative Gemeinsam gegen Depression Bayreuth“ u.v.m. Die Liste seiner Veröffentlichungen u.a. zu Depression oder Suizidalität kann hier nicht wiedergegeben werden.

Prof. Dr. Wolfersdorf war einer der ersten Mitstreiter und Unterstützer der AGUS-Gründerin Emmy Meixner-Wülker; er war damals Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) e. V. und hat AGUS von Anfang an und insbesondere dann in seiner Zeit in Bayreuth immer unterstützt. Wir kennen ihn bis heute als kompetenten und aktiven Unterstützer der AGUS-Anliegen.

## ***AGUS e.V. – Selbsthilfe nach Suizid***

AGUS steht für „Angehörige um Suizid“ und wurde als Verein 1995 in Bayreuth gegründet. Fünf Jahre zuvor fand dort auch die erste Sitzung der bundesweit ersten Selbsthilfegruppe für Angehörige statt. Die Initiatorin war Emmy Meixner-Wülker, die ihren Mann 1963 durch Suizid verloren hat. Betroffene finden sowohl in der AGUS-Geschäftsstelle als auch in den knapp über 70 Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland Möglichkeiten der Beratung und Betreuung. Im Internetforum der Homepage können sie sich ebenso untereinander austauschen. Es gibt eine Wanderausstellung zu den Themen Suizid und Suizidtrauer, die schon an vielen Orten in Deutschland zu sehen war. Als Ergänzung zu den Selbsthilfegruppen bietet AGUS Wochenendseminare für Suizidtrauernde an. Weitere Informationen ermöglicht die Website [www.agus-selbsthilfe.de](http://www.agus-selbsthilfe.de).

## Themenbroschüren

Die Themenbroschüren greifen Fragestellungen auf, die sich Betroffene immer wieder stellen. Bisher sind folgende Broschüren erschienen und über die AGUS-Geschäftsstelle zu beziehen:

1. Suizidtrauer bei Kindern und Jugendlichen angstfrei unterstützen (Chris Paul)
2. Erklärungsmodelle – die Zeit vor dem Suizid (Prof. Manfred Wolfersdorf)
3. Schuld – im Trauerprozess nach Suizid (Chris Paul)
4. Trauer nach Suizid – (k)eine Trauer wie jede andere (Jörg Schmidt)
5. Suizid und Recht (E. Brockmann, L. Höfflin, C. Paul, L. Weiberle)
6. Kirche – Umgang mit Suizid (E. Brockmann, G. Lindner, C. Paul, Prof. W. Schoberth)
7. AGUS-Selbsthilfegruppen aufbauen und leiten (E. Brockmann, C. Paul)
8. Hört das denn nie auf? Trauer nach Suizid und Zeit (Chris Paul)
9. AGUS – wie alles begann (Emmy Meixner-Wülker, G. Lindner, E. Brockmann)
10. Frauen trauern – Männer arbeiten. Ein Klischee? (Dr. David Althaus)
11. Vergebung nach einem Suizid – ein schwieriger, aber heilsamer Weg! (Jörg Dittmar)
12. Von der Angst verlassen zu werden. Wie Suizid ein Leben prägen kann (Annette Félix)

**Um die Maßnahmen zum Wohl der Betroffenen umzusetzen, ist AGUS auf Spenden angewiesen.**

**Spendenkonto:** AGUS e.V. Bayreuth  
VR Bank Bayreuth-Hof  
IBAN: DE72 7806 0896 0006 1989 37  
BIC: GENODEF1HO1

Über den Tod zu sprechen ist eine der vernünftigsten Arten,  
über den Sinn des Lebens zu sprechen.

*Andre Maraux, 1901-1976, französischer Schriftsteller und Politiker*

## AGUS-Schriftenreihe: Hilfen in der Trauer nach Suizid

ISBN-Nr: 978-3-941059-02-3

Bezug über Bundesgeschäftsstelle AGUS e.V.  
Cottenbacher Straße 4 · 95445 Bayreuth  
Tel.: 0921/1500380 · Fax: 0921/1500879  
**[www.agus-selbsthilfe.de](http://www.agus-selbsthilfe.de)**