

*„Das einzige, was zwölf Personen, die sich in den Kopf schießen, gemeinsam haben, ist die Kugel“ (SHNEIDMAN, 1989, S. 40).*

## 1. EINLEITUNG IN DIE SUIZIDALITÄT

### 1.1 Terminologie

Eines der markantesten Merkmale der Suizidforschung ist die Vielfaltigkeit verschiedener Forschungsfelder und unterschiedlicher theoretischer Schulen, die sich im letzten Jahrhundert etablierten und zu einem einzigen Untersuchungsgebiet gehören. Dadurch gewinnt die Suizidalität aus unterschiedlichen Perspektiven auch unterschiedliche Definitionen und Grundverständnisse.

Verschiedene Autoren sind sogar der Auffassung, keine einheitliche, universelle und übereinstimmende Definition finden zu können. *„Eine strenge Definition für Selbsttötung hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs, eines sichtbaren Aktes, der Betroffenheit der Gesamtperson, der Ausgrenzung anderer Beteiligter und der Folgen der Tat erweist sich weiterhin als äußerst problematisch. Oftmals kann nur eine Analyse des Einzelfalles die dynamische Bezogenheit des Geschehens auf den Tod hin anzeigen“ (KREBS, 1979, S. 43).*

Der Begriff des „Suizid“ stammt ursprünglich aus dem Lateinischen „*sui caedere*“ bzw. „*sich selbst töten*“. Er beschreibt den Sachverhalt der Selbsttötung und distanziert sich von jeglicher Bewertung. Aufgrund dieser Neutralität wurde der Begriff des Suizids insbesondere von Philosophen als unzureichend beschrieben. *„Merkwürdig, wie die latinisierten Formen stets einer Sache ihre Wirklichkeit absaugen“ (AMÉRY, 1976, S. 14).*

Im Deutschen werden jedoch weitere Begriffe wie der des „*Selbstmordes*“ und „*Freitodes*“ verwendet, welche neben der Selbsttötung moralische und juristische Bedeutungen beinhalten. Beiden Begriffen sind das menschliche Bewusstsein und die hiervon abgeleitete freie Verantwortung gemeinsam. Der Begriff des *Selbstmordes* stammt aus der wertenden und juristischen Sozialgeschichte und meint einen bewussten Anschlag auf das eigene Leben unter dem Blickwinkel der Schuldhaftigkeit. Aus der juristischen Perspektive betrachtet, beinhaltet der Selbstmord eine grausame und hinterhältige Tat, nämlich den Mord, welcher entgegen dem Totschlag, geplant und zielgerichtet begangen wird.

In früheren Zeiten galt der Selbstmord tatsächlich als eine kriminelle Tat. So wurden Suizidversuche in Deutschland bis zum Ende des 18. Jahrhunderts unter Strafe gestellt, in Großbritannien noch bis in die 60er Jahre des letzten Jahrhunderts. FREUD (1917) bezeichnet ebenfalls den Selbstmord als eine Tat, bei der sich ein Mensch selbst umbringt, der im Grunde einen anderen meint, also diesen töten möchte.

Der Begriff des *Freitodes* geht ebenso von einer bewussten freien Entscheidung aus. Entgegen dem Selbstmord wird der Freitod aber nicht negativ, sondern positiv bewertet, weil dieser eine historisch-philosophische Bedeutung und Berechtigung besitzt, nämlich die universell freie Entscheidung des Menschen, sein Leben selbst zu beenden. Der Philosoph J. AMÉRY (1976) definiert den Freitod als letzte und höchste Möglichkeit des Menschen, seine individuelle Freiheit zu erleben und zu verwirklichen. Diesen allerletzten Freiraum der Entscheidung könne ihm auch unter extremen Bedingungen niemand nehmen.

ROMAN (1983) ergänzt den Ansatz AMÉRYs und betont die persönliche Autonomie bzw. die absolute Selbstbestimmung des Suizidanten. „Vor

*mehr als einem Jahrzehnt bin ich zu dem Schluss gekommen, [...] dass ein durchdachter, überlegter Freitod es einem Menschen ermöglicht, einen idealen Abschluss seiner Lebensspanne zu finden“* (1983, S. 13).

Dagegen scheinen *Suizid und Suizidalität* neutrale Begriffe zu sein und werden vorzugsweise von Medizinerinnen und Psychologen verwendet. Die Medizin und die klinische Psychologie betrachten die Suizidalität i. S. einer pathologischen, destruktiven Entwicklung und widersprechen mit diesem Krankheitsbegriff dem philosophischen Konzept der freien Entscheidung bzw. Verantwortung. Aus dieser Perspektive betrachtet, ist der Suizidant in seinem suizidalen Verhalten nicht vom bewussten (freien) Willen gesteuert und daher vom Schuldvorwurf befreit.

In diesem definitorischen Konflikt zwischen dem *Krankheits- und Freiheitsbegriff* unterscheiden sich die meisten Grundauffassungen und Verständnisse der Suizidalität. Aus der philosophischen Sicht ist sowohl der Suizid als auch der Selbstmord eine spezifisch menschliche Erscheinung, die an das Menschsein gebunden ist und bei Tieren nicht vorkommen kann. Denn die menschliche Psyche sei vom Bewusstsein aus zu definieren und ausschließlich am Rationalitätsprinzip orientiert.

Die Freiheit, Suizid zu begehen, sei - entgegen dem Krankheitsbegriff - ein Zeichen des gesunden Seelenlebens, in dem sich der „Geist“ in vernünftiger Erkenntnis von dem sinnlosen, bewusstlosen und natürlichen Lebensprinzip abtrennt (AMÉRY, 1976). Dagegen betrachten Mediziner und Psychoanalytiker (vgl. STEINERT & FARBEROW, 1994) sogar chronische Selbstschädigungen wie Suchtkrankheiten im weiteren Sinne als suizidales Verhalten. Bestimmte risikoreiche Sportarten, AIDS-Infektionen und Verkehrsunfälle können ebenso i. S. einer unbewussten Destruktivität als suizidales Verhalten verstanden werden. Aus dieser Betrachtungsweise werden in der Literatur Begriffe wie *„parasuizidale Verhaltensweisen“*,

„maskierter Suizid“ „indirekter Suizid“, „Fokaler und chronischer Suizid“ (MENNINGER, 1938), „hidden suicide“ (MEERLOO, 1962, 1968), „subintentioned death“ (SHNEIDMAN, 1963), „Tod durch Selbstaufgabe“ (SELIGMAN, 1976), „psychogener Tod“ (STUMPFE, 1974, 1975) abgeleitet. Der Psychoanalytiker KÖHLER (1988) spricht in seinem Werk „Psychologie der B(er)gsteiger“ von einem völlig unbewussten Suizid bei Männern, deren Motive im Zusammenhang mit Autoaggressionen, Machtphantasien, Ablösung von mütterlichen Versorgungsmotiven und Sexualängsten zu verstehen sind. Die „Härte“ gegen sich und andere, kann in den Tod führen und als eigene Destruktivität interpretiert werden. Verkehrsunfälle und Verletzungen sind Beispiele dafür und verstehen sich, so Köhler, als Folge provozierter Gegenaggression. Der Autor erwähnt sogar Infektionen wie AIDS, deren Häufigkeit bei Männern überwiegt, und die durch verantwortungsloses und unvorsichtiges Sexualverhalten hervorgerufen werden können.

Andere Autoren schlagen verallgemeinerte und umfassende Definitionen für die Suizidalität vor. „In weitgehender Übereinstimmung sprechen wir heute bei Suizidalität von einer Denk-, Erlebens-, und Verhaltensweise, die ein bestimmtes psychisches Leiden ausdrückt, eine Bewältigung von Betroffenen selbst aber nicht möglich erscheinen lässt und überwiegend bewusst oder unbewusst auf Fremdhilfe ausgerichtet ist“. (GÖTZE, 1988, S. 630). Schließlich stößt man in der Suizidforschung auf verschiedene präsuizidale Begleithandlungen wie „Suizidversuch“, „Suizidgedanken“, „Suizidideen“, „Suizidphantasien“ oder „suizidale Geste“.

PÖLDINGER (1968) definiert sie alle zusammen als „Das Potential aller seelischen Kräfte und Funktionen, das auf Selbstvernichtung tendiert...“ (S. 41). WOLFERSDORF (1994) stellt ebenso eine umfassendere Definition auf: „Suizidalität meint die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch das

*Handeln lassen den eigenen Tod anstreben oder ihn als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (S. 47).*

Die Vielfältigkeit der Sichtweisen und die Uneinigkeit der Definitionen wurzeln in der *Geschichte der Suizidforschung*. Eine Skizzierung dieser wissenschaftlichen Entwicklung veranschaulicht die unterschiedlichen konkurrierenden Ansätze verschiedener Disziplinen, die sich im letzten Jahrhundert etabliert haben. Die Erklärung der suizidalen Handlung ist bis vor rund 80 Jahren so gut wie ausschließlich den Theologen, Philosophen und Juristen überlassen worden. Es wurde von einer „einfachen“ und bewussten Motivation für die Suizidhandlung ausgegangen und nicht an der moralischen Verantwortung des Suizidanten für sein Tun gezweifelt. DURKHEIM war der erste, der diese bewusste Entscheidungsfreiheit in Zweifel zog und wies empirisch nach, dass die Suizidrate unter ungünstigen sozialen Bedingungen ansteigt. In seinem ersten Standardwerk *„Le Suicide“* (1897) stellte er den Suizid zum ersten Mal als ein tragisches Endprodukt gesellschaftlicher Isolation und Entfremdung dar. In seinem *Anomiekonzept* erklärte DURKHEIM den funktionellen Zusammenhang zwischen der Einbindung des Individuums in soziale Institutionen und der Suizidwahrscheinlichkeit.

Acht Jahre später wies der deutsche Psychiater GAUPP (1905) darauf hin, dass *„Persönlichkeitsfaktoren abnormer Art“* bei Suizidanten vorhanden sein müssten. Er postulierte, dass krankhafte Ursachen von situationsgebundenen Motiven sorgfältig unterschieden werden müssten. Die Psychiatrie stellte Konzepte auf, welche die Suizidalität durch angeborene und dispositionelle Faktoren und durch eine pathologische Genese erklären. FREUD (1917) und Abraham (1924) beschrieben die Suizidalität aus psycho-dynamischer Sicht als Mord am introjizierten Objekt. MENNINGER (1938) interpretiert den Suizid ebenso als *Ausdruck eines*

*destruktiven Todestriebes*. Nach dem zweiten Weltkrieg interessierten sich zahlreiche Autoren für die zwischenmenschlichen Beziehungen in ihrer Wirkung auf die Suizidalität. HENSELER (1974) betont in seiner *Narzissmustheorie* die „*narzisstische Kränkung*“ als zentralen Entstehungsmechanismus der suizidalen Krise. Demnach begeht kein Mensch Suizid, wenn sein „Selbst“ nicht verletzt oder bereits zerstört ist.

KIND (1992) stellt in seiner Arbeit („*Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche*“) ein objektbeziehungstheoretisches Modell der Suizidalität vor, welches als ein wesentlicher Beitrag auf dem Gebiet der Suizidalität gewürdigt wurde.

Die Mediziner waren an der Konzeption persönlichkeitspezifischer Merkmale bzw. Symptomen, die die Suizidgefahr diagnostizieren und minimieren können, interessiert. Suizidalität wurde aus der medizinischen Sicht als Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung verstanden. RINGEL (1953) betont im Rahmen seines „*präsuizidalen Syndroms*“ die suizidale Entwicklung als „*gemeinsamer Nenner*“ all jener Erkrankungen, die zum Suizid führen können, und unterschied zwischen drei verschiedenen Symptomen. Auch PÖLDINGER (1968) stellt drei verschiedene Phasen der suizidalen Krise vor (vgl. „*Stadien der suizidalen Krise*“).

Weitere beschreibende Strukturmodelle zum Suizid wurden nach phänomenologisch-psychotherapeutischen Abläufen aufgestellt (z. B. STENGEL, 1964; HENDIN, 1963, 1964; FEUERLEIN, 1971).

Vertreter der Verhaltenstherapie (Lerntheoretiker) vertreten die These, dass Suizid ein Ausdruck eines funktionalen Verhaltens sei, welches in der frühen Kindheit als Bewältigungsstrategie erlernt wurde (vgl. SCHMIDTKE, 1988).

In den letzten Jahren wurden unterschiedliche Theorien in einen multidisziplinären Ansatz integriert. SHNEIDMAN (1985) hat in seiner dreidimensionalen *Kubustheorie* angenommen, dass die Ätiologie des Suizidverhaltens auf die drei Dimensionen - Schmerz, Unruhe und Zwang zurückführbar sei, denen er schematisch die drei Raumrichtungen eines Würfels zuordnet.

Auch die biologische (genetische) Suizidforschung hat sich in den letzten 30 Jahren zunehmend entwickelt. Mehrere Zwillingsuntersuchungen (z. B. WOLFERSDORF & STRAUB, 1994; BRONISCH, 1995) beschäftigen sich mit der Frage, ob eine genetische Disposition für Impulskontrollstörungen und Aggressivität vorhanden sein könnte. Trotz der beträchtlichen Fülle von Untersuchungen und des wissenschaftlichen Engagements in diesem Gebiet konnte ein direkter Zusammenhang zwischen einer genetischen Disposition zur Impulsivität und Suizidalität bisher nicht nachgewiesen werden.

Trotzdem zeichnet sich gegenwärtig eine deutliche Entfernung von ätiopathologisch-psychoanalytischen Erklärungsmodellen hin zu einer epidemiologischen und biologischen Ausrichtung ab. Die psychoanalytischen Konzepte der Suizidalität stehen heutzutage unter der Kritik, dass sie überwiegend theoretisch fundiert und in der Akuttherapie bzw. Krisenintervention überholt seien.

Vor diesem Hintergrund haben jüngst Psychoanalytiker weitere Ansätze aus der psychoanalytischen Behandlung veröffentlicht, die neue Aspekte und relevante Zusammenhänge der Suizidalität (Geschlechtsidentität und Suizid, der *erweiterte Suizid* etc.) eingehend thematisieren und anhand von klinischen Fallbeispielen beschreiben (vgl. GERISCH, 1998, 2001, 2003; WURMSER 2001; VOIGTEL, 2001; CAMPBELL, 2003; GANS, 2003).

*Zusammengefasst* lassen sich eindeutige definitorische Probleme in der Suizidforschung erkennen. Zunächst muss der strittige und ungelöste Konflikt zwischen dem *Krankheits- und Freiheitsbegriff* erwähnt werden. In dem Spannungsfeld zwischen der philosophischen Sichtweise (suizidales Handeln als Ausdruck menschlicher Freiheit) und der psychologisch-medizinischen Ausrichtung (suizidales Verhalten als Ausdruck psychischer Erkrankung) kann noch nicht definiert werden, was „frei“ und was „gesund“ ist. Bei Rauschzuständen oder psychischen Krankheiten mit Realitätsbezug kann die „*natürliche Willensentscheidung*“ des Menschen eingeschränkt oder ganz ausgeschaltet werden. Andererseits könnte die Suizidalität grundsätzlich als Krankheit verstanden werden, weil sie sich gegen das lebenserhaltende Prinzip (die basalen Funktionen wie Atmung, Triebbedürfnisse usw.) richtet. Über lange Zeit wurde suizidales Verhalten pathologisch verstanden und dementsprechend behandelt. Auch heute ist das klinische Denken weder überkommen noch verfehlt, jedoch scheint die Suizidalität mehr oder doch etwas anders zu sein, als das, was man therapeutisch behandeln oder bekämpfen könnte.

Ferner führen die vielfältigen normativen Wertungen und Tabuisierungen der Suizidalität zu definitorischen Differenzen. Offenbar kann der Suizid von unserer Gesellschaft noch nicht so vorurteilsfrei wie der natürliche Tod betrachtet und definiert werden. BÖCKER (1973) hebt hervor, dass diese Suizidakzeptanz nur in einer „*aufgeklärten Gesellschaft*“ möglich ist. Daher kann ein näheres und umfassendes Verständnis suizidalen Verhaltens nur unter Berücksichtigung der jeweiligen kulturell bedingten Normen geschaffen werden.

Heute erscheint die Suizidalität noch ein unüberschaubares und komplexes Phänomen und keine einheitliche Verhaltensweise. Eine Mehrzahl von Autoren ist sich darüber einig, dass die Suizidalität nur in ihrer Individualität (durch die Einzelfallanalyse) verstanden werden kann.

Diese auf das Individuum gerichtete Bestrebung, die Suizidalität in ihrer Einzigartigkeit und Komplexität zu ergründen widerspricht dem pragmatischen Bedarf, allgemeingültige bzw. praxisnahe Merkmale und Symptome zur Prävention und Bekämpfung der Suizidalität zu definieren. Auch dieser „methodische Konflikt“ bleibt in der Suizidforschung ungelöst. Vielmehr zeigen sich einige Suizidforscher am Ende ihrer Forschung so aufgeklärt wie am Anfang: *„Kein Mensch weiß, warum sich Menschen das Leben nehmen“*(SHNEIDMAN, 1985, zitiert nach OTZELBERGER, 1999, S. 234).



Diese Zahlen zeigen deutlich, dass die Suizidalität kein statistisch seltenes Phänomen ist, sondern eine von vielen „Normalitäten“ unserer Gesellschaft, vor denen wir zumeist die Augen verschließen. Suizide und Suizidversuche stellen nach wie vor ein ernstes gesellschaftliches Problem dar.

In den letzten Jahrzehnten ist die Suizidrate in Mitteleuropa relativ stetig angestiegen (WELZ, 1991). Faktoren wie männliches Geschlecht, höheres Alter, Verwitwung, der unverheiratet und geschiedene Zivilstand, Kinderlosigkeit, soziale Isolierung, hohe Bevölkerungsdichte, Alkoholkonsum, körperliche und psychische Krankheit usw. haben eindeutig eine positive Korrelation mit den Suizidziffern. So ist z. B. die Suizidrate des Mannes zwei bis dreimal höher als die der Frau. In der Bundesrepublik Deutschland sind die Männer ohne Berücksichtigung der Altersverteilung ungefähr doppelt so stark gefährdet wie die Frauen. Bei Frauen zeichnet sich dagegen eine größere Zahl von nicht tödlichen Suizidversuchen ab (vgl. SCHMIDTKE, 1988). Für die einzelnen Altersgruppen ist festzustellen, dass die Suizidhäufigkeit bei Kindern sehr niedrig ist, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen waren und sind sie nach Unfällen jedoch die häufigste Todesursache (WEINACKER & FRICKE, 1996). Ferner kann festgehalten werden, dass die Suizidalität im Alter wesentlich häufiger ist, als in den jungen Altersgruppen. Die Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter in allen Ländern an (vgl. TEISING, 1992).

### 1.2.2 *Angaben zur Fragestellung*

Im Hintergrund der vorliegenden Arbeit stehen die folgenden statistischen Tendenzen:

- 1) Die Suizidrate in den meisten nordeuropäischen Nationen ist wesentlich höher als die in Südeuropäischen oder in am Mittelmeer liegenden Ländern: Im internationalen Vergleich liegt die Bundesrepublik Deutschland im „Mittelfeld“. In Griechenland verzeichnet sich die niedrigste Suizidrate in Europa (3,5), in Ungarn (als Extremwert) ist es mit 38,6 Suiziden die höchste Suizidrate. Die Suizidrate in Ländern wie Italien, Spanien und Portugal ist sehr niedrig (zwischen 2,7 und 8,3), wogegen diese Zahl in Ländern wie Dänemark, Schweden und Finnland sehr hoch (zwischen 21 und 22) liegt. Tabelle 1 veranschaulicht, dass die Unterschiede in der Suizidrate zwischen den meisten nordeuropäischen Kulturen und den südeuropäischen oder am Mittelmeer liegenden Ländern gravierend sind. Diese Tendenz bezieht sich auch auf den deutsch-israelischen Vergleich und deutet darauf hin, dass allgemeine ethnologische (Temperament) oder physikalische (Klima) Bedingungen für die gravierenden Unterschiede in der Suizidrate mit verantwortlich sein können. *Die Unterschiede in der Suizidrate zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Israel sind durchaus gravierend.* Während die Suizidrate in Deutschland 14,9 (vgl. Tab. 1) beträgt, verzeichnet Israel eine Suizidrate von lediglich 6,7 (Statistisches Bundesamt, 1998). Damit übereinstimmend lassen sich ähnliche Relationen zwischen anderen nord- und südeuropäischen Ländern, wie Dänemark (14,7) und Italien (6,1) erkennen. Seit Beginn der Terrorwelle von Selbstmordattentaten (September, 2000) wurden in Israel weitere Schwankungen der Suizidrate nach unten registriert. Suizidforscher in Israel rechnen bei

jeder Verschlechterung und Verunsicherung der politischen Lage mit einem weiteren Absinken der Suizidrate (ORBACH, 2002). Darüber hinaus zeigt sich auch ein gravierend höherer Konsum von Alkohol und Drogen in Deutschland im Vergleich zu Israel. Diese Konsumunterschiede zeigen sich insbesondere bei Angehörigen von autoritären Institutionen (wie Armee und Polizei). <sup>2)</sup>

- 2) **Die Suizidrate bei jüdisch geprägten Gemeinschaften - nicht nur im Staat Israel - ist am niedrigsten:** In jüdisch geprägten Gemeinschaften ist die Suizidrate *am niedrigsten* (SCHOBEL, 1981). Vor allem gelten die Einstellungen zum Suizid in der jüdischen Religion im Vergleich zu anderen Traditionen als die *positivsten* (DOMINO, 1981; STACK, 1983). Katholische Länder wie Italien, Spanien, Portugal oder Irland weisen eine sehr niedrige Suizidrate auf (zwischen 2,7 und 8,3). Dagegen zeigt sich die Suizidrate in protestantischen Ländern wie Dänemark, Schweden und Finnland relativ hoch (zwischen 21 und 22). Ausgenommen werden andere katholische Länder wie Österreich und Ungarn, deren Suizidrate als noch höher gilt, als in den skandinavischen Ländern, nämlich 23,3 bzw. 23,5 (SCHOBEL 1981). Auch protestantische Länder wie Norwegen und Island, weisen eine relativ niedrige Suizidrate (7,3 bzw. 5,4) auf. Aufgrund dieser Beispiele kann eine direkte Wirkung der Konfessionszugehörigkeit auf die Suizidhäufigkeit angezweifelt werden. Vielmehr scheint die Religionszugehörigkeit in ihrer kulturelltraditionellen Bedeutung, auf die internationalen Unterschiede in der Suizidhäufigkeit Einfluss zu nehmen.
- 3) **Universelles Phänomen in der Suizidforschung:** Unter belastenden und lebensbedrohlichen Umständen wie Krieg, Lager-Haft sowie KZ-Haft werden Suizidhandlungen nur selten begangen. Während der beiden

Weltkriege – und nicht nur in den kriegsführenden Ländern – wurden deutliche Schwankungen der Suizidrate nach unten registriert. Ähnlich Tendenzen zur geminderten Suizidhäufigkeit sind bei Verfolgungs- und Folteropfern in verschiedenen Zeitepochen der Geschichte bekannt. Offensichtlich verringert sich das Suizidrisiko eines Menschen, dessen Leben von anderen bedroht wird (vgl. BAYER, 1948, BOCHNIK, 1962, RINGEL, 1953).

**Tab. 1:** *Internationaler Vergleich der jährlichen Suizidrate je 100.000 Einwohner (Statistisches Bundesamt, 1998).*

<b>Land</b>	<b>Jahr</b>	<b>Suizidrate</b>
Russian Federation	1996	38.19
Hungary	1995	26.29
Finland	1995	26.08
Switzerland	1994	17.34
France	1994	17.25
Austria	1996	17.00
Croatia	1995	15.39
Belgium	1992	15.09
<b>Germany</b>	<b>1997</b>	<b>14.09</b>
Poland	1996	14.22
Denmark	1995	13.85
Sweden	1995	13.23
Luxemburg	1995	12.69
Czech Republik	1996	12.30
Bulgaria	1994	12.13
Romania	1996	12.01
Norway	1994	11.79
Ireland	1993	9.88
Iceland	1994	8.77
Netherlands	1995	8.59
United Kingdom	1995	6.96
Spain	1994	6.10
<b>Israel</b>	<b>1997</b>	<b>6.07</b>
Italy	1993	6.01
Portugal	1995	5.87
Greece	1995	2.87

### 1.3 *Allgemeine Erklärungsmodelle*

#### 1.3.1 *Die psychoanalytischen Erklärungsansätze*

FREUD, Gründer der Psychoanalyse, führte bereits im Jahre 1910 die erste psychoanalytische Tagung über die Suizidalität („*Symposium über Selbstmord*“) durch. FREUD stellte in seinen ersten Einsichten die grundlegende Frage, ob eine enttäuschte Libido zu einer Überwindung des Lebenstriebes führen könnte, oder ob das Ich aus eigenen Motiven auf seine Behauptung verzichten könnte (vgl. FREUD, 1910).

In seiner Abhandlung „*Trauer und Melancholie*“ (1916) modifiziert FREUD seine Gedanken und erklärt, dass die Selbstschädigung eine Rückwendung der Aggression gegen die eigene Person bedeute. Dies werde nach FREUD immer dann vollzogen, wenn die Person nicht in der Lage sei, ihre Triebregungen gegen „das Objekt“ zu richten.<sup>3)</sup> Die Person fürchte den Verlust des Liebesobjekts und verinnerliche dieses oder Teile von ihm. Der Mordimpuls richte sich also auf ein Objekt, das den „*potentiellen Selbstmörder*“ verlassen hatte. Der Selbstmörder, so FREUD, wolle einen anderen Menschen unbewusst tatsächlich umbringen. „*Kein Neurotiker verspürt Selbstmordabsichten, der solche nicht von einem Mordimpuls gegen andere auf sich zurückwendet*“ (FREUD, 1916, S. 428).

Bereits im Jahre 1912 hatte Abraham den *Ambivalenzkonflikt* zwischen Liebe und Hass als zentrales Moment der manisch-depressiven Erkrankungen sowie der Zwangsneurosen betont. Im Jahr 1917 ergänzte FREUD die Arbeit ABRAHAMs (1912) und stellte erneut die These auf, dass der durch einen Objektverlust induzierte Ich-Verlust und freigelegte Ambivalenzkonflikt eine regressive Abwehr im Sinne der Objektintrojektion bewirkt. Ferner geht Abraham von einer psychischen Disposition des Melancholikers aus und bezeichnet diese als „*primäre narzisstische Wunde*“ (1924). Sie werde

nach Abraham durch eine enttäuschende und versagende Mutter verursacht und erzeuge eine so genannte „*Urverstimmung*“ (1924), die wiederum die ausgeprägte Ambivalenz von Liebe und Hass gegenüber den Objekten als auch die Neigung zu einer narzisstischen Objektwahl begünstige. Auf einen Objektverlust reagiere der Melancholiker mit Wut bzw. mit einer „*Welle des Hasses*“ (ABRAHAM, 1924). Diese Hasswelle müsse abgewehrt werden, weil das Objekt gerade aufgrund des Ambivalenzkonfliktes als unverzichtbar erlebt werde. Mit der Abwehr des Hasses komme es zu einer narzisstischen Identifikation mit dem Objekt, wodurch das Objekt präsent bleibe und nicht aufgegeben werden müsse. Der Ambivalenzkonflikt besteht sowohl aus der regressiven Identifizierung (Seite der Liebe) als auch aus einer sadistischen Objektzerstörung. Der Hass lenkt sich auf das zerstörte äußere Objekt und dann reinintrojiziert. Das introjizierte Objekt wird zu einem Feindlichen und löst einen Hass gegen das eigene Selbst aus (vgl. ABRAHAM, 1924). *„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 dem Objekt gilt und die die ursprüngliche Reaktion des Ich gegen Objekte der Außenwelt vertritt“* (FREUD, 1917, S. 438).

Das Freud-Abrahamsche Modell (FREUD, 1917; ABRAHAM, 1912, 1924) gilt als erste psychoanalytische klassische Erklärungstheorie der Suizidalität. Dieses trieb-dynamisch orientierte Konzept stellt die Aggression ins Zentrum der Theorie und erklärt die Suizidalität als letzte Konsequenz depressiver Reaktionen.

Später (1930) in seiner Abhandlung *„Jenseits des Lustprinzips“* modifiziert FREUD seine Gedanken und stellt in seiner zweiten dualistischen Triebtheorie dem Lebenstrieb - Eros, der aus Sexual- und Ich-Trieben besteht, den Todestrieb (*Thanatos*) gegenüber. FREUD interpretiert den Todestrieb als Ausdruck des Drangs und aktiven Willens des Menschen,

sich zu töten. Der biologisch geprägte Todesbegriff beinhaltet nicht nur aggressive Momente, sondern auch sexuelle Impulse, die für Aufhebung der Spannung und letztlich die Rückführung in einen anorganischen Zustand sorgen (vgl. LAPLANCHE & PONTALIS, 1967). FREUD erklärt (1923b), dass in der Melancholie eine vollständige Entmischung zwischen Lebens- und Todestrieben stattfindet. Damit erklärt FREUD auch den Selbstmord als regressive Entmischung libidinöser und aggressiv-destruktiver Energien. Der Mord versteht sich dagegen nach Freud als eine aktive Ausprägung des Todestriebes. <sup>4)</sup>

TABACHNICK (1971) erweitert diese Theorie und erklärt, dass die durch das Über-Ich agierenden Todestriebe die Fähigkeiten besitzen, das Ich zum Suizid zu führen, indem sie den Zusammenhalt zwischen Lebens- und Todestriebe sprengen. Die selbstdestruktiven Valenzen des Todestriebes befinden sich demnach im „Kampf“ gegen die Eros-Komponenten und besiegen diese mit dem Suizid. Auch GREISON (1964) führt die aggressiven Reaktionen nicht auf die Frustration oder auf die Kränkung zurück, sondern auf eine angeborene Triebkraft, die sich primär als Autoaggression gegen das Subjekt wendet. FEDERN (1929) postuliert, dass auch bei Angehörigen von Suizidanten ein „*unbewusster Tötungswille*“ vorhanden sei, mit dem der Suizidale identifiziert sei.

MENNINGER (1938) vertritt die These, dass es neben dem scheinbaren „*Selbsthass*“, der aus dem introjizierten Objekt stammt, auch einen allgemeinen Selbsthass beim Depressiven gibt. Verantwortlich für diesen Selbsthass sind, so MENNINGER, *primäre Autoaggressionen*. Er beleuchtet in seinem Werk „*Selbsterstörung*“ drei fundamentale psychodynamische Aspekte der Neigung zur Feindlichkeit gegen sich selbst: „*Den Wunsch zu töten, den Wunsch getötet zu werden sowie den Wunsch tot zu sein*“. Jeder Suizid enthält nach MENNINGER diese drei Aspekte, auch wenn diese dem

Suizidanten unbewusst sind. Der Autor definiert dabei den Begriff des *chronischen Suizids* als Verhalten, das die eigene Existenz indirekt der Selbstzerstörung ausliefert (z. B. Drogenabhängigkeit) sowie der Begriff des *fokalen Suizids*, der selbstbestrafende Impulse durch sich wiederholende Handlungen (z. B. Verletzung der Handgelenke durch oberflächliche Schnitte) bedeutet.

RINGEL (1953) lehnt das Konzept des Todestriebes ab und berichtet, dass die Autoaggression - im Unterschied zum Todestrieb - direkt nachweisbar ist. Er liefert Beispiele, in denen ein Patient vor dem Selbstmordversuch mit dem Messer auf den Partner losgegangen ist, oder Mordabsichten in präsuizidalen Phasen von Suizidanten geäußert wurden. Übereinstimmend damit erwähnt RINGEL auch die *erweiterten Suizidfälle*, in denen ein Elternteil sich selbst umbringt, nachdem vorher die eigenen Kinder getötet wurden. In diesem Zusammenhang führt RINGEL die in Kriegszeiten sinkende Suizidrate auf diese Theorie zurück und postulierte, dass die Auslösung von Aggressionen gegen andere unter solchen Umständen legitimiert wird. Er betont, dass neben einer starken Abhängigkeit von einer einzigen Person auch andere Faktoren für die Hemmung der Aggression gegen andere verantwortlich sind, und nennt in diesem Zusammenhang die *„übersteigerte Zivilisation“*, in der es immer schwieriger wird *„Aggressionen abzureagieren beziehungsweise wirkungsvoll entlastend zu kanalisieren“* (RINGEL, 1984, S. 61).

HACKER (1971) unterstützte diese These von RINGEL und stellt bei einer Population von 28 Mördern fest, sie hätten die Morde nur oder auch begangen, um selbst exekutiert zu werden. Ferner stellte er heraus, dass Mörder sehr häufig Suizidversuche in ihrer Vorgeschichte begangen haben.

Im Jahr 1953 erweiterte RINGEL sein Aggressionskonzept in seinem eher medizinisch orientierten Werk: *„Der Selbstmord – Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung“*. Er beschreibt die Suizidalität als Ergebnis psycho-pathologischer Genese mit Hilfe einzelner Symptome. Das von ihm genannte *„präsuizidale Syndrom“* hat nach RINGEL einen charakteristischen Verlauf, mit einem zentralen Symptom der *„Ich-Verunsicherung“*. RINGEL betont in dieser suizidalen Entwicklung den Zuwachs der Vulnerabilität und des Aggressionsdrucks sowie die Bildung eines strengen *Über-Ich*, welches Aggressionsabfuhr verbietet bzw. mit Selbstbestrafung vollendet. Das präsuizidale Syndrom RINGELs (1953) besteht aus der Trias:

- 1) **Einengung.** Der Betreffende fühlt sich in seiner Umgebung bedrängt und in der Entfaltung eigener Möglichkeiten entscheidend behindert. Die Wahrnehmung der Situation und die Bilanz des Lebens werden verzerrt. Die Zeit scheint stillzustehen und es gibt keine positiven zukünftigen Vorstellungen. Die Dynamik, der Antrieb und das Interesse an der Welt gehen verloren, aktives Handeln wird unmöglich, spontane Reaktionen hören auf. Die Person entwickelt sich in eine einzige Richtung, in die zum Selbstmord hin.
- 2) **Autoaggression.** Präsuizidale Personen stehen nach RINGEL unter starkem Aggressionsdruck und sehen keine Möglichkeit, die Aggression nach außen abzureagieren. *„So wie sich die Dynamik der Persönlichkeit im Rahmen dieser Einengung entwickelt, so erhält auch der Aggressionstrieb in der präsuizidalen Entwicklung ein einziges Ziel, nämlich das eigene Selbst (RINGEL, 1984, S. 60).*
- 3) **Suizidphantasien.** Die Suizidphantasien dienen, so RINGEL, zu einer psychischen Entlastung. Dabei wird nicht direkt an den Tod gedacht, sondern vielmehr an eine andere Form des Weiterlebens. In einer zweiten Stufe wird die Vorstellung konkretisiert, sich das Leben zu nehmen. Abschließend werden Einzelheiten geplant. <sup>5)</sup>

Gegen Ende der fünfziger Jahre setzten Autoren wie Adler und Sullivan den Akzent auf die zwischenmenschliche Bedeutung der Suizidalität. Dabei vertraten sie die Meinung, dass die Suizidalität ein unzulängliches Interesse an der Gesellschaft widerspiegeln: Die soziale Eingliederung der Person sei durch Hass und Feindschaft gekennzeichnet, und sie versuche gegen die anderen vorzugehen, indem sie sich selbst verletze.

In den letzten 30 Jahren wurde das Interesse der Psychoanalyse immer mehr von Aggressionen auf die narzisstische Gestaltung von Objektbeziehungen gelenkt. Anders als FREUD – der Autoaggressionen lediglich auf Internalisierungsprozesse nach Objektverlust bezog – betrachtet HENSELER (1974) in seiner Narzissmustheorie die *Autoaggression* als *direkte Folge jeder Verletzung oder Verunsicherung des Selbst*.<sup>6)</sup> Er vertritt die zentrale These, dass schwere Kränkungen eine maßlose narzisstische Wut hervorrufen. Dadurch sollen die Gefühle der Erniedrigung, Kränkung und Machtlosigkeit kompensiert werden. Nach HENSELER wird aber die Aggression so intensiv und bedrohlich erlebt, dass sie durch Wendung gegen die eigene Person unschädlich gemacht werden muss. HENSELER sieht die Aggression im Dienste der Abwehr und erklärt, dass Machtphantasien mit aggressivem Inhalt die Machtlosigkeits- oder Kränkungsgefühle in der suizidalen Krise kompensieren sollen.

KOHUT (1971, 1977) erklärt in seiner Narzissmustheorie den Verlust libidinöser Besetzungen des Selbst – und nicht die narzisstische Krise als Ursache der Suizidhandlung. Aggressionen sind nach KOHUT keine angeborenen Impulse, sondern eine situative Reaktion auf Verletzungen des Selbstwertgefühls in Form einer narzisstischen Wut. KOHUT unterscheidet zwischen „nach Verschmelzung hungernden Persönlichkeiten“, die ständig mit größter Intensität versuchen, ihre Objekte zu kontrollieren, und „kontakmeidenden Persönlichkeiten“, die er als „schizoiden Charaktertyp“

bezeichnet (vgl. KOHUT, 1973). Analog dazu unterscheidet MERTENS (1991) zwischen „reaktiven Narzissten“, die auf Kränkungen mit Wut reagieren, und „illusionären Narzissten“, die verletzte und kontaktmeidende Reaktionen zeigen.

Analog kann man in der narzisstischen Krise zwischen zwei Suizidtypen unterscheiden:

- 1) **Der passive Suizidant:** Dieser Typus zieht sich zurück, meidet gesellschaftliche Kontakte und richtet seine aggressiven Impulse nicht gegen das kränkende Objekt. In seinem regressiven Verhalten dominieren eher unbewusste Suizidmotive (Rückkehr in den „Primärzustand“ bzw. Wünsche nach Erlösung, Ruhe, Geborgenheit und Sicherheit, „Verschmelzung mit einem diffus erlebten früheren Objekt“, vgl. HENSELER, 1974).
- 2) **Der aktive Suizidant:** Dieser Typus führt um seine Selbstwertgefühle einen „narzisstischen Kampf“, wobei er auch eine massive narzisstische Wut gegen kränkende oder verlassende Objekte empfindet. Für ihn ist es unvermeidbar, sich mit seinen kränkenden Objekten auseinanderzusetzen und die Gefühle der Verachtung oder Rache herauszulassen. Allerdings mahnt HENSELER (1974), dass selbst dieser „Kampf“ nicht auf Dauer erhalten bleiben kann und durch die Suizidhandlung als „narzisstische Rettung“ endet. Im Gegensatz zu dem „regressiven Suizidanten“ werden dabei nicht die unbewussten Suizidmotive (wie die „Flucht in die Sicherheit“) angestrebt, sondern der *aktive Suizidant* interpretiert seine Selbsttötung als einen dramatischen Sieg seines Selbstwertgefühls oder eine Bestrafung des kränkenden Objekts.

Im Gegensatz zu der klassischen Aggressionstheorie von FREUD versteht die Narzissmustheorie den Aggressionskonflikt vordergründig als Ergebnis einer narzisstisch gestörten Persönlichkeit. „Der Hass auf das enttäuschende Objekt bleibt unbewusst und die tatsächlichen Selbstzerstörung

*wird als narzisstische Verwandlung uminterpretiert“* (HENSELER, 1991, S. 212). KERNBERG postuliert übereinstimmend, dass die Selbsttötung als einzige Möglichkeit gesehen wird, das gehasste Objekt zu zerstören und das „*narzisstische Ego*“ zu „retten“ (1991). TEISING (1992) versteht diese Wünsche als regressive Abwehr des narzisstischen Charakters. Der Tod selbst wird in diesen Suizidphantasien geleugnet und der aggressive Hass gegen das kränkende Objekt bleibt unbewusst. ZILBOORG (1991) vertritt die Auffassung, dass jede Suizidhandlung eine unbewusste Komponente der Feindseligkeit enthält, die mit einer deutlichen Unfähigkeit einhergeht, andere zu lieben. Damit verbindet der Autor, die innerpsychische Dynamik, die den Suizid leitet, mit äußeren Faktoren (Objekten und sozialen Strukturen).

KIND (1992) stellt ein gewürdigtes Modell zur Suizidalität auf, das verschiedene genetische frühkindliche Entwicklungsphasen mit spezifischen Funktionen der Suizidalität differenziert. Dabei geht KIND von einer objektbeziehungstheoretischen Perspektive aus und erklärt die Suizidalität als Aktualisierung pathologischer frühkindlicher Objekterfahrungen. Anders als FREUD versteht KIND die Suizidalität nicht als die Tötung eines introjizierten Objektes, sondern als dessen Änderungsversuch. In dieser Veränderung soll aus einem gleich-gültigen und abweisenden Objekt ein anteilnehmendes und zugewandtes Objekt geschaffen werden. Die Suche nach einem zugewandten Objekt resultiert nach KIND aus einer traumatischen frühkindlichen Erfahrung, nämlich dem Nichtvorhandensein eines hinreichend bestätigenden Objekts. Das Kind benötigt dieses Objekt für seine Identitätsentwicklung und sucht bei ihm das „*Gefühl der Existenzberechtigung*“ (KIND, 1992).

Aus dieser objektbeziehungspsychologischen Perspektive werden weitere Muster der Auseinandersetzung mit „inneren Objekten“ beschrieben, die

über die Selbst-Objekt-Beziehungen hinausgehen. HIRSCH (1998) sieht als Ursache des Suizidimpulses eine traumatische Störung der Selbst-Objekt-Differenzierung. Der Suizid versteht sich demnach als eine „Befreiungsaktion“ eines inneren und unerträglichen Konflikts zwischen gleichstarken Abgrenzungs- wie Fusionswünsche gegenüber dem primären Objekt (vgl. Hirsch, 1998). KÜCHENHOFF (2001) geht von der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie aus und sieht den Suizid als eine misslungene psychische Repräsentation von Destruktivität. Demnach werden Suizid- und Suizidversuchshandlungen als unbewusste Appelle an den anderen verstanden (vgl. KÜCHENHOFF, 2001).

In den letzten Jahren wurden weitere Ansätze aus der psychoanalytischen Behandlung veröffentlicht, die spezifische neue Aspekte und relevante Zusammenhänge des Suizids eingehend erweitern. So werden die funktionalen Zusammenhänge zwischen Sucht, Trauma und Suizidalität anhand von klinischen Fallbeispielen dokumentiert und beschrieben (WURMSER, 2001; VOIGTEL, 2001). GERISCH (1998, 2001, 2003) befasst sich mit der allgemeinen geschlechtsspezifischen Suizidalität und geht jüngst durch eine ausführliche Falldarstellung dem Zusammenhang zwischen Suizidalität und der konfliktreichen weiblichen Identitätsentwicklung nach. Andere Arbeiten widmen sich der Aggressionsthematik bzw. Formen der Gewalt in der Suizidalität (CAMPBELL, 2003) und dem hochrelevanten Phänomen des *erweiterten Suizids* (vgl. GANS, 2003) unter psycho-analytischen Gesichtspunkten.

**Zusammengefasst** kann nach Sichtung der psychoanalytischen Erklärungsansätze festgehalten werden, dass in der Entstehung der Suizidalität unbewusste Komponenten (Konflikte, Triebe, Aggressionen) beteiligt sein können. Die verschiedenen psychoanalytischen Suizid-

theorien, die nur schwer vereinbar sind, spiegeln zweifellos die Unterschiede in der allgemeinen Theorieentwicklung innerhalb der Psychoanalyse wider. Das wichtige Verdienst der psychoanalytischen Erklärungsmodelle besteht darin, den Suizid durch nachvollziehbare (dynamische, narzisstische oder objektale) Entstehungsprozesse oder -mechanismen beschreiben zu können. Damit wird das eher abstrakte und komplexe Phänomen der Suizidalität als Endprodukt einer psychischen Entwicklung verstanden. Denn die psychodynamischen Erklärungsansätze befassen sich mit den inneren und wohl komplexen Faktoren der Suizidalität. So betont Ringel (1983): „Außenfaktoren allein können niemals einen Selbstmord bewirken, weil keine Situation, und sei sie noch so trostlos, einen Suizid zu erzwingen und die entscheidende Stellungnahme der Persönlichkeit auszuschalten in der Lage ist“ (S. 53).

Die psychoanalytischen Ansätze gehen bei der Suizidalität offenkundig von einem Ende einer pathologischen Krise, und nicht von einem freiwilligen Verhalten aus. Strittig ist die Frage, ob die Suizidalität durch unbewusste Suizidmotive oder -prozesse in all ihren Auslösesituationen (z. B. „*aktuelle situativ bedingte Suizidalität*“) erklärt werden kann. Versteht man die Suizidalität im psychoanalytischen Sinne bzw. als Endprodukt einer pathologischen Entwicklung, dann muss auch realisiert werden, dass suizidales Verhalten keineswegs als einheitliches nosologisches (diagnostizierbares) Konstrukt gelten kann. Vielmehr deuten die unterschiedlichen Akzentsetzungen und Auffassungen, selbst innerhalb der Psychoanalyse, darauf hin, dass die Suizidalität nur im Hintergrund der individuellen Psychodynamik und Psychogenese verstanden und eventuell auch behandelt werden kann. Ferner muss hier der Vorbehalt gemacht werden, dass der psychologisch-philosophische Konflikt bzw. die strittige und allgemeine Frage über die Pathologie der Suizidalität (Krankheits- vs. Freiheitsbegriff) noch ungelöst bleibt.

### 1.3.2 *Soziologische Erklärungsansätze*

Nach dem soziologischen Fundament ist die menschliche Existenz von zwischenmenschlichen Beziehungen abhängig, und zwar von ihrer Zeugung an. Im Vordergrund der soziologischen Erklärungsansätze suizidalen Verhaltens stehen also die Beziehungen der Person zu ihrer Umgebung (Mitmenschen, Institutionen) sowie ihr Einfluss auf die Suizidwahrscheinlichkeit. „Bedenkt man den eigenen Tod, den stirbt man nur, doch mit dem Tod der anderen muss man weiter leben“ (MASCHA KALÉSKO, 1977, zitiert nach OTZELBERGER, 1999).

Als Gründer der modernen Soziologie stellte DURKHEIM (1897) seine erste Theorie suizidalen Verhaltens („*Le Suicide*“) auf. DURKHEIM versteht die Suizidalität als Ausdruck sozialer Bedingungen und als Ausmaß gesamtgesellschaftlicher Integration. Das Suizidverhalten wird demnach von jenen äußeren Faktoren beeinflusst und bestimmt, die an typisch intersubjektive Dynamiken menschlicher Beziehungen in der familiären, beruflichen und sozialen Umgebung gebunden sind.

DURKHEIM unterschied - hinsichtlich der Beziehung zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft - drei Arten von Selbstmord:

- 1) ***Der egoistische Selbstmord*** wird von Personen begangen, die gesellschaftlich nicht eingebunden sind. Sie leben isoliert, von der Gesellschaft sich selbst überlassen. Ihr Suizid ist Ausdruck einer fehlenden gesellschaftlichen Verankerung. Der Suizid nimmt hier die Bedeutung einer Befreiung vom Zwang zu Leben an.
- 2) ***Der altruistische Suizid*** wird von Personen begangen, die von der Gesellschaft zu sehr bestimmt bzw. integriert sind. Der Betreffende verliert demnach seine Individualität. Wie bei dem japanischen *Harakiri* tötet er sich - gesellschaftlichen Regeln folgend - um seine Ehre zu retten.

- 3) *Der anomische Suizid* wird von Personen begangen, die sich völlig selbst überlassen bleiben. DURKHEIM definiert „*Anomie*“ als Zustand der *Gesetzlosigkeit*, in dem gesellschaftliche Werte nichts mehr gelten. DURKHEIM bezieht diesen Zustand auf Zeiten rascher und umwälzender wirtschaftlicher und politischer Veränderungen, in denen die Gesetze und Normen ihren Einfluss auf das Individuum verlieren.

Das Anomiemodell DURKHEIMs wurde von weiteren Soziologen reformuliert und erweitert. HENRY & SHORT (1954) ergänzten z. B. die äußeren Variablen (soziale Beziehungen) als Ursache für Suizidverhalten durch die Variable der inneren Bindungen des Individuums (Über-Ich). Diesem Ansatz liegt die Hypothese zugrunde, wonach Menschen in sozialen Situationen Wahlen treffen, die ihre Persönlichkeit widerspiegeln. POWEL (1958) nimmt an, dass die Suizidrate mit dem Sozialstatus des Individuums in der Gesellschaft kovariiert. Anomie folgt nach POWEL bei einer Diskrepanz zwischen den durch den Status vorgegebenen Zielen und der Zielerreichung. MERTON (1968) spricht von einer anderen Diskrepanz, nämlich von der zwischen kulturell definierten und akzeptierten Zielen und den institutionellen Normen. Suizid entsteht, so MERTON, durch die Ablehnung von kulturellen Zielen und institutionalisierten Normen. Andere Erweiterungen und Interpretationen des Anomiemodells DURKHEIMs stammen aus GINSBERG (1966), GIBBS und MARTIN (1954), DOUGLAS (1967) <sup>7)</sup>

LINDNER-BRAUN (1990) geht in ihrem soziologischen Motivationsmodell davon aus, dass Selbstmord ein Spiegelbild der sozialen Verhältnisse – und nicht nur eine individuelle (pathologische) Krise – ist. Die Autorin kritisiert die allgemeine Gültigkeit des Anomiemodells DURKHEIMs und betont in ihrer These die individuellen Selbstkontrollmechanismen, die von der

Gesellschaft erzwungen werden. Suizidales Verhalten sei demnach eine Fehlentwicklung dieser Mechanismen. LINDNER-BRAUN postuliert, dass suizidgefährdete Personen ihre Misserfolge (intern) auf ihre eigene Unfähigkeiten und Schwächen zurückführen. Erfolge werden in der Regel eher auf Glück und Anstrengung (extern) attribuiert. Bei diesen kognitiven Attributionsmodellen handelt es sich um pessimistische Perspektiven, negative generalisierte Erwartungen mit Selbstentwertung, welche die Wahrnehmung situationsspezifischer Misserfolgswahrscheinlichkeiten und eine negative Affektbilanz begünstigen. Akute Suizidbereitschaft entsteht bei solchen Personen, wenn ihre Alternativen, die ein Weiterleben ermöglichen würden, negativer erscheinen. Die Autorin spricht von einem Gleichgewicht positiver und negativer Anreize zum Suizid (vermeintliche Wahrnehmung menschlicher Würde und Autonomie, finanzielle Vorteile für Überlebende, universelle Todesangst, Normen, Religion). Bei bestimmten Sozialgruppen (Arbeitslose, alte Menschen, Geschiedene) erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die positiven Anreize zur Suizidalität überwiegen und die Handlung hervorrufen.

BECK (1986) lehnt sich an das Anomiemodell DURKHEIMs und prägt den Begriff der „*Risikogesellschaft*“. Gesellschaftliche Strukturen (Traditionen, Familie), die das Individuum einbinden, werden nach Beck immer brüchiger. Der Autor erwähnt die immer größer werdende Zahl von allein lebenden Menschen, die das Risiko ihrer persönlichen Existenz in zunehmendem Maße selbst tragen müssen. Nach Becks Ausführungen nimmt der Grad der Anomie in unserer Gesellschaft immer mehr zu. Übereinstimmend mit DURKHEIM führt Beck die ansteigende Suizidrate überwiegend auf den zunehmenden Grad der Anomie zurück.

*Zusammengefasst* stehen im Zentrum der sozialen Erklärungsansätze die sozialen und familiären Bedingungen, unter denen die Suizidalität gehäuft oder gehemmt werden kann. Insbesondere in Hinblick auf die vorliegende Arbeit ist die soziokulturelle Befindlichkeit bzw. Verletzbarkeit des Menschen von großer Bedeutung. Die Auswirkung des politischen Raumes, Einbindung in soziale und familiäre Netzstrukturen, Gefühle der Abhängigkeit von sozialen und familiären Systemen sowie die Identifikation des Individuums mit übergeordneten institutionellen Strukturen gehören aus soziologischer Sicht zu einer sozial- und kulturspezifischen Suizidanfälligkeit.

Die hemmende Wirkung der soziologischen Faktoren, insbesondere die Einbindung in soziale und familiäre Netzstrukturen auf die Suizidwahrscheinlichkeit, wurde hinreichend empirisch nachgewiesen. Aus soziologischer Perspektive betrachtet, bedeutet suizidales Verhalten eine Entfernung von sozialen, familiären oder institutionellen Bezugsrahmen.

Geht man von kulturellen Unterschieden in der Einbindung in soziale Netzstrukturen aus, dann korrespondieren diese nach soziologischer Auffassung (vor allem nach DURKHEIM, 1897) auch mit einer kulturspezifischen Suizidhäufigkeit. Insbesondere ein sozial-kollektiver Lebensstil, der durch eine intensive sozial-familiäre Einbindung und ein geringes Ausmaß an Anomie, geht, z.B. in dem israelischen Kibbuz, mit einer geminderten Suizidhäufigkeit einher.

### 1.3.3 *Psychiatrisch-Medizinische Erklärungsansätze*

Im Gegensatz zu der philosophischen Sicht definiert die Psychiatrie suizidales Verhalten als eine einengende psychische Erkrankung mit einem Verlust des Realitätsbezuges und der rationalen Kontrollfähigkeit. Aus dieser Perspektive betrachtet, wird die von Philosophen vertretene gesunde und „freie Willensentscheidung“ des Menschen, Suizid zu begehen (i. S. von AMÉRY, 1976) eingeschränkt oder ganz ausgeschlossen.

Früher wurde suizidales Verhalten eindeutig als Symptom einer geistigen Krankheit betrachtet. Heute werden psychiatrische Auffälligkeit bzw. psychische Erkrankungen sehr häufig mit der Suizidalität in einen funktionalen Zusammenhang gebracht. Unter Medizinern herrscht eine Einigkeit darüber, dass das Nichtvorhandensein einer psychischen Erkrankung die Auftrittswahrscheinlichkeit des Suizids verringere. Heute kann in der Tat bestätigt werden, dass nur ein relativ geringer Anteil von Suizidanten und Suizidversuchern im psychiatrischen Sinne als „unauffällig“ bezeichnet werden (u. a. MERPHY, 1974).

Obwohl die These über ein höheres Suizidrisiko bei der Gesamtgruppe „psychischer Auffälligkeiten“ generell vertreten ist, findet sich in der Praxis eine große Zahl von Einzelfallpatienten mit endogenen Psychosen, die nicht als suizidal eingeschätzt werden. Dagegen häufen sich immer mehr die „plötzlichen vollendeten Suizidfälle“, ohne dass psychische Auffälligkeiten bekannt oder sichtbar gewesen sind (vgl. MÜLLER, 1978).

Die meisten Untersuchungen in der Praxis zeigen im Allgemeinen signifikante Unterschiede zwischen Suizidanten und Suizidversuchern. Unter den spezifischen psychischen Krankheiten bilden die endogenen Psychosen das höchste Suizidrisiko (schätzungsweise beinhalten sie ein bis

500-600fach höheres Risiko als bei der Normalpopulation). Höhere Anteile von endogenen Psychosen werden bei Suizidanten oder bei „*ernsthaften*“ Suizidversuchern häufiger fest-gestellt als bei den anderen Suizidversuchern. Im Allgemeinen lässt sich die Quote endogener Psychosen bei Suizidanten bis auf 40% schätzen (vgl. u. a. HENSELER, 1974). Dagegen dominieren bei den Suizidversuchern meist die nicht psychotischen Störungen (neurotische Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen usw.).

Unter den Psychosen sollen die affektiven Erkrankungen das höchste Suizidrisiko aufweisen. Eine Mehrzahl von Autoren postuliert, dass das höchste Risiko bei bipolaren affektiven Psychosen zu finden sei (u. a. WOODRUFF et al. 1971, PÖLDINGER, 1968). Depressiv kranken Menschen wird eine besondere hohe suizidale Gefährdung zugeschrieben. Aus zahlreichen Studien kann als gesichert abgeleitet werden, dass bis zu 15% der depressiv kranken Menschen im Verlauf ihres Lebens suizidal gefährdet sind. Der depressiv kranke Mensch gilt aus psychiatrischer Sicht als ein *Prototyp des Suizidgefährdeten*. Die Suizidhandlung wird im psychodynamischen Sinne als letzter Schritt depressiver Dynamik beschrieben, die Autoaggression nimmt einen wesentlichen Abschnitt des präsuizidalen Syndroms (RINGEL, 1953) ein. Auch *Verhaltenstherapeuten* sehen wichtige Zusammenhänge zwischen Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Depressivität und Suizidalität (BECK, 1967; SELIGMAN, 1979).

Als empirisch belegte Moderatorvariablen für das Ausmaß der Suizidgefährdung sind Alter und Geschlecht zu erwähnen. Bei jüngeren Personen stehen überwiegend Persönlichkeitsstörungen und Neurosen im Zusammenhang mit der Suizidgefahr. Mit zunehmendem Alter scheint das Auftreten von endogenen Psychosen die Suizidalität zu beeinflussen (vgl. BÖCKER, 1973; TEISING, 1992). Ferner moderiert das Geschlecht den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und suizidalen

Handlungen. So sollen suizidgefährdete Frauen eher affektive Psychosen aufweisen, während bei Männern überwiegend Diagnosen der Schizophrenie oder paranoide Reaktionen bekannt sind (SCHMIDTKE, 1988).

Nur wenige Autoren beschränken sich nicht nur auf die Erhebung von *Lebensereignissen* oder Erkrankungen (Querschnittsdaten) und betrachten die ganze Lebensgeschichte der Person. RINGEL (1953) beschreibt das präsuizidale Syndrom als „*krankhafte Entwicklung bis zum Suizid*“ und erklärt, dass es keine spezifischen Ursachen für das Syndrom gibt, vielmehr führen Bedingungen verschiedener Art zu einer schweren Neurotisierung in der Kindheit, mit dem zentralen Symptom der Ich-Verunsicherung. Die ersten Symptome gehen in die Richtung eines gehemmten und entmutigten Kindes mit schüchternem, unsicherem und ängstlichem Verhalten. Aus diesem Kindheitssyndrom entwickelt sich nach RINGEL eine „*Neurose zum Selbstmord hin*“ i. S. einer „*Lebensverunstaltung*“. Der Suizid sei „*der Abschluss einer krankhaften Entwicklung*“ oder ein Produkt einer „*abnormen psychischen Vorgeschichte*“, so RINGEL. <sup>8)</sup>

Im Gegensatz zu den (teilweise widersprüchlichen) Zusammenhängen zu psychiatrischen Erkrankungen gilt die Zusammenwirkung zwischen Alkohol- und Drogenkonsum und suizidalem Verhalten als nachgewiesen. Zunächst kann eine Drogeneinnahme psychoseähnliche Zustände bzw. drogeninduzierte Psychosen verursachen, bei denen depressive Tendenzen, Wahnerleben, Todesphantasien und Suizidgedanken auftreten können (BÖCKER, 1973). Durch den Drogenkonsum kann es zu einer plötzlichen Aufhebung der Abwehrmechanismen kommen und schnelle suizidale Impulse können freigesetzt werden. Eine Mehrzahl von Autoren postuliert, dass Drogenkonsum den Entschluss zu der Ausführung

suizidaler Handlungen erleichtern und beschleunigen könnte (u. a. BÖCKER, 1973) <sup>9)</sup>.

Ferner sollen Suchtverhalten und suizidales Verhalten mit einer großen Wahrscheinlichkeit kovariieren (vgl. SCHMIDTKE, 1988).

**Zusammengefasst** muss der Vorbehalt gemacht werden, dass sich die funktionalen Zusammenhänge zwischen Suizidhäufigkeit und psychischen Erkrankungen als widersprüchlich und nicht erklärend erweisen. Überwiegend aus methodischen Gründen werden diese Ergebnisse, die meist auf Korrelationsanalysen beruhen, mit einer großen Skepsis betrachtet. Denn individuelle anamnesetische Daten suizidaler Patienten wurden dabei mit verschiedenen Diagnosegruppen verglichen (vgl. u. a. HENSELER, 1974). Insbesondere im Hinblick auf die vorliegende Arbeit muss bei psychiatrischen Ansätzen die *kulturelle Problematik* berücksichtigt werden. Eine Mehrzahl der Autoren vertritt die Ansicht, dass der *Krankheitsbegriff* immer *gesellschaftsspezifisch* betrachtet werden muss.

*„So macht der medizinische Krankheitsbegriff den Suizidanten einerseits zum Objekt determinierender Faktoren, andererseits befreit er ihn vom Schuldvorwurf“* (M. ADLER, 1993, S. 205).

Die in jeder Gesellschaft institutionalisierten *Normen* bestimmen die Art der Symptome, die produziert werden können (DEVEREUX, 1974). Denn neben den psychodynamischen Vorgängen des Menschen spielen bei der Bestimmung des Krankheitsbegriffs allgemeine Kategorien der Kultur wie Verwandtschafts-, Wirtschafts-, Rechts- und Religionssysteme eine Rolle.

WULFF (1972) postuliert, dass selbst einfache und universelle Krankheitsbilder wie die Schizophrenie durch wechselnde kulturelle Merkmale definiert werden. Vor allem das komplexe Phänomen der Suizidalität, welches auch innerhalb der gleichen Gesellschaft differenziert verstanden und definiert wird, kann nur im kulturellen Kontext

eingeschätzt und bewertet werden.

*„Tatsächlich sind in gewissen Gesellschaften Kooperationsgeist, Großzügigkeit und Aufrichtigkeit manchmal – aber nicht immer – ebenso symptomatisch für die Neurose, wie es bei uns eine offen antisoziale Aktivität, Egoismus und Unaufrichtigkeit sind“ (DEVEREUX, 1974, S. 179).*

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.