



Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 2 | Juni 2012 | 13. Jahrgang

Suizid

Herausgegeben von
Maria Borcsa
Michael Broda
Volker Köllner
Henning Schauenburg
Wolfgang Senf
Barbara Stein
Bettina Wilms

Suizid

Herausgegeben von Maria Borcsa und Bettina Wilms

Juni 2012 · 13. Jahrgang · Seite 1–94

2 · 2012



Maria Borcsa



Bettina Wilms

Editorial

- 1 Suizid und Suizidalität als anthropologische Möglichkeit und pathologisches Phänomen**

Maria Borcsa · Bettina Wilms

Standpunkte

- 2 Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht**

Manfred Wolfersdorf

- 8 Hochakut suizidgefährdete Patienten – Eine besondere Herausforderung**

Ute Lewitzka

- 15 Krisenintervention bei Suizidalität**

Thomas Bronisch

Aus der Praxis

- 21 Diagnostische und gutachterliche Aspekte der Suizidalität in der ambulanten Therapie**

Markus Steffens

- 26 Umgang mit Suizidalität in der ambulanten Psychotherapiepraxis**

Agnes Fabian · Steffi Biskupek-Kräker · Elke Zschörnig

- 31 Der therapeutische Umgang mit Suizidalität – Was kann die Psychoanalyse beitragen?**

Elmar Etzersdorfer

- 36 Die Leiden der Angehörigen – Suizidalität und Suizid in der systemischen Therapie**

Ulrike Borst · Urs Hepp

- 41 Bindungsorientierte Familientherapie als ambulante Nachsorge für Jugendliche nach Suizidversuch**

Guy S. Diamond · Suzanne Levy

- 46 Überlebende von Suizidversuchen: Eine notfall- und intensivmedizinische Sicht**

Meik Lustermann · Christian Marx

- 50 Postvention bei suizidalen Handlungen**

Armin Schmidtke · Sylvia Schaller

Interview

- 55 Es gibt Suizidwünsche, die sich nicht dadurch aus der Welt schaffen lassen, dass sie pathologisiert werden**

Michael de Ridder im Gespräch mit Bettina Wilms und Maria Borcsa

- 61 Das eint uns, diese grundsätzliche Frage: Hätte man was anders machen können?**

Eine Patientin und eine Psychiaterin im Gespräch mit Maria Borcsa

DialogLinks**67 Suizid: Informationen und Unterstützungsangebote im Internet***Christian Siebold*

DialogBooks**72 Buchempfehlungen***Christina Huber*

Résumé**78 Wer hat es in der Hand...?***Bettina Wilms · Maria Borcsa*

Im Dialog**79 Das besondere Buch – Im Netz verloren***Hans Lieb***81 Definition und Operationalisierung von „Verhaltenstherapie“ – Abgrenzung zu sonstigen oder integrativen Psychotherapieverfahren und allgemeiner menschlicher Zuwendung***Christin Langhoff · Michael Linden***89 Wie sehen Betroffene Maßnahmen der Eingliederung? – Eine Nachbetrachtung zum Heft „Anfälle“ (PiD 4 / 2011) zum Thema (Auto-)Mobilität***Michael Brünger*

92 Herausgeberteam**93 Impressum****94 Vorschau**

www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich.

Indiziert in PSYINDEX

Suizid und Suizidalität als anthropologische Möglichkeit und pathologisches Phänomen



Maria Borcsa · Bettina Wilms

» *Dir in die ungefalteten Hände gewogen: meiner Verzweiflung lautlose Geduld.*

(Paul Celan; für G., datiert 28.1.69¹) «

An seinem Selbst- und Weltbezug zu zweifeln ist laut der philosophischen Anthropologie sensu Plessner (1975) nur dem Menschen möglich². Aber auch dieser Verzweiflung ein Ende zu setzen, und sei es, indem dieser Selbst- und Weltbezug für immer aufgelöst wird. Diese zuletzt genannte Möglichkeit ist in sich insofern tragisch, da es zugleich richtiges und falsches Handeln in sich vereint. Es kann subjektiv richtig erscheinen, schließt aber objektiv jede zukünftige Handlung aus.

Zu Recht gilt es somit die Verzweiflung näher zu betrachten, denn einen Suizid durch eine dahinter liegende Suizidalität oder ausschließlich mit einer Psychopathologie zu erklären verkürzt die Vielfalt des Phänomens (siehe u.a. das Interview mit de Ridder in diesem Heft). Von einem Wunsch nach Ruhe, der sich bis zu einer Suizidhandlung entwickeln kann (siehe Beitrag Wolfersdorf) existieren viele Abstufungen. Für PsychotherapeutInnen heißt das, dass verschiedene mögliche Ebenen der professionellen Intervention

bereitstehen, die auch genutzt werden wollen. Denn PsychotherapeutInnen sind zur Hilfeleistung bei Suizidalität verpflichtet, ein Umstand, der Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren, akute Suizidalität und Krisenintervention (siehe Beiträge von Bronisch, Lewitzka, Steffens) notwendigerweise voraussetzt. Wie auch in anderen psychotherapeutischen Handlungsfeldern ist dieser Interventionspielraum in letzter Konsequenz begrenzt und wie Bronisch (Beitrag in diesem Heft) formuliert: „Der Therapeut muss mit der Kränkung fertig werden, dass er nicht um jeden Preis Leben erhalten kann“.

Diese oder eine andere Form der Kränkung und/oder Ratlosigkeit erfahren ebenso Hinterbliebene, die wiederum Hilfe benötigen, um einen vollzogenen Suizid eines Angehörigen oder Freundes zu verarbeiten. Auch diesem Bereich gilt es Aufmerksamkeit zu schenken, denn hierdurch leisten PsychotherapeutInnen ferner einen Beitrag zur Enttabuisierung eines Phänomens, welches nach wie vor nicht nur mit Schuld-, sondern auch mit Schamgefühlen bei den Hinterbliebenen besetzt ist (siehe Beiträge Schmittke und Schaller, Borst und Hepp und dem Interview mit einer Psychiaterin und ihrer Patientin in diesem Heft). Diese Gefühlsfärbungen verweisen ohne Zweifel auf die symbolische Aufladung in der Sozio-His-

torie des Suizids. Darf sich ein Mensch sein nicht von ihm gegebenes Leben nehmen? Religiöse oder weltanschauliche Fragen treten zum Schmerz des Verlustes eines nahen Menschen hinzu und halten die Angehörigen auch hierdurch lange Zeit mit diesem Thema beschäftigt. Und last but not least sind zu Zeiten auch Angehörige der helfenden Berufe die „Survivors“, die sich ähnliche Fragen stellen wie die Familienangehörigen. Wie es die Therapeutin im Interview artikuliert: „Das eint uns, diese grundsätzliche Frage: Hätte man was anders machen können?“

Dass der Mensch sich zu seinem eigenen Erleben ins Verhältnis setzen kann, ist ihm genauso gegeben wie seine soziale Verfasstheit. Und so schließt sich der Kreis: Solange man Zweifel und Verzweiflung (noch) zum Ausdruck bringen kann, teilt man diese mit anderen; und vielleicht wiegen sie dann nicht ganz so schwer.

Jedenfalls für eine gewisse Zeit und in den meisten Fällen.

Literatur

Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Berlin, New York: de Gruyter; 1975 original 1928

¹ Paul Celan. Die Gedichte aus dem Nachlass. Herausgegeben von Bertrand Badiou, Jean-Claude Rambach und Barbara Wiedemann. Frankfurt: Suhrkamp; 1977: S. 286 und S. 521.

² Verwiesen sei hier auf die exzentrische Positionalität, formuliert von Plessner (orig. 1928), ein ausschließlich dem Menschen gegebenes Wesensmerkmal, sich auf sich selbst beziehen zu können.

Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht

Manfred Wolfersdorf

Zusammenfassung Suizide sind Ereignisse, die in allen Zeiten und in allen Gesellschaften zum menschlichen Dasein bis heute gehören. Suizidalität als Denken und Handeln steht neben anderen menschlichen Befindlichkeiten wie Sexualität, süchtigem Verhalten bzw. Genussfähigkeit oder auch Spiritualität im Sinne des menschlichen Selbstverständnisses. In dem hier vorgelegten Beitrag zum Thema Suizid bzw. Suizidalität wird zum einen eine Bestimmung des Begriffes in unserem heutigen Verständnis vorgenommen, sodann werden einige epidemiologische Daten vorgestellt und abschließend eine Auswahl ätiopathogenetischer Modelle zur Entstehung von Suizidalität gezeigt.

Schlüsselwörter

- Suizidalität
- Begriffsbestimmung
- Epidemiologie
- ätiopathogenetische Modelle
- Krisenmodell
- Krankheitsmodell

Korrespondenzadresse

- Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Manfred Wolfersdorf
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Erlangen-Nürnberg
Nordring 2
95445 Bayreuth
manfred.wolfersdorf@
bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Einleitung

Suizide sind Ereignisse, die seit Urzeiten zur menschlichen Existenz zugehörig zu sein scheinen. Suizidalität steht neben anderen Befindlichkeiten, die Bestandteil menschlicher Existenz sind. Roger Willemsen (2002) meint im Vorwort seines Buches „Der Selbstmord“: „Jede Zeit kultiviert ihr Interesse am Selbstmord neu“ und postuliert, das hohe Interesse an der Thematik verrate für ihn die Sorge um das Leben des einzelnen Menschen. Der Historiker Georges Minois (1996) wies in seiner Untersuchung zum Suizid auf die bis Ende des Mittelalters gültige Überzeugung hin, Suizidenten würden im Jenseits bestraft, denn der Suizid gelte sowohl als Beleidigung Gottes, der das Leben geschenkt habe, als auch als Beleidigung der Gesellschaft, die für das Wohl ihrer Mitglieder Sorge. Die Gabe Gottes und die Fürsorge der Gesellschaft abzulehnen, dies seien zwei Vergehen, so Minois (1996), die weder von Machhabern im religiösen noch von solchen im politischen Bereich geduldet werden könnten. So galt in der frühen Neuzeit der Suizid kirchlich wie weltlich als eine zu bestrafende Handlung und erst ab dem 18. Jahrhundert etwa habe sich diese Sichtweise verändert, so Lind (1999): „Dieser aufklärerische Diskurs plädierte für die Strafllosigkeit des Selbstmordes, der nun als

menschliche Willensfreiheit und Ausdruck einer Krankheit aufgefasst wurde.“ Robert Burton hatte in seiner „Anatomie der Melancholie“ (1621) gemeint: „Selten endet die Melancholie tödlich, außer in den Fällen – und das ist das größte und schmerzlichste Unglück, das äußerste Unheil – in denen ihre Opfer Selbstmord begehen, was häufig geschieht ... Ihr äußerstes Elend peinigt und quält diese Menschen derart, dass sie keine Freude mehr am Leben finden und sich gleichsam gezwungen sehen, sich den Kelch anzutun, um ihr unerträgliches Leid abzuschütteln. So begehen einige aus Raserei, die meisten aber aus Verzweiflung, Sorge, Angst und Seelenpein Selbstmord ...“ Der Wiener Arzt Leopold Auenbrugger (1772–1809; zitiert nach Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2011) nannte sein Buch, erschienen 1783, „Von der stillen Wuth oder dem Triebe zum Selbstmorde als einer wirklichen Krankheit, mit Original-Beobachtungen und Anmerkungen“; und als letztes Beispiel zum beginnenden Umdenken zur Suizidalität von einem religiösen Paradigma in ein heutiges „medizinisch-psychosoziales Paradigma“ (Wolfersdorf 2008, Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2011) sei Friedrich Benjamin Osiander (1813, zitiert nach Willemsen 2002) angeführt, der in seinem Buch „Über den Selbstmord, seine Ursachen, Arten, medicinisch-gerichtliche Untersuchung und die Mittel gegen denselben“ (erschienen 1813 in Hannover) schreibt: „Der vollkommen gesunde und vollkommen vernünftige Mensch hat eine heftige Liebe zum Leben und lässt, wie der Satan zu Hiob sagte, Haut für Haut, und alles, was ein Mensch hat, für sein Leben ... Diese Liebe zum Leben aber dauert so lange, als wir an Geist und Körper gesund sind.“ Für Esquirol (1838) bot der Suizid „alle Merkmale von Geisteskrankheit“, wobei

Griesinger (1845) in seinem Lehrbuch sehr differenziert bereits darauf hinwies, dass der Suizid nicht nur der Ausgang einer psychischen Erkrankung, sondern auch im Zusammenhang mit Lebensumständen stehen könne, wobei er mit dem Hinweis auf den „Verlust seiner Ehre“ die Narzissmus-Konzeption von Henseler (1974) und mit dem Hinweis auf die Bedeutung geistigen und körperlichen Leidens für Suizidalität das heutige Krankheitsmodell (Wolfersdorf 2000, 2008; Wolfersdorf u. Franke 2006; Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2011) vorwegnahm.

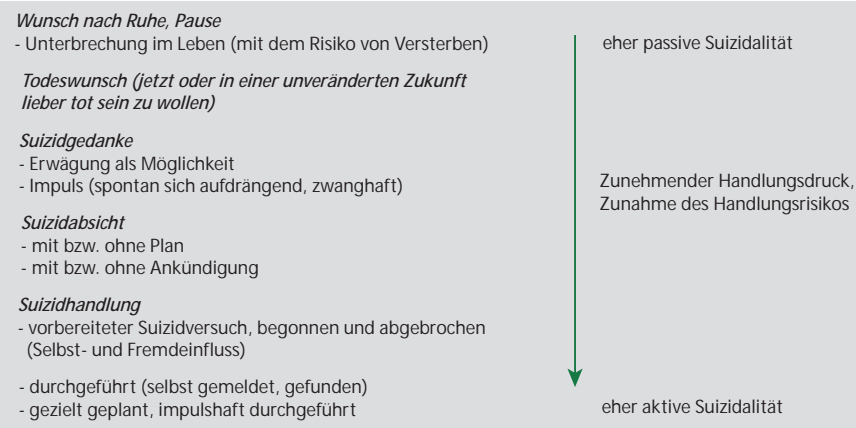
Als Fazit kann also in der heutigen Sprache der Suizidologie festgehalten werden, dass

- ▶ es neben dem Jahrhunderte lang gültigen religiösen Paradigma (Selbsttötung als Sünde und als Machwerk des Teufels) immer auch eine differenzierte Betrachtung suizidalen Verhaltens gab,
- ▶ bereits früh ein Zusammenhang Suizid mit Krankheit, insbesondere „Wahnsinn“, „Raserei“ sowie „Melancholie“ gesehen wurde und
- ▶ bereits vor über 200 Jahren (Ausfluss der romantischen Psychiatrie?) moderne ätiopathogenetische Überlegungen angestellt wurden.

Freud selbst hat im Schlusswort zur Diskussion der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung über eine Arbeit zum Suizid im kindlichen Lebensalter gemeint, der Zugang zum Verständnis des Suizides liege in der Melancholie und 1917 in „Trauer und Melancholie“ formuliert: „Wir wussten zwar längst, dass kein Neurotiker Selbstmordabsichten verspürt, der solche nicht von einem Mordimpuls gegenüber anderen auf sich zurückwendet (...). Nun lehrt uns die Analyse der Melancholie, dass das Ich sich nur dann töten kann, wenn es durch die Rückkehr der Objektbesetzung sich selbst wie ein Objekt behandeln kann, wenn es die Feindseligkeit gegen sich richten darf, die einem Objekt gilt.“

Das medizinisch-psychiatrische und psychodynamische Verstehen von Suizidalität geht heute von der Nähe suizidalen Verhaltens zu psychischer Erkrankung aus, es bezieht aber besondere psychische Zustände – heute als „Krisen“ bezeichnet –, ableitbar aus Lebenssituationen und -ereignissen ein. Das religiöse Paradigma von Suizidalität wird Ende des 18./Anfang des 19. Jahrhunderts dann immer mehr durch ein „medizinisch-psychosoziales Paradigma“ abgelöst.

Abb. 1 Kontinuitäts-Annahme mit Handlungskonsequenzen: zunehmende „sichernde Fürsorge“ Eigenverantwortung – Fremdverantwortung.



Begriffsbestimmung von Suizidalität

Die deutsche Definition, die von der DGPPN in der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ übernommen wurde, ist in **Box 1** formuliert.

Box 1 Definition Suizidalität (Wolfersdorf 2000; Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2011; DGPPN et al. 2010)

Suizidalität ist die Summe aller Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen.

◉ **Abb. 1** führt im Rahmen eines Kontinuitätsmodells eine Reihe von Begrifflichkeiten ein, die in der klinischen Beschreibung und Benennung von Suizidalität heute üblich sind: Ruhe- und Todeswünsche, Suizidideen und -absichten, suizidale Handlungen, nämlich Suizid und Suizidversuch (Wolfersdorf 2000, 2008). Wünsche nach Ruhe, Pause oder Unterbrechung im Leben können mit dem bewusst eingegangenen Risiko einer möglichen Todesgefahr belastet sein. Suizidideen kennt vermutlich jeder Mensch im Laufe seines Lebens, wobei deren Auftreten einerseits ein allgemeines Nachdenken über den Tod und das eigene Versterben, andererseits im engeren Sinne den Beginn einer Einengung Richtung suizidaler Absichten bedeuten mag. Dabei benennen Suizidideen und insbesondere -absichten jedoch bereits das angestrebte Ziel, nämlich am Ende einer Handlung tot sein zu wollen.

Die Suizidabsicht geht einen Schritt weiter als die Suizidideen, die ja die Handlung als Möglichkeit meinen, jedoch noch unter Kontrolle stehen. Der spontan einschießende Impuls, z. B. der sich aufdrängende Gedanke, aus dem Fenster zu springen, weist dabei bereits eine hohe Gefährdung auf. Suizidabsichten sind Vorankündigungen geplanten Handelns und gehen häufig bereits mit konkreter Planung einher.

Impuls- und raptusartig einschießende Suizidideen, insbesondere wenn mit einem hohen Handlungsdruck und Angst vor Kontrollverlust, zwanghaft auftretende Suizidideen, die nicht mehr abweisbar erscheinen, oder Suizidideen im Rahmen psychotischer Ideen, z. B. imperative Stimmung mit Aufforderung zu einer suizidalen Handlung, sind gefährlich, denn sie haben häufig keine Vorphase der Erwägung, keine Phase des inneren ambivalenten Dialogs, sich zu suizidieren oder Hilfe zu suchen, und sind deswegen besonders bedrohlich. Andeutungen möglicherweise Kontrollverlust über einschießende Suizidideen zu verlieren, bedeuten deswegen häufig die Notwendigkeit eines schützenden Behandlungsrahmens.

Suizidale Handlungen sind dann alle Versuche, sich das Leben zu nehmen, auch wenn selbst oder unter Fremdeinfluss abgebrochen. Wird die Handlung überlebt (z. B. infolge insuffizienter Suizidmethode, rasch einsetzender Rettungsmöglichkeit, Abbruch der suizidalen Handlung, aus welchen Gründen auch immer usw.), ist von einem Suizidversuch zu sprechen, wobei diese Handlung mit nichttödlichem Ausgang immer die Gefahr des Rezidivs enthält und ungeklärt bleibt, ob mit dem Überleben der suizidalen Handlung auch der Handlungsdruck und die Motivation,

sich zu töten, geschwunden sind. Deswegen muss nach einem Suizidversuch diese Frage besonders geklärt werden, denn es gibt durchaus letal, d. h. mit hohem Todeswunsch angelegte Handlungen, die dann aus zufälligen Gründen überlebt werden, bei denen jedoch die Motivation zur Suizidalität weiterhin bestehen bleibt. Nicht umsonst liegt die Rezidivquote nach einem Suizidversuch immer noch bei 20 bis 30% innerhalb von zehn Jahren nach dem ersten Suizidversuch (mit Gipfel im ersten Jahr).

Unter Suizid verstehen wir eine selbst verursachte bzw. selbst veranlasste selbstschädigende Handlung, die mit dem Ziel, tot sein zu wollen (hoher Todeswunsch), durchgeführt wird und mit der Erwartung, mit dem Glauben oder auch mit dem fachlichen Wissen, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Beim Suizid ist der Tod stets der Ausgang der Handlung, beim Suizidversuch wird die Handlung überlebt. Hinsichtlich des Todeswunsches gibt es beim Suizidversuch zwei Subgruppen, die eine, die eigentlich bei einem hohen Todeswunsch und Suizidrang das eigene Versterben angestrebt hat, jedoch durch Zufall überlebt und damit eine weiterhin hohe Gefährdung aufweist. Die andere Gruppe sind diejenigen Menschen, die mit dem Ziel, etwas verändern zu wollen, das Risiko eingehen, das eigene Leben zu gefährden. Hier hat die suizidale Handlung eine hohe kommunikative sprich appellative Bedeutung und weist darauf hin, dass der so handelnde Mensch unter den gegebenen Rahmenbedingungen und der vorhandenen Hoffnungslosigkeit nicht weiterzuleben vermag und deswegen der Hilfe bedarf. Weitere Begrifflichkeiten sind in **Box 2** zusammengestellt.

Zur Epidemiologie

Nach Angaben der WHO stirbt pro Jahr etwa eine Million Menschen durch Suizid; damit ist der Suizid mit 1,5% Anteil die zehnthäufigste Todesursache weltweit. 2006 verstarben in Europa (EU 27) ca. 59000 Europäer durch Suizid (etwa 45000 Männer und 14000 Frauen). Durch Verkehrsunfälle starben im gleichen Zeitraum etwa 50000 Personen. Damit versterben nach Wahlbeck und Mäkinen (2008) zwölf von 1000 Europäern vorzeitig durch Suizid. 90% der Suizide seien, so die Autoren, assoziiert mit psychischer Erkrankung und hier meist mit depressiven Störungen (60% aller Suizide), aber auch

Box 2 Erweiterte Suizidhandlungen mit Einbeziehung anderer – einige Charakteristika (Wolfersdorf 2011)

Doppelsuizid

- ▶ beide freiwillige Selbsttötung
- ▶ möglichst gleicher Ort
- ▶ jeder für sich, seltener mit handlungsführender Person

Erweiterter Suizid

- ▶ gemeinsame Tötung bzw. Selbsttötung nach Tötung des Anderen
- ▶ Mitnahme eines Anderen (meist Intimpartner oder eigenes Kind) in die eigene Suizidhandlung
- ▶ (pseudo-)altruistische Motivation
- ▶ Einbeziehung des Anderen ohne dessen Einverständnis
- ▶ Einbeziehung des Anderen in die eigene Psychodynamik
- ▶ Beziehungspsychodynamik nachweisbar

Homizid-Suizid („murder-suicide“)

- ▶ eigene Selbsttötung nach Tötung eines Anderen

- ▶ Mitnahme eines Anderen, der Opfer wird
- ▶ Opfer kann willkürlich gewählt und ohne Bezug zum Suizidenten sein
- ▶ Psychodynamik kann Rache oder psychisch-paranoid bedingt sein

Massensuizid

- ▶ eigene Selbsttötung nach Tötung anderer, Gleichzeitigkeit
- ▶ Mischung aus Freiwilligkeit (Selbsttötung), Druck der Gruppe der Suizidenten und Homizid (getötet werden)
- ▶ Kombination von Homizid und Suizid

Amok

- ▶ Ziel Tötung anderer unter Einbeziehung des Getötetwerdens bzw. der eigenen Selbsttötung
- ▶ Psychodynamik fremdaggressiv, oft Paranoia nahe, Imitation umstritten

mit Alkohol-Abhängigkeitserkrankungen. Erhängen sei die häufigste Suizidmethode, überwiegend von Männern, womit ein großes Präventionsproblem benannt ist, denn die zu dieser Suizidmethode notwendigen Mittel sind weltweit verbreitet. **Tab. 1** zeigt die Suizidzahlen und -raten 1990 bis 2009 in Deutschland. 2010 stiegen die Suizidzahlen und -raten erstmals wieder an auf 10021 Suizide.

Insgesamt ist eine deutliche Reduktion der Suizidzahlen seit Mitte der 1980er-Jahre in Deutschland bei Männern und Frauen, bei Frauen etwas deutlicher als Halbierung, bei Männern um etwa ein Drittel, zu beobachten. Daneben ist sichtbar das Überwiegen der Männer beim Suizid; auf einen Suizid einer Frau kommen zwei bis drei Suizide eines Mannes. Dabei ist das Thema „Männersuizid“, obwohl seit Beginn der Statistik bekannt und ein weltweites Phänomen, bis heute kaum erforscht (Möller-Leimkühler 2010, Wolfersdorf 2009). Danna Wasserman (2001) hatte im Vorwort ihres Buches geschrieben „Suicide is a predominantly male phenomenon“. Des Weiteren gilt in Deutschland das sogenannte ungarische Muster (**Tab. 2**), welches einen Anstieg der Suizidraten mit zunehmendem Alter zeigt.

Als Fazit aus den aktuellen epidemiologischen Daten ist festzuhalten, dass wir einerseits in Deutschland einen Rückgang der Suizidraten und -zahlen seit Mitte der 80er-Jahre des letzten Jahrhunderts beobachten, andererseits erstmals wieder ein

Anstieg der Suizidzahlen über 10000 gesehen wird. Des Weiteren gilt ein deutliches Überwiegen der Männer beim Suizid und insbesondere ein Anstieg der Suizidraten bei den Männern, aber auch bei den Frauen, mit zunehmendem Alter. Suizidprävention und auch Suizidforschung unter epidemiologischen Gesichtspunkten hat sich also insbesondere der Risikogruppe der Männer und der Risikogruppe der alternden Menschen (Männer und Frauen) zu widmen.

Risikogruppen für suizidales Verhalten

In **Box 3** sind Gruppen für erhöhtes suizidales Risiko zusammengefasst. High-Risk-Gruppen sind definiert als Gruppen, deren spezifische Suizidrate deutlich über der der Allgemeinbevölkerung liegt. Man könnte die Menschen mit erhöhtem Risiko auch zusammenfassen in drei Gruppen, nämlich

- ▶ psychisch kranke Menschen (Schwerpunkt depressive Erkrankungen),
- ▶ Menschen, die bereits näher an Suizidalität geraten sind (z. B. durch Suizidversuche oder suizidale Krisen im bisherigen Leben), und
- ▶ Menschen in besonderen Lebenssituationen (z. B. junge Erwachsene mit Entwicklungs- und Beziehungskrisen, alte Männer mit Vereinsamung und körperlicher Erkrankung u. a.).

Tab. 1 Suizidzahlen und -raten 1990 bis 2009 in Deutschland (nach Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik): Geschlechtsverteilung.

Jahr	Anzahl			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	10,4	15,4	5,2
2009	9 616	7 228	2 388	10,5	15,7	5,1

Tab. 2 Suizidraten in Deutschland nach Geschlecht und Alter (auf 100 000 der Altersgruppe).

Alter	Männer		Frauen	
	1998	2005	1998	2005
< 1 Jahr				
< 5 Jahre				
< 10 Jahre				0,1
< 15 Jahre	1,4	0,8	0,7	0,3
< 20 Jahre	9,5	6,8	3,2	2,2
< 25 Jahre	16,0	12,6	3,8	2,9
< 30 Jahre	17,5	14,0	4,3	2,6
< 35 Jahre	19,5	14,9	5,0	4,3
< 40 Jahre	21,6	16,8	5,4	4,9
< 45 Jahre	27,2	21,6	7,7	6,6
< 50 Jahre	27,4	24,0	8,4	7,3
< 55 Jahre	29,3	36,2	9,5	7,9
< 60 Jahre	29,1	25,6	10,3	8,2
< 65 Jahre	27,4	22,1	10,3	11,0
< 70 Jahre	28,6	24,2	10,1	9,6
< 75 Jahre	35,5	31,2	12,7	10,1
< 80 Jahre	46,9	40,3	14,6	11,4
< 85 Jahre	71,0	56,3	18,5	16,5
< 90 Jahre	109,7	82,2	22,6	20,7
> 90 Jahre	129,2	87,3	18,5	16,7

Wann grundsätzlich von einem erhöhten Suizidrisiko ausgegangen werden muss, beim Stand unseres derzeitigen suizidologischen Wissens, ist in **Box 4** zusammengefasst. Diese Fragestellung gruppiert sich einerseits um bestimmte Diagnosegruppen, andererseits um bestimmte Psy-

chopathologie, die für sich selbst bereits näher an Suizidalität heranführt, um psychodynamische Aspekte von der narzisstischen Kränkung bis zu Racheaspekten (einschließlich Amok und Mitnahmesuiziden), zu traumatischen Ereignissen und

Box 3 Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten

- ▶ **Menschen mit psychischen Erkrankungen**
Depressive (primäre Depression, depressive Zustände, reaktive Depression) Suchtkranke (Alkoholkrankheit, illegale Drogen)
Schizophrenie (in stat. Behandlung, Rehabilitation)
Angststörungen
Persönlichkeitsstörungen insbesondere vom emotional instabilen Typus
- ▶ **Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität**
Suizidankündigungen (Appell in der Ambivalenz); Suizidale Krise nach Suizidversuch (10% Rezidiv mit Suizid)
- ▶ **Alte Menschen**
mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronischen einschränkenden Krankheiten, nach Verwitwung
mit psychischer und körperlicher Erkrankung (Komorbidität)
- ▶ **Junge Erwachsene, Jugendliche**
mit Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innere Vereinsamung) mit Drogenproblemen, familiären Problemen, Ausbildungsproblemen
- ▶ **Menschen in traumatisierten Situationen und Veränderungskrisen**
Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen
Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes
Identitätskrisen
chronische Arbeitslosigkeit
Kriminalität, Z. n. Verkehrsdelikt (z. B. mit Verletzung, Tötung eines Anderen)
- ▶ **Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen**
schmerzhafte, lebenseinschränkende, verstümmelnde körperliche Erkrankungen, insbesondere des Bewegungs- und zentralnervösen Systems, terminale Erkrankungen mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit

zu Suizidalität, die bereits im früheren Leben stattgefunden hat.

Die Depression ist diejenige Erkrankung, der das höchste suizidale Risiko zugewiesen wird. Schneider (2003) fand in ihrer Übersicht zu Risikofaktoren für Suizid für depressive Störungen Angaben von 17–89% in Publikationen über psychologische Autopsien bei durch Suizid Verstorbenen in der Allgemeinbevölkerung; Schaller und Wolfersdorf (2010) fanden in ihrer Übersichtsarbeit Anteile von 23–100% affektive Erkrankungen bei psycho-

Box 4 Suizidalität und Erstkontakt

Wann muss von einem aktuell erhöhten Suizidrisiko ausgegangen werden?

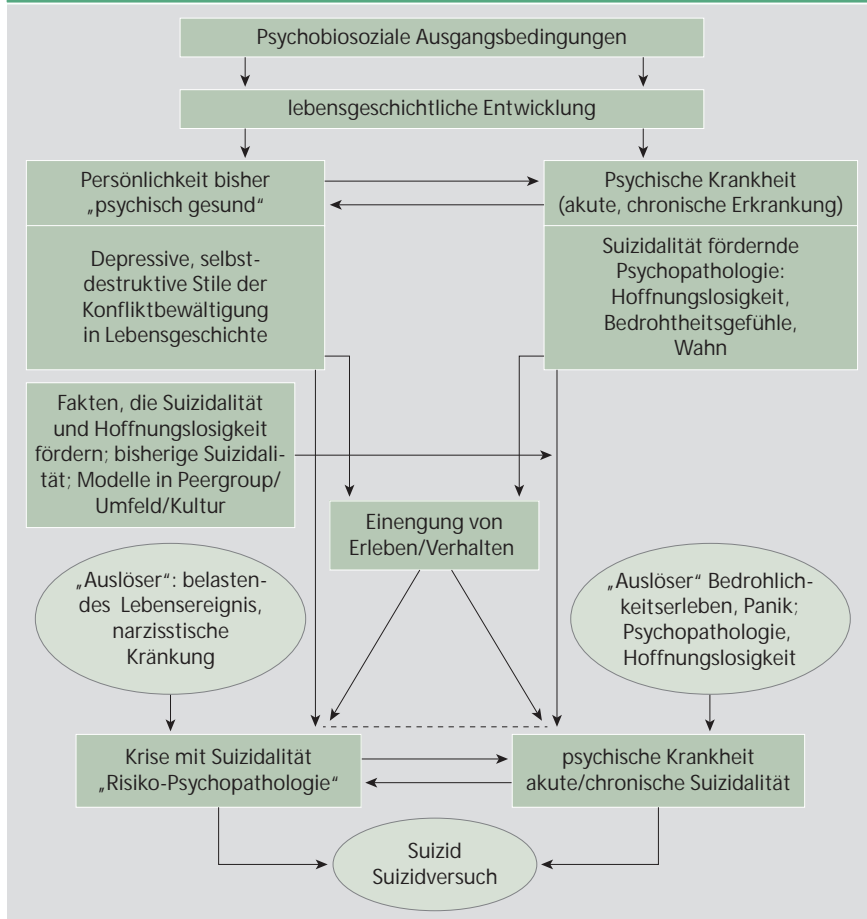
- ▶ **bei bestimmten Diagnosegruppen:** sog. Risikogruppen Depression, Sucht, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typus
- ▶ **bei üblicherweise mit Suizidförderung einhergehender Psychopathologie:** z. B. Wahn, Agitiertheit / Unruhe, quälende Schlafstörung, paranoide Angst / Panik, imperative Stimmen
- ▶ **bei Psychodynamik:** narzisstische Kränkung, Rache-(Aggressions-)Thema, existenzielle Bedrohtheit, depressiv-hoffnungslose Selbstaufgabe, Todessehnsucht / Erwartung von Veränderung
- ▶ **bei traumatischen Ereignissen:** z. B. Gewalterfahrung, sexueller Missbrauch, Verlust anderer, Schuld an Tod im Straßenverkehr, Ausweglosigkeit einer Situation, Vorwegnahme eines qualvollen Todes (Krankheit, Gewalt)
- ▶ **bei bekanntem suizidalen Verhalten in Krisen:** bekannte Impulskontrollstörung, bekannte Fremd- und Autoaggression

Box 5 Risikopsychopathologie, die das Risiko der Umsetzung von Suizidideen in Handlung erhöht

- ▶ Tiefe depressive Herabgestimmtheit, „mental pain“
- ▶ Zum Suizid auffordernde Halluzinationen (imperative bzw. massiv entwertende Stimmen mit Aufforderung zur Selbsttötung)
- ▶ Tiefe (psychotische) Hoffnungslosigkeit
- ▶ Pseudoatruistische Ideen, die Familie, Kinder, Welt seien besser dran ohne den Patienten
- ▶ Zustand nach Suizidversuch ohne froh über Überleben zu sein
- ▶ (wahnhaft) Befürchtungen von elendem Sterben, von Untergang (Familie, Kinder, Welt), von (unrettbarer) existenzieller Bedrohtheit (soziale, wirtschaftliche Situation, Verfolgung, Zerstörung, Verhungern u. Ä.)
- ▶ Massive quälende innere und äußere Unruhe
- ▶ Ausgeprägte Schlafstörungen über längere Zeit

logischen Autopsien von Suiziden in der Allgemeinbevölkerung, dabei 18–87% typische depressive Episode, 0–22% bipolare Erkrankung, 2–30% Dysthymia und 2–18% Anteil schizophrene Erkrankung.

Abb. 2 Krisen- und Krankheitsmodell von Suizidalität.



Nun ist es nicht die Zugehörigkeit zu einer nosologischen Gruppe alleine, die über das suizidale Risiko eines Menschen bestimmt, sondern es sind immer die „Geschichten“ dahinter, die sich in der psychodynamisch vertieften biografischen Anamnese ergeben. **Box 5** fasst die Risikopathologie, bei deren Vorliegen von einem erhöhten Risiko der Umsetzung von Suizidideen in -handlung ausgegangen werden muss, zusammen (Schaller u. Wolfersdorf 2010, Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2011). Dabei gibt es verlaufsbezogene Risikofaktoren für Suizidalität bei der Depression. Die Suizide depressiv kranker Menschen finden sich häufig in großer Nähe zur aktuellen Psychopathologie, wobei die Hoffnungslosigkeit einen wesentlichen Faktor darstellt. Kurzzeitprädiktoren, also in der Nähe der depressiven Psychopathologie, für Suizidalität sind dabei Anhedonie, Schlafstörungen, Angstzustände, Konzentrationsstörungen. Der beste Langzeitprädiktor nach abgelaufener Depression und längerfristig ist dabei die depressive Hoffnungslosigkeit. In der Zwischenzeit gibt es eine Reihe von ätiopathogenetischen Modellen zum Ent-

stehen von Suizidalität, jeweils betrachtet aus Sicht der Psychiatrie im engeren Sinne bzw. aus psychodynamisch-lerntheoretischer Perspektive. Eine Zusammenfassung ist in der **Abb. 2** gegeben (Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2011). Suizidalität ist dabei Endpunkt unterschiedlicher Entwicklungen, die sich etwas theoretisch als Krisen- bzw. Krankheitsmodell differenzieren lassen. Erstes geht aus von einer bisher gesunden Persönlichkeit, die im Kontext von belastenden Lebensereignissen suizidal wird, letzteres geht aus vom Vorliegen einer psychischen Erkrankung, die aufgrund ihrer Psychopathologie und insbesondere der Hoffnungslosigkeit näher an Suizidalität heranführt.

Als Beispiel für die Suizidalität im Rahmen eines Krankheitskonzeptes wurde bereits die Depression als häufigste psychische Erkrankung bei Suizidenten angeführt, ein weiteres Beispiel einer existenziell vernichtenden Krise, die in Suizidalität mündet, bei im Vorfeld unauffälliger Persönlichkeit, evtl. mit einem hohen und strengen Über-Ich bzw. Ich-Ideal, ist in **Abb. 3** dargestellt (Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2011).