

Suizid: Darf ein Mensch sterben (wollen)?

David Althaus
Verhaltenstherapeut
Dachau



**Kleopatra VII. (69 v. Chr. - 30 v. Chr.) ; Seneca (1 - 65);
Nero (37-68) Heinrich von Kleist (1777 - 1811); Vincent
van Gogh (1853 - 1890); Virginia Woolf (1881- 1941);
Rudolf Diesel (1858 - 1913); Adolf Hitler (1889 - 1945);
Ernest Hemingway (1899 - 1961); Paul Celan (1920 -
1970); Marilyn Monroe (1926 - 1962); Ulrike Meinhof
(1934 - 1976); Uwe Barschel (1944 - 1987); Kurt Kobain
(1967 - 1994); Hannibal (246-183 v. Chr.); Stefan Zweig
(1881-1942); Jack London (1876-1916); Rex Gildo (1936-
1999); Nick Drake (1948-1974); Sid Vicious (1957-1979);
Michael Hutchence (1960-1997); Ian Curtis (1956-1980);
Kronprinz Rudolf (1858-1889); Gert Bastian (1923-1992);
Hannelore Kohl 1933-2001); Robert Enke (1977-2009);
Gudrun Ensslin (1940-1977); Sigmund Freud (1856-1939);
Klaus Mann (1906-1949); Kurt Tucholsky (1890-1935);
Jean Amery (1912-78), Ernst Ludwig Kirchner (1880-38)**

Begriffsbestimmung

Definition von Suizid und Suizidalität

Man nennt Selbstmord jeden Todesfall, der direkt oder indirekt auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Opfer selbst begangen wurde, wobei es das Ergebnis seines Verhaltens im voraus kannte

(Durckheim 1897)

Unter Suizidalität verstehen wir das Potential aller seelischen Kräfte und Funktionen, das auf Selbstvernichtung tendiert

(Haenel u. Pöldinger 1986)

„Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.“

(Wolfersdorf, 2000)

Definition von Suizid und Suizidalität

Es gibt viele Grenzbereiche, bei denen eigenes „freiwilliges Verhalten“ zu vorzeitigem Tod führen kann. Beispiele

Hochrisikoverhaltensweisen:

z.B. Rücksichtsloses Autofahren, S-Bahn-Surfen, Balancieren auf dem Brückengeländer, Hochrisikosportarten (Free-Solo)

Chronisch gesundheitsgefährdendes Verhalten

z.B. Hoher Nikotin- oder Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Verzicht auf jegliche Ernährungsregeln bei Diabetes, Hypertonie usw.

Selbstschädigendes Verhalten bei psychischen Störungen

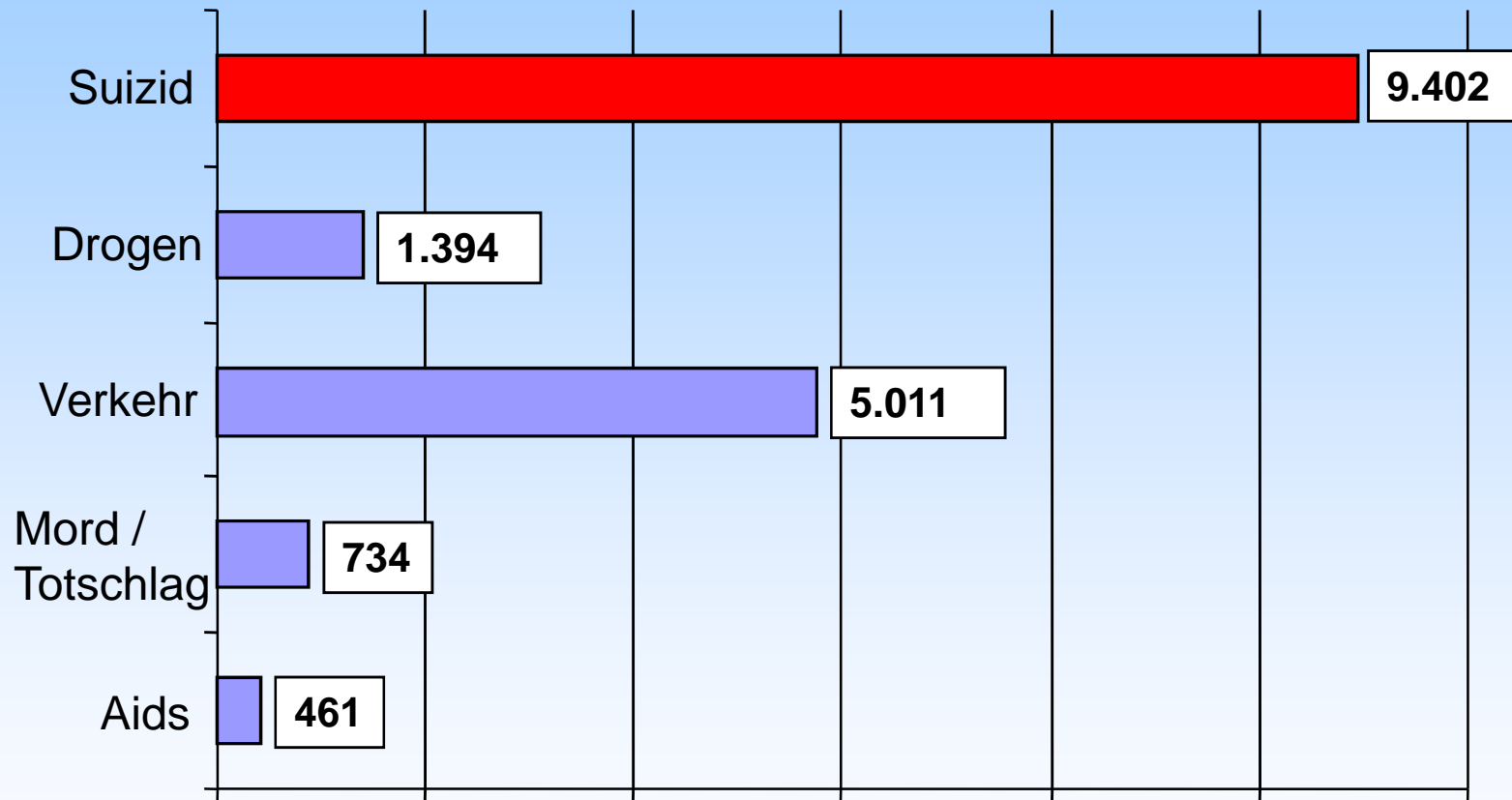
z.B. Extreme Gewichtsabnahme bei Magersucht

Wird i.d.R. nicht zu suizidalem Handeln im engeren Sinne gezählt
Meist kein Todeswunsch im Vordergrund. Im Gegenteil: Gefährlichkeit wird weitgehend verdrängt oder bagatellisiert

Wer stirbt in Deutschland durch Selbsttötung?

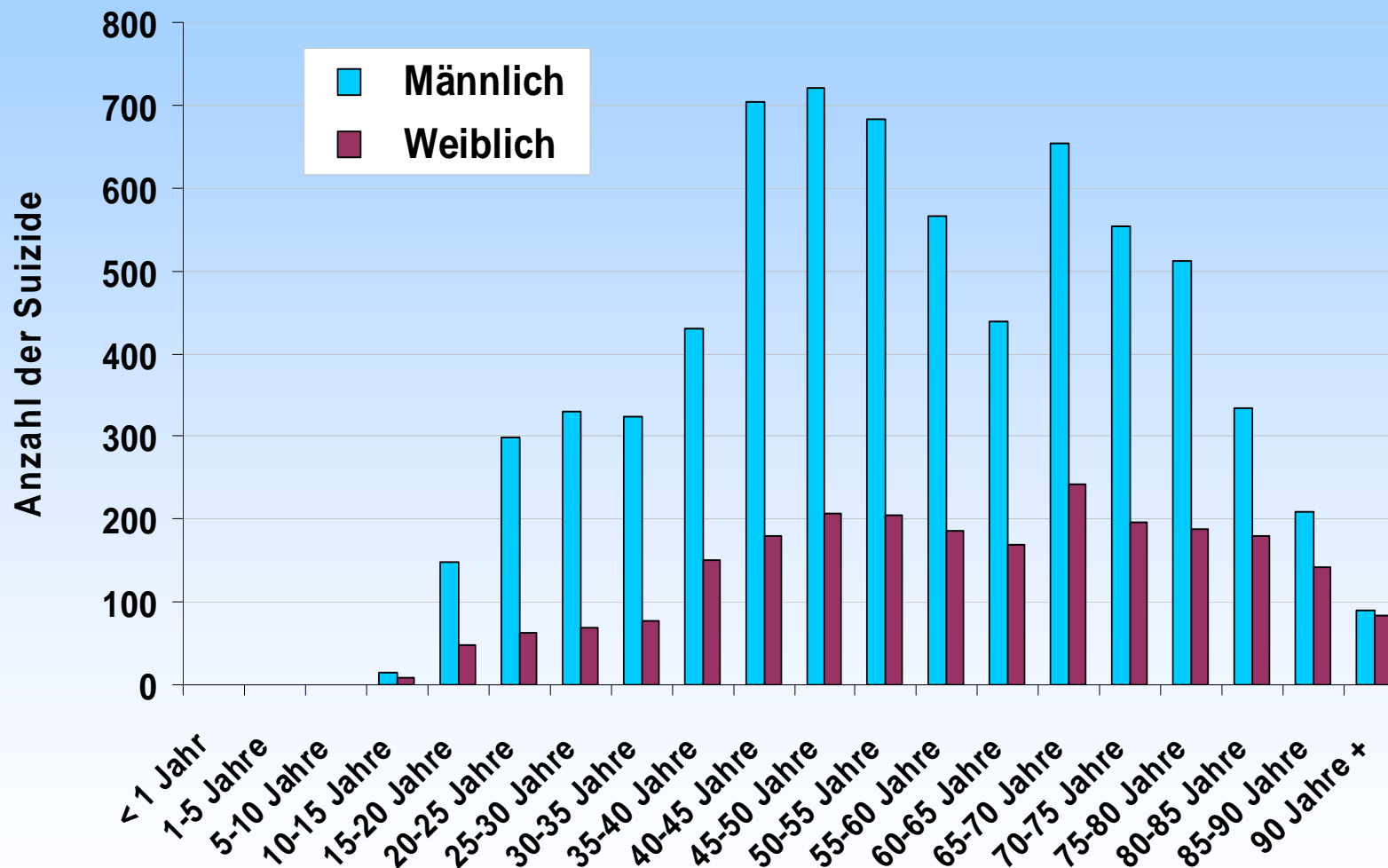
Die Häufigkeit von Suiziden

Todesursachen im Vergleich: BRD 2007



(Daten des Bundesamtes für Statistik/Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

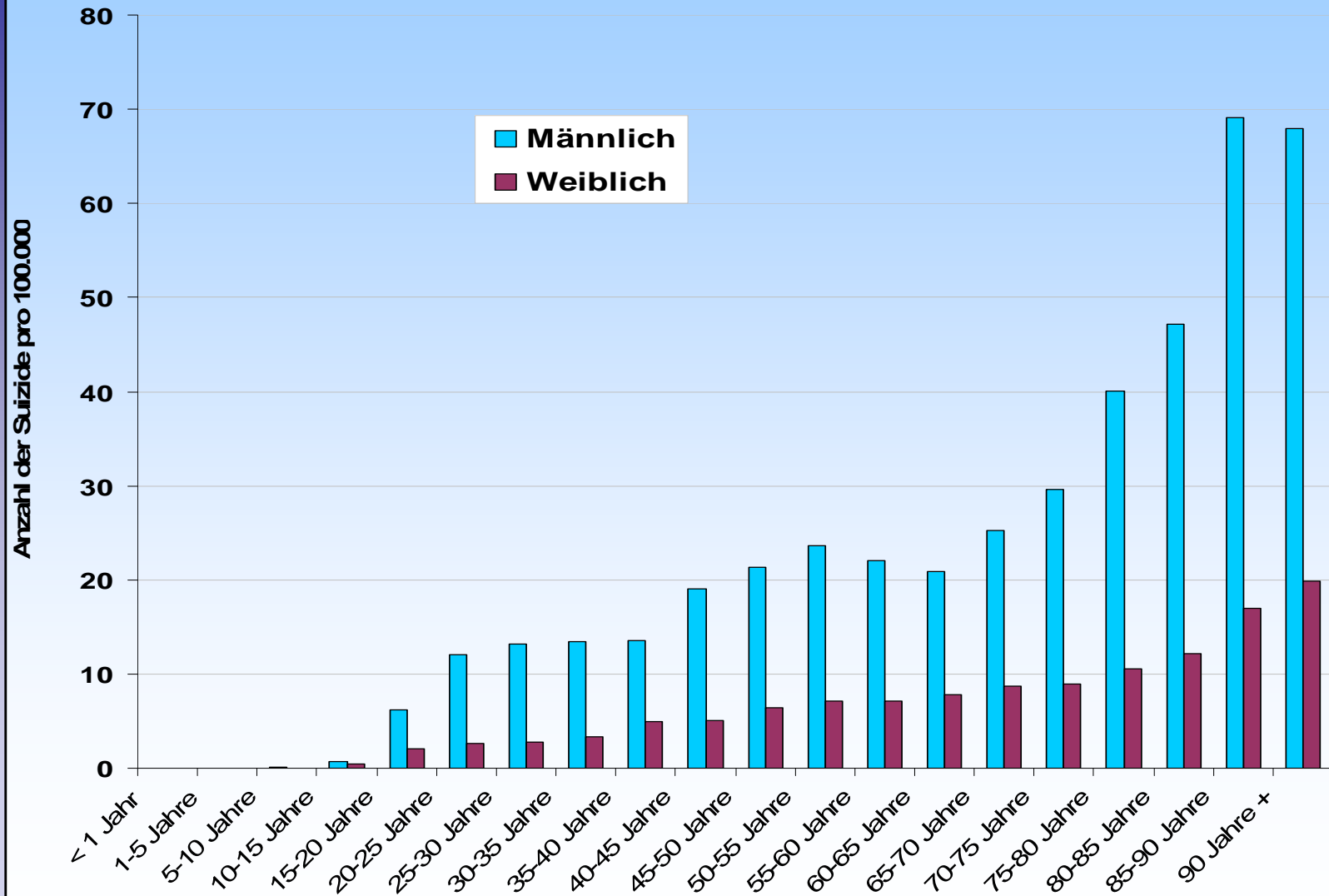
Suizide in Deutschland 2007



Geschlechtsverteilung: 75% Männer, 25% Frauen

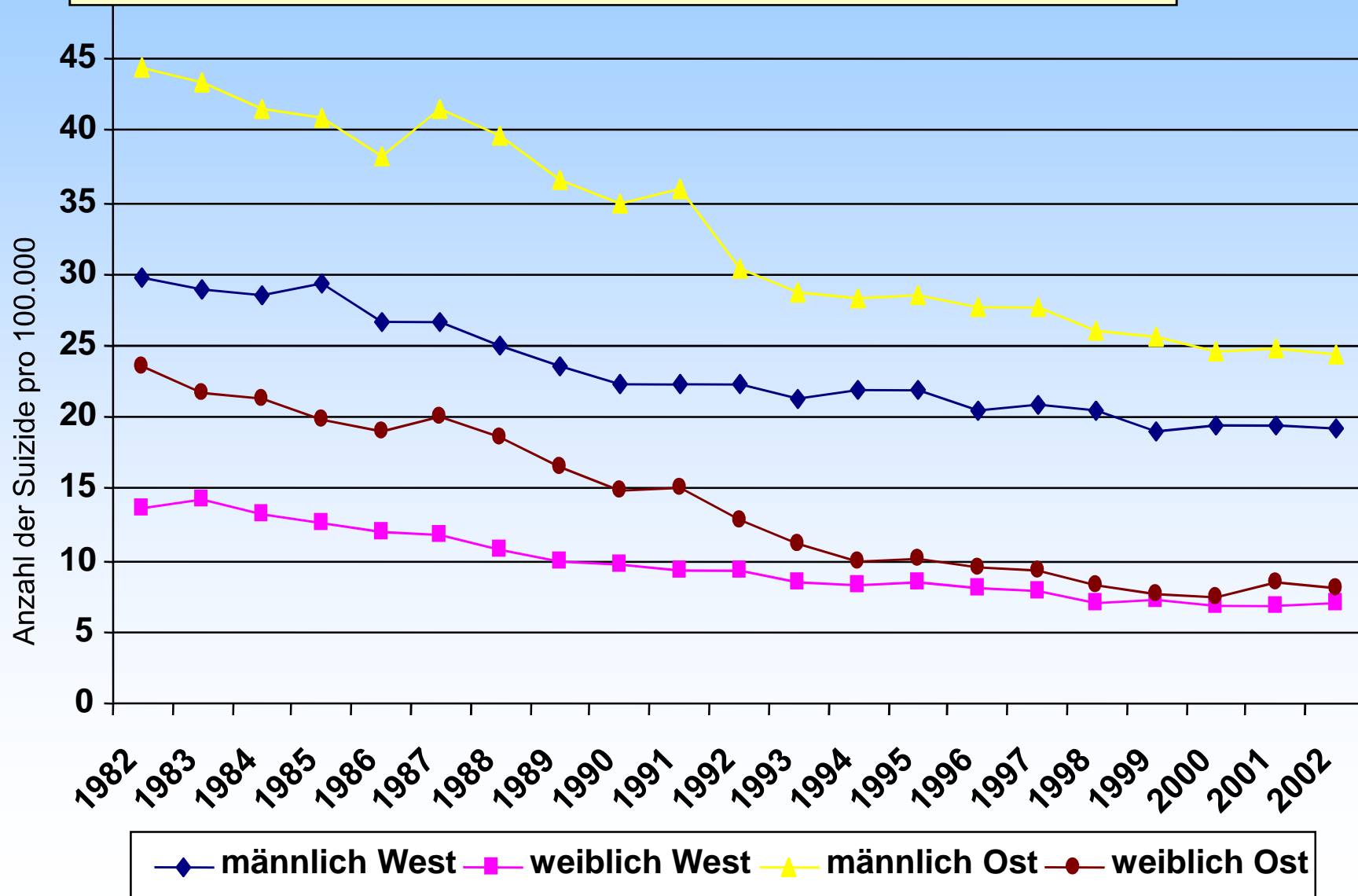
Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt

Suizidraten in Deutschland 2007



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt

Suizidraten je 100.000 Personen in den Alten und Neuen Ländern



Häufigste Suizidmethoden in Deutschland (2007)

Erhängen	48%
Selbstvergiftungen	17%
Sturz in die Tiefe	9%
Erschießen	9%
Überrollen lassen	6%

Darf ein Mensch sich töten?



Was bedeutet Suizid?

- Folge von Sünde und Verbrechen gegen Gott?
- Ausdruck menschlicher Selbstbestimmung?
- Ausdruck von Heldentum (Märtyrer)?
- Folge der Degeneration einer Gesellschaft?
- Folge einer psychischen Störung?
- Legitime Flucht vor befürchtetem Leiden?

Beispiele für unterschiedliche historische Antworten:

- die Stoa
- Aristoteles
- Augustinus, katholische Kirche, Mittelalter
- Aufklärung (z.B. Voltaire, David Hume)
- Soziologie
- Heute: ein von medizinischem Denken geprägter Diskurs



Suizid bei Platon und Aristoteles

Platon (427-347 v. Chr) (*Phaidon 1*, Dialog über die letzten Tage Sokrates)

- Wir gehören nicht uns selbst, und daher dürfen wir nicht über uns selbst verfügen
- Jeder Mensch wurde von den Göttern auf einen Posten gestellt, den er nicht verlassen darf
- erkennt Ausnahmen an: z.B. ein „höchst schmerzliches und unentfliehbares Schicksal“ zutrifft oder der Mensch „einer unheilbaren, das Leben unerträglich machenden Schmach anheimfiel.“

Aristoteles (384-322 v. Chr.)

- Er sieht den Suizid als Unrecht am Staat

Stoa und Suizid

- Philosophisches Lehrgebäude ab 300 v. Chr.
- Für den Stoiker als Individuum gilt es, seinen Platz in der ganzheitlichen Ordnung der Welt zu erkennen und auszufüllen
- Einübung emotionaler Selbstbeherrschung um sein Los zu akzeptieren
- mit Hilfe von Gelassenheit und Seelenruhe zur Weisheit
- Suizid ist nicht grundsätzlich verboten
- Wenn vernünftige Gründe vorliegen besteht Pflicht zum Suizid
- Gründe: Retten von Vaterland und Freunden, unheilbar krank (Körper und Geist), unerträgliche Schmerzen, Flucht vor ungerechter Behandlung, Armut
- Wichtiger späterer Vertreter: Seneca, Philosoph und Erzieher Neros (1-65 n. Chr.)



Augustinus (354-430)

- repräsentiert frühchristliche Auffassung zum Suizid
- striktes Nein selbst bei drohender Vergewaltigung
- „Du sollst nicht töten“ gilt auch für Suizid
- töten dürfen nur die „die auf Gottes Veranlassung“ handeln
- z.B. Kriege führen, Verbrecher mit dem Tode bestrafen
- Suizid auf Gottes Befehl (Märtyrertod) ist vertretbar

Bewertung des Suizids im Mittelalter

Thomas von Aquin (13. Jahrhundert):
Suizid ist eine Todsünde, weil sich der Mensch damit
Gottes Macht über Leben und Tod anmaße.

**Der kirchlichen Verdammung folgte die weltliche
Verurteilung des Suizids als schweres Verbrechen
(siehe Textbeispiel)**

Aufklärung

- Suizid wird herausgelöst aus der Deutungshoheit des Christentums
- Suizid als Ausdruck und Folge von Melancholie und Krankheit
- Dennoch unterschiedliche Auffassungen über Legitimität des Suizids

Suizid als Folge gesellschaftl. Entwicklungen

Die Hypothese von Durkheim (1897), dass die Suizidalität einer Gesellschaft mit dem Grad ihrer strukturellen Stabilität und Bindungsfähigkeit zu- und abnehme.

Unterscheidung von

- „egoistischem Suizid“ (übersteigter Individualismus);
- „altruistischer Suizid“ (sich opfern für andere)
- fatalistischer Suizid; (Märtyrer)
- „anomischer Suizid“; Suizid als Problemlösungsmuster

Hypothesen empirischen nicht nachgewiesen

Strafbarkeit von suizidalem Verhalten

- Als erstes strich Frankreich 1790 den Suizid aus der Liste der gesetzlichen Verbrechen
- Preußen folgt sechs Jahre später
- Österreich schließt sich 1850 an
- Als letztes Land in Europa schafft England 1961 ein Gesetz ab, das Suizid als Verbrechen mit Mord gleichsetzte und Suizidversuche bestrafte

Wann ist eine Entscheidung frei?

1. Die Person muss eine Wahl zwischen **Alternativen** haben; sie muss anders handeln bzw. sich anders entscheiden können, als sie es tatsächlich tut. (**Die Bedingung des Anders- Handeln- oder Anders-Entscheiden-Könnens**)
2. Welche Wahl getroffen wird, muss entscheidend **von der Person selbst** abhängen. (**Urheberschaftsbedingung**)
3. Wie die Person handelt oder entscheidet, muss **ihrer Kontrolle** unterliegen. Diese Kontrolle darf nicht durch **Zwang** ausgeschlossen sein. (**Kontrollbedingung**)

Was ist „freier Wille“?

- **Handlungsfreiheit:** Eine Person ist in ihrem Handeln frei, wenn sie tun kann, was sie tun will.
- **Willensfreiheit:** Eine Person ist in ihrem Wollen frei, wenn sie die Fähigkeit hat, ihren Willen zu bestimmen, zu bestimmen, welche Motive, Wünsche und Überzeugungen handlungswirksam werden sollen.
- Handlungsfreiheit hat demnach auch der Drogensüchtige, den er tut was er will. Allerdings ist er nicht frei darin, zu bestimmen was er will, denn er handelt entsprechend eines inneren Zwangs
- In der Philosophie wie auch in der Neurowissenschaft diskutiert man kontrovers, ob freier Wille überhaupt möglich ist.

Was ist „freier Wille“?

- Tatsächlich ist das Ausmaß an Selbstbestimmung selbst im Einzelfall kaum objektivierbar.
- Kann ein Mensch wirklich aus freien Stücken sterben wollen?
- Oder ist das nicht immer Ausdruck einer Krankheit oder wie auch immer gearteten Besessenheit?
- Wann hat ein Mensch die Reife, darüber zu entscheiden?
- Mit 8 Jahren, 18 Jahren, 80 Jahren?

Was ist „freier Wille“?

- Der deutsche Gesetzgeber setzt den freien Willen des erwachsenen Menschen voraus (kann nur im Zustand der Bewusstlosigkeit oder „krankhafter Störung der Geistestätigkeit“ unmöglich sein)
- Wann und wie weit beeinflussen psychische Störungen unseren freien Willen?
- Dies beurteilen im Einzelfall Gerichte (z.B. zur Frage von Schuldfähigkeit, Betreuung, Unterbringung etc.), die meist dem Urteil von Ärzten oder unabhängigen Sachverständigen (meist Psychiatern) folgen
- Bei der psychiatrischen Begutachtung ist maßgeblich, inwieweit Denk-, Erlebens- und Handlungsfähigkeit so weit vermindert sind, dass eine freie Willensbildung nicht möglich ist (z.B. bei Demenz, Schizophrenie, schwerer Depression)
- Kritische Einwände: siehe Jean Amery

Kritische Einwände

- Es gibt Menschen, die eine erhebliche Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts bei suizidalen Handlungen kritisieren.
- Wer offen zugebe sterben zu wollen und hierzu konkrete Pläne und Absichten preisgebe wird in aller Regel gegen seinen Willen in einer Klinik untergebracht
- er gelte als psychisch gestört und insofern nicht entscheidungsfähig und frei in seinem Willen
- Zu diesem Schluss kämen die Beurteilenden jedoch vor allem wegen der suizidalen Absicht...
- Ein klassischer Zirkelschluss: „Er will sich töten, also ist er krank, also kann es nicht wirklich seinem freien Willen entsprechen...“

Was sind subjektive / objektive Gründe für Todeswünsche?

Die Innensicht der Suizidenten

- Eine Situation wird für den Betroffenen als unerträglich wahrgenommen.
- Die Gründe für diese Bewertung können vielfältig sein: Scham, Kränkung, seelischer oder körperlicher Schmerz, schwerster Verlust, Enttäuschung usw.
- „Für alle anderen bin ich nur noch eine Last“
- Die Qual erscheint nicht länger ertragbar (Handlungsdruck)
- Oder: eine unerträgliche Situation scheint in naher Zukunft unausweichlich einzutreten und die suizidale Handlung antizipiert diese Situation
- Der Suizident erlebt seine Situation als völlig aussichtslos und erkennt keinerlei Änderungsmöglichkeiten
- Der Suizid ist somit primär eine Flucht aus dieser als unerträglich und hoffnungslos erlebten Situation

Die Außensicht auf den Suizidenten

- Von „Fachleuten“ wird Suizid heute i.d.R. primär unter medizinisch / psychiatrischen Gesichtspunkten gesehen
- „Psychologische Autopsiestudien“ zeigen: über 90% der Suizidenten hatten im Vorfeld psychische Erkrankung (v.a. Depression)
- Es gibt neurobiologische und genetische Verbindungen
- Suizidwunsch wird heute in der Regel nicht als Ausdruck des freien Willens eines Menschen bewertet
- Der Mensch verliere aufgrund der psychischen Störung die Fähigkeit zu einer adäquaten Bewertung von Gegenwart und Zukunft zu kommen
- Sein Wunsch zu sterben fußt nicht auf einer persönlichen rationalen Entscheidung, sondern ist vielmehr ein Symptom seiner Erkrankung
- In einer aktuellen Krise kann es dann zu suizidalem Verhalten kommen

Starke Todeswünsche werden meist als Produkt des Verlust der Entscheidungsfähigkeit bewertet

Aufgrund seiner psychischen Störung Mensch nicht mehr in der Lage zu einer „realistischen“ Sicht der Probleme und möglicher der Zukunftsperspektiven zu gelangen

Nach Ringel (1953) beinhaltet das Präsuizidale Syndrom als zentrales Merkmal die „Einengung“ der Person.

Vereinfachend:

- Der Betroffene sieht seine Situation hoffnungslos; er erkennt keinerlei Wahlmöglichkeiten oder Alternativen.
- Seine Gefühle reduzieren sich auf Depression und Angst
- Sein Blick ist zunehmend „tunnelartig“ auf den Suizid als einzigen Ausweg fokussiert.

ABER: Suizidalität ist auch „normal“

Auch viele (psychisch „gesunde“) Menschen erleben im Laufe des Lebens Situationen, in denen sie sich mit der Möglichkeit des eigenen Todes beschäftigen und den eigenen Tod als Möglichkeit in Betracht ziehen

- Fast nie kommt es dabei zu suizidalen Handlungen
- Ein großer Teil berichtet über passive Todeswünsche und Suizidgedanken
- Diese Auseinandersetzung kann Teil eines Trauerprozesses sein und ist oft ein vorübergehender Zustand (z.B. verwaiste Eltern).
- ERGO: Vorsicht vor einer Pathologisierung von Suizidgedanken

Akute Suizidalität: Risikogruppen

- für Suizid: ältere Männer
- für Suizidversuch: junge Frauen (14-24 Jahre)
- **Menschen mit psychischen Erkrankungen** (Depression, Suchterkrankungen, Psychosen)
- akute krisenhafte Ereignisse (z.B. Scheitern, Arbeitslosigkeit, Schulden, Scheidung, Inhaftierung, Verluste, Traumatisierung)
- Keine Einbindung in feste Strukturen, soziale Isolierung
- Zeit nach der Entlassung aus stationär psychiatrischer Behandlung
- Chronische körperliche Erkrankungen
- Suizidversuche in der Vorgeschichte oder in der Familiengeschichte
- Hohe narzisstische Kränkbarkeit
- starke Verleugnungstendenz und mangelndes Hilfesuchverhalten („mir geht es gut; ich brauche keine Hilfe..“)

Indikatoren für akute Suizidgefahr

- Drängende Suizidgedanken
- Große Hoffnungslosigkeit und starke Schuldgefühle
- Starker Handlungsdruck („ich halte das nicht länger aus!“)
- Massive narzistische Kränkung
- starke Impulsivität (erhöhte Gefahr bei Drogen- oder Alkoholkonsum)
- Zunehmender sozialer Rückzug
- Verabschiedung von Menschen, Verschenken von Wertgegenständen
Regelung letzter Dinge (Testament, Versicherungen, Papiere)
- Offene und verdeckte Ankündigung von Suizid („es wird aufhören, so oder so...“)
- Mensch reagiert gereizt, aggressiv oder ist agitiert
- Konkrete Suizidpläne oder Vorbereitung suizidaler Handlungen

Darf ein Mensch sich töten?

Die Perspektive der Hinterbliebenen



Die Hinterbliebenen nach erfolgtem Suizid

- Fast nie geschieht (in Deutschland) ein Suizid im Einverständnis mit den Angehörigen
- In vielen Fällen werden Angehörige im Vorfeld über die wahre Befindlichkeit im Unklaren gelassen
- Er bedeutet daher so gut wie immer einen brutalen Einschnitt in das Leben der Hinterbliebenen
- Fast immer erleben sie den Suizid fassungslos, und unvorbereitet
- Die Hinterbliebenen sind nicht nur verzweifelt und traurig, viele sind auch wütend und fühlen sich betrogen

Die Hinterbliebenen nach erfolgtem Suizid

- Angehörige eines Suizidenten schämen sich und werden auch heute noch stigmatisiert
- Jeder Todesfall ist schwierig, bei Suizid taucht die Frage potentieller Schuld viel häufiger auf („bei der Frau kann man das ja verstehen...“)
- Nur wenige ertragen die Trauernden in Ihrem Schmerz
- Häufig zerbricht der Freundeskreis, die Hinterbliebenen fühlen sich allein gelassen.
- Das Thema wird von anderen gemieden, über den Tod wird nicht gesprochen, am liebsten wird getan, als sei alles wie immer
- Oft finden Hinterbliebenen Trost und Halt in speziellen Trauergruppen (AGUS)

Die Hinterbliebenen nach erfolgtem Suizid

- Bei jedem Suizid sind 6-14 Menschen unmittelbar betroffen
- Auswirkungen von allen Suiziden betreffen damit allein in Deutschland jährlich etwa 100.000 Menschen
- Die Trauer nach einem Suizid erstreckt sich bei nahen Angehörigen oft über mehrere Jahre
- Hinterbliebene haben ein erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken
- **ABER: Trauernde Hinterbliebene sind nicht automatisch als psychisch krank einzuschätzen!**

Die Rolle der Behandler bei der Therapie suizidaler Menschen

Die Situation der Behandler

- Therapeut hat Garantenpflicht!
- Viele haben Angst in der Arbeit mit akut suizidalen Patienten
- Vordergründig werden häufig juristische Konsequenzen befürchtet, falls ein Patient sich das Leben nimmt
- Voraussetzung: Therapeut macht sich eindeutig der unterlassenen Hilfeleistung strafbar
- Kaum nachweisbar. Tatsächlich kommt es faktisch nie zu Verurteilungen, es sei denn, der Therapeut ist in den Suizid aktiv involviert
- Bei akuter Suizidalität: Meist wird versucht, den Patienten (im Einverständnis) in einer Klinik unterzubringen

Die Situation der Behandler

- Nicht alle Patienten stimmen dem zu
- Gegen seinen Willen kann ein Patient i.d.R. nur kurze Zeit in einer Klinik gehalten werden (nur mit richterlicher Anordnung)
- Tatsächlich kommt es immer wieder zur Situation, dass Therapeuten akut suizidale Patienten aus Mangel an einer sinnvollen Alternative ambulant behandeln
- Sehr gutes therapeutisches Bündnis Voraussetzung
- Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit (z.B. Arzt- Therapeut)
- Stets bleibt (auch bei sorgfältigster Therapie) ein Restrisiko, dass es zu einem Suizid kommt

Vorgehen bei akuter Suizidalität

- 1. Zeitgewinn.** Suizidalität in der Regel kein Dauerzustand. Akute suizidale Krise kann in relativ kurzer Zeit wieder abklingen.
 - Kann eine suizidale Handlung verzögert werden, so erhöhen sich deutlich die Chancen, dass der Mensch überlebt.
- 2. Einfühlsam Zuhören.** (keine Lösungsvorschläge unterbreiten, geduldiges und verständnisvolles Zuhören reicht)
- 3. zusätzlich Hilfe hinzuzuziehen.** Gibt es (oder gab es) einen behandelnden Psychiater. Besteht ein Vertrauensverhältnis zum Hausarzt? Welche Beratungsstellen gibt es vor Ort? Wo ist die nächste psychiatrische Klinik oder Notfallambulanz?
 - Gegebenenfalls zu Arzt oder in Notfallambulanz begleiten

Persönliches Fazit: Darf ein Mensch sterben (wollen)?

- Ich räume (theoretisch) jedem Menschen die Freiheit ein, letztlich über sein eigenes Leben (und seinen Tod) zu entscheiden
- Über den eigenen Tod nachzudenken halte ich in vielen Fällen für grundsätzlich sinnvoll
- Andererseits sehe ich meine Aufgabe darin, mit Menschen nach Möglichkeiten des Lebens zu suchen und nicht nach Möglichkeiten des Sterbens
- Sind Menschen in einer sehr akuten Krise, so versuche ich sie vor allem vor einer vorschnellen Entscheidung zu schützen („Töten können Sie sich immer, auch später noch...“)
- Bei der Begleitung chronisch suizidaler Menschen gilt es nie Sicherheit, dass es nicht zum Suizid kommt
- Grundsätzlich bitte ich meine Patienten „mir zu Liebe“ am Leben zu bleiben, solange sie bei mir in Therapie sind