

Kapitel 1: Phänomenologie des Suizides

Im Fortgang ihrer Geschichte haben sich Menschen/Individuen mit dem Thema Selbstmord aus verschiedensten wissenschaftlichen Blickwinkeln beschäftigt. Angefangen mit Religionswissenschaften, der Geschichte und Philosophie, der Soziologie, der Psychologie sowie der Medizin fand eine thematische Auseinandersetzung statt. Aus wissenschaftlicher Sicht geht es nicht um die Bewertung sondern um den Versuch der Erklärung dieses Phänomens. Da letztendlich Selbstmordgeschehen als vorkommende Tatsache bestehen bleibt, was unser Verständnis vom Menschsein und allgemeiner Lebensbejahung tangiert, erfolgt letztendlich doch daraus eine wertende Stellung.

„Der Suizid im realen Leben begegnet uns meist anders, stellt unsere eigene Existenz anders in Frage als literarisch überhöhte Liebestode und Heldentode auf der Theaterbühne: Und dennoch, auch in Werther, Wozzeck, Antonius und Cleopatra, Ophelia, Othello ... werden Grundbefindlichkeiten des Menschen in extremer Zuspitzung illustriert, die uns selten gleichgültig sein lassen“ (MÜLLER-OERLINGHAUSEN, 1995, S.163).

Zur Erklärung des Suizides werden die unterschiedlichsten Theorien herangezogen (s. S.34Kapitel 3:ff.). Eine einheitliche Begriffsdefinition fehlt. Anstelle des deutschsprachigen Begriffs „Selbsttötung“ wird hier im Einklang mit der internationalen Terminologie die moralisch-wertfreiere Bezeichnung „Suizid“ angewendet (EHRHARDT, 1983).

In einem ersten Schritt werden Begriffe erläutert, die durchgängig in der Arbeit wiederkehren.

Suizid, Selbsttötung, Selbstmord

Der Begriff Suizid leitet sich aus „sui“, dem Genitiv des lateinischen Reflexivpronomens „suus“ (sich) und dem lateinischen Verb „caedere“ (töten, fällen) ab. Unter Suizid wird die selbst zugefügte, beabsichtigte Beendigung des Lebens verstanden. Von ärztlich psychiatrischer Seite (HERPETZ et al., 1996) wird Suizid als krankhaft determinierte Handlung angesehen. In der amtlichen Statistik bezieht sich das Vorliegen einer Suizidhandlung auf die subjektive Einordnung als „Suizid“ durch ärztliche Bescheinigung und/oder durch entsprechende Hinweise im Abschiedsbrief¹ des Verstorbenen (MABUSE, Heft 92/1994). Der Suizid kann als Ausschöpfung spezifisch menschlicher Freiheit gedeutet werden, jedoch sind Suizide nach eingehender distanzierter Abwägung, insbesondere mit geplantem Ausschluss jeglicher Rettungsmöglichkeit bei Jugendlichen relativ selten (vgl. S.51, Untersuchung von KERKHOF, A. J. F. M. et al., 1988). Gelegentlich wird der Suizid zielgerichtet als politischer Protest (z. B. Selbstverbrennung²) eingesetzt. Verschiedentlich ist der Suizid im Rahmen gesellschaftlicher Bräuche nach bestimmten Verfehlungen vorgeschrieben (z. B. Harakiri³).

¹ Im Vergleich zu der deutsch sprachigen Bezeichnung „Abschiedsbrief“ werden im Englischen die von Suizidenten hinterlassenen Briefe als „Suicide notes“ (als „Suizidnotizen“) bezeichnet (ebd., S.47).

² Selbstverbrennung des Pfarrers Brüsewitz 1976 in der DDR

³ Anmerkung: Entstehung des ritualisierten Bauchaufschlitzens („hara“ bedeutet übersetzt Bauch) im 12. Jahrhundert im alten Japan. Der Bauch galt als Zentrum der Weisheit. Durch die gewaltsame Eröffnung des Bauchraumes sollte der betreffende Mensch feststellen, ob er

Eine Mehrzahl der Suizide und Suizidversuche haben jedoch eher kurzschlussartigen, affektiven Charakter und lassen in der Regel Rettungsmöglichkeiten offen¹. Meist finden solche Handlungen in einer momentanen Ausweglosigkeit statt. Bezogen auf einen Suizidversuch bei einem Kind bzw. Jugendlichen geht PAUKE (1980) eher von einem Kurzschlussakt als von einem länger geplanten Geschehen aus. ANGERMANN und DOLL (1986b) schätzen trotzdem, dass bei 80 Prozent aller Selbstmorde irgendwann einmal eine Ankündigung erfolgte. Da tatsächlich in den allermeisten Fällen Suizidversuche in der Nähe von anderen Menschen verübt werden, beispielsweise häufig in der elterlichen Wohnung, in der Wohnung der Freundin oder des Freundes stattfinden (MÖLLER-HÖMMEN; WITTE, 1990), verbindet sich nach Ansicht FRENZELS (1981) die Intention, auf die eigenen Schwierigkeiten aufmerksam zu machen. Demzufolge führen Suizidhandlungen in der Regel zu schlechtem Gewissen bei der Umwelt bzw. zur Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehung, indem sich danach die wichtigen Beziehungspersonen verstärkt dem Suizidversuchenden mit Aufmerksamkeit widmen (CARLS, 1986).

Naheliegender ist deshalb die Vermutung, dass durch den Suizidversuch menschliche Zuwendung und Solidarität eingefordert werden sollen.

Suizidversuche, falls sie überlebt werden, bleiben in ca. 75% der Fälle ein einmaliges Ereignis (HENSELER, 1982). Eher aus dem Blickwinkel einer negativen Prädiktion sieht FREY (1984) in einem früheren Suizidversuch ein schwerwiegendes Risikozeichen bei der Einschätzung von Suizidgefährdung, das von keinem anderen Risikofaktor statistisch übertroffen wird.

Freitod

Der Begriff „Freitod“ ist eine eher philosophische Bezeichnung für die Selbsttötung aus vollkommen freiem Entschluss (AMERY, 1976), dessen Bedeutungsinhalt unvollständig wirkt, da die Ambivalenz zwischen dem eigentlichen „Leben wollen“ und der Unfähigkeit, mit den Lebensumständen klarzukommen, nicht ausgedrückt wird.² Letztendlich ist der Suizid bzw. der Suizidversuch ein Hilferuf und ein deutlicher Hinweis auf eine seelische Notsituation.

„Hinzu kommt, dass nur wenige Menschen ein klare Vorstellung davon haben, was es heißt, zu sterben und dann tot zu sein. Es gibt kein klares Bewusstsein der Unwiderruflichkeit, und es wird oft fantasiert, dass ´dort drüben` so etwas wie anderes, besseres Leben weitergehe“ (ANGERMANN, CH. und DOLL, H., 1986a, S.160).

Suizid bedeutet mehr als nur einfaches Weglaufen (ORBACH, 1996).

ein wahrer oder nur ein Schein eines Menschen sei (s. MÜLLER-OERLINGHAUSEN, 1995, S.164).

¹ Nach WELZ (1991) kann das Arrangement von Suizidhandlungen häufig so konzipiert sein, dass eine Rettung möglich und wahrscheinlich ist.

² SONNECK (1995b, S.11): *„Viele empirische Befunde sprechen dafür, dass die freie Willensbildung bei suizidalen Handlungen eine Fiktion ist, dass die wenigsten Menschen sterben wollen, dass nur wenige nicht mehr leben wollen, viele jedoch, die meinen, sich umbringen zu müssen, oder es tatsächlich tun, einfach nicht mehr leben können, letztlich gezwungen sind, diese Tat zu setzen, nicht so selten gegen ihren Willen.“*

Suizidalität

Nach LINDNER (2003) stellt Suizidalität ein „komplexes Phänomen dar, das sich in einem Individuum manifestiert und das gesellschaftlich – kulturelle, biologische, Beziehungs- und Erlebensaspekte umfasst, die in einem komplexen Bedingungsgefüge zueinanderstehen“ (S.81).

Handlungen von Selbstbeschädigungen, die mit Selbsttötungsabsicht verbunden sind, bezeichnet FICKER (1977a) als 'suizidale Handlungen'. SCHIER (1986a) verwendet den Begriff 'suizidales Verhalten' und schließt damit zusätzlich Suizidtendenzen ein (FICKER et al., 1991, S.105).

WOLFERSDORF (2000) definiert Suizidalität als Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen und Gruppen, die entweder gedanklich oder durch aktives Handeln bzw. oder durch passives Handeln den eigenen Tod anstreben, bzw. ein mögliches Resultat einer Handlung in Kauf nehmen¹. Daraus ist zu folgern, dass Suizidalität mit Suizidgefährdung gleichzusetzen ist. Suizidales Denken bzw. Handeln gilt dabei als ureigene menschliche Möglichkeit und ist per se nicht als psychische Krankheit² zu verstehen (KELLER, P. et al., 2003).

Von einem immer wieder im Umgang mit Suizidalen auftauchendem Wandlungstrieb spricht WITTMANN (1988). Sie konfrontieren in diesem Moment andere Menschen mit der Tatsache, das ihr bisheriges Leben nicht mehr lebenswert sei.

LEWINSKY-AURBACH (1980) wendet die Bezeichnung „suizidal“ auf Personen an, „die sich einer Gefahr ausgesetzt haben, aussetzen oder aussetzen wollen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Tötungsabsicht verwirklicht. Unwesentlich ist es, ob diese Absicht explizit durchdacht oder geäußert wird oder ob diese Absicht der Auslöser für einen plötzlichen Handlungsimpuls ist.“ Autoaggression, Selbstschädigung und Drogenkonsum werden in dieser Definition ausgeklammert.

Eine Situation innerer Not bildet nach KREBS, W. (1984) die Voraussetzung von Suizidalität, die HJORTSJÖ (1984) als ein multifaktorielles Phänomen ansieht.

Doppelsuizid

Doppelsuizid/erweiterter Suizid definiert sich nach ELSÄSSER und HAENEL (2000) als ein aktiv herbeigeführter Tod zweier Individuen in beidseitigem Einverständnis zur selben Zeit und am selben Ort.

Eine besondere Form des sogenannten erweiterten Suizides ist die (Mit-)tötung von Kindern aus Angst von ungeklärter Versorgungssituation bzw. Vermeidung des Alleingelassenseins, die von HORN (1996) als „Filizid“ bezeichnet wird.

¹ Siehe dazu WOLFERSDORF; FRANKE (2005, S.134)

² SCHNELL (1996, S.23): „Suizidalität ist in aller Regel nicht Ausdruck einer krankhaften Entwicklung, die psychiatrisch behandelt werden muss, sondern ein signal eines inneren und äußeren Konfliktes des Kindes, des Jugendlichen und der ganzen Familie“.

Präsuizidales Syndrom

Nach RINGEL (1953) wird als präsuizidales Syndrom „*die Einengung, verstärkte und gleichzeitig gehemmte Aggression sowie die Flucht in die Irrealität in der dem Suizid (versuch) vorausgehenden Phase*“ bezeichnet¹. RINGEL erkennt hier „*einen wichtigen Hinweis auf die Suizid tendenz eines Menschen*“ (vgl. S.40).

Autoaggression

Selbstzerstörerisches Verhalten kann sich auf vielerlei Weise, ob in aktiver oder passiver Form, äußern. Auto- und Heteroaggression sind eng mit dem Suizid verknüpft (BENEDETTI, 1983).

Daraus ergibt sich eine Erweiterung des Suizidalitätsbegriffs, der eine größere Spannweite von Verhaltensweisen umfasst. Der entsprechende Fachterminus lautet: „*indirect self-destructive behaviour; ISDB*“ (NELSON, 1986). Weitere Bezeichnungen für vergleichbare Verhaltensrichtungen sind „*focal Suicide*“, „*chronic Suicide*“ und „*subintentional Death*“.

Parasuizid

Unter Parasuizid² versteht man ein selbst initiiertes, gewolltes Verhalten eines Menschen, der sich selbst verletzt bzw. einen Suizidversuch unternimmt, ohne infolge dessen wirklich das Leben zu verlieren.

MÖLLER, H.-J. (1994) definiert Parasuizid als eine Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der sich eine Person absichtlich Verletzungen oder Beschädigungen zufügt. WEDLER (1988) schätzt, dass rund 10% aller Parasuizide später an Suizid sterben.

Strafrechtliche Relevanz

Seit der Lösung des Strafrechts aus religiösen Bindungen sind der Suizid und der Suizidversuch nicht mehr strafbar. Entsprechend ist auch die Anstiftung bzw. die Beihilfe zum Suizid straffatbestandlos, es sei denn, der Suizid bzw. Suizidversuch beruht nicht auf einem freien, eigenverantwortlichen Entschluss. Der freie Entschluss kann z. B. durch psychische Störungen beeinträchtigt sein. Demzufolge ist das Strafrecht kein probates Suizidpräventionsmittel. In England entfiel die Strafbarkeit eines Selbsttötungsversuches erst 1961, während in Preußen dieser Straftatbestand bereits 1796 und in Bayern 1813 aufgehoben wurde.

Bei Suizidhandlungen in Gegenwart anderer Personen ist verschiedentlich die Abgrenzung zum Tatbestand „Tötung auf Verlangen“ schwierig.

Juristische Fragen betreffen bei Suiziden Jugendlicher eher das Haftungsrecht Dritter. Bei Suiziden Minderjähriger besteht möglicherweise bei vernachlässigter Aufsichtspflicht eine Strafrechtsrelevanz.

¹ Vgl. dazu auch DRÖMANN (1983, S.88)

² Erstmals 1969 erfolgte die Einführung des Begriffes „Parasuizid“ durch KREITMAN, N. et al. (1969). Die Autoren begründeten seine Einführung damit, dass bei einer Vielzahl von Menschen, die einen Suizidversuch begingen, tatsächlich nicht wirklich die Absicht bestand, sich das Leben zu nehmen. STENGEL (1969, S.74) schreibt: „*Die meisten Menschen, die Selbstmordhandlungen begehen, wollen nicht entweder sterben oder leben. Sie wollen beides gleichzeitig, gewöhnlich das eine mehr als das andere.*“

Gesellschaftliche Einordnung z. B. im Vergleich zum Drogenkonsum

In der Gesellschaft wird der Suizid, anders als z. B. Drogenkonsum, eher gleichgültig betrachtet, allenfalls wird Mitgefühl mit Hinterbliebenen ausgesprochen. Darin sieht MALCHAU (1984) den wesentlichen Unterschied, dass die Einnahme von Drogen unerwünscht ist und je nach Art der Droge beispielsweise durch das sogenannte Betäubungsmittelgesetz sanktioniert wird, während dem gegenüber Suizid bzw. dessen Versuch im strafrechtlichen Sinn keine relevante Handlung bedeutet.

Dunkelziffer und Verheimlichung

Die statistische Erfassung von Suiziden im Allgemeinen und insbesondere bei Jugendlichen ist gekennzeichnet von einem Dunkelzifferproblem. Das heißt, Suizide bleiben zum einen unerkannt (z. B. bei Verkehrsunfällen), zum anderen wird relativ häufig die Selbsttötung durch Angehörige verdeckt und als Unfall maskiert. *„Tod durch Suizid ist in der Regel ein stiller Tod“* (VAN WISSEN, 1994, S.228). Lediglich wenige spektakuläre vollendete Suizide werden zum Gegenstand der öffentlichen Berichterstattung und liefern in der Presse Schlagzeilen wie z. B. *„17-jähriger Schüler sprang aus unerfüllter Liebe vom Hochhaus“*.

Klassifizierbarkeit von Suiziden

HENDERSON et al. (1977) konnten mittels standardisierter Interviews bei 350 suizidalen Probanden das Vorhandensein von drei voneinander unterscheidbaren Probandengruppen (Typen) zeigen:

- Patienten, mit durchschnittlichen Variablenausprägungen. Hierbei ist es nicht gelungen, spezifische Merkmale für ein suizidales Geschehen zu eruieren (*„Rätsselfälle“*).
- Patienten, die weder nach außen aggressiv noch *„operant suizidal“*, bzw. ambivalent gegenüber ihren Handlungen sind, d. h. vereinsamte und entfremdete Patienten.
- Patienten mit starken Beziehungsstörungen zum engeren Umfeld.

DÜHRSEN (1967/1980) widerspricht der Klassifizierbarkeit und forderte, *„die Hoffnung auf eine einheitliche Klassifikation des (nur scheinbar) einheitlichen Phänomens ‘Suizid’ aufzugeben“*.

Harte und weiche Suizidmethoden

Allgemein unterscheidet man zwischen den sogenannten „harten“ und den „weichen“ Suizidmethoden. *„Unterschiede im suizidalen Verhalten drücken sich oft in der andersartigen Verteilung der Suizidmittel und Alters- und Geschlechtsverteilung aus“* (HOCHKIRCH, 1984).

Nach EGGERS und ESCH (1988), VAN WISSEN (1994), REMSCHMIDT und SCHWAB (1978) sowie NISSEN und TROTT (1989) werden die „weichen“ Methoden von Mädchen, die „harten“ von Jungen präferiert. Nach WEIGELT (1984) standen bei den Jungen Erhängen, Erdrosseln und Erstickern an 1. Stelle, während Mädchen eher zu Tabletten tendieren. *„Harte Methoden finden sich öfter bei vollendeten Suiziden und werden mehr von Männern als von Frauen angewandt“* (GENZ, 1991). GENZ berichtet ferner von einer äquivalenten Verwendung der Begriffe aktive und passive Methode bei vielen Autoren. Gegen Ende der 90er berichtet RACHOR (1998) von

einer Zunahme sogenannter weicher „weiblicher Suizidmethoden“ bei männlichen Jugendlichen.

Die „weichen“ Methoden umfassen die Medikamentenintoxikation, zumeist mittels Psychopharmaka und Schmerzmitteln sowie bei einigen Autoren Schnitte an den Handgelenken. Nach NISSEN und TROTT (1989) entspräche beispielsweise die weiche Methode „Ingestion von Medikamenten in Überdosen“ eher einer passiven weiblichen Rolle. Bei den medikamentösen Suizidversuchen sind in ca. 70% der Versuche die Präparate im Wohnumfeld vorrätig, in 50% der Fälle sind es Barbiturate und Hypnotika, in ca. einem Drittel der Fälle sind es Beruhigungspräparate (z.B. Lexotanil), welche oft in Kombination mit Alkohol- oder Suchtmittelleinnahme stehen (BUSCH, 1990).

REMSCHMIDT und SCHWAB (1978) ermittelten folgende Verteilung: *„Mit ungefähr 40% der Fälle liegt hierbei die Einnahme von Schmerzmitteln an erster Stelle, gefolgt von Tranquilizern mit ca. 25%, Barbituraten mit 15%, Neuroleptika mit ca. 6% und der Einnahme von giftigen Lösungsmitteln mit 4%“.*

Die häufigste weiche Suizidmethode bei Kindern und Jugendlichen ist die Intoxikation mit einem Anteil von ca. 80% bis 90% (SCHENCK und MANSMANN, 1983; WEDLER, H.-L., 1986), dabei werden Tabletten in 68% der Fälle benutzt. In der Altersgruppe der weiblichen Jugendlichen sind 90% der versuchten Suizide Tablettenintoxikationen (BUSCH, 1990). KLOSINSKY (1983, S.97) vermutet, *„dass die Tabletteneinnahme in suizidaler Ansicht primär nicht Schmerzen bereitet und deshalb bevorzugt wird“.*

Ob eine Suizidhandlung aufgrund verbesserter Infrastruktur der Rettungsdienste sowie, insbesondere bei den zahlreichen Tablettenvergiftungen, durch verbesserte Analytik in den Krankenhäusern und damit eine deutlich spezifischere Behandlung häufiger als früher misslingt, soll hier nicht diskutiert werden. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass heute für die Suizidenten, die eine Rettung erhoffen, oft auch bei unerwartet bzw. ungeplant spätem Entdecken der Situation z. B. durch Angehörige, vielfach noch eine günstige Überlebensprognose besteht. In diesem Zusammenhang wird jedoch auch deutlich, dass eine Einteilung in harte und weiche Suizidmethoden bei Tablettenintoxikationen auch vom Wissen des Suizidenten über die Rettungsmöglichkeiten bei der Wahl bestimmter toxischer Stoffe bestimmt wird. Beispielsweise ist die Einnahme von löslichen Cyanidsalzen in ausreichender Menge als sichere Methode allgemein bekannt und damit zweifellos eine harte Methode, die jegliche Rettungsmöglichkeit ausschließt. BRONISCH (1995) berichtet im Widerspruch zu vielen anderen Autoren von einer Dominanz der „harten“ Suizidmethoden bei Kindern und Jugendlichen. Ein unmittelbarer Zusammenhang besteht zwischen den vollendeten Selbsttötungen und der Wahl „harter“ Methoden. Dieser Trend ist in der früheren Adoleszenz und in der Kindheit stärker ausgeprägt als in den späteren Lebensabschnitten.

Bei den vollendeten Suiziden wird mit 40% das Erhängen als häufigste und zugleich harte Methode gewählt, danach folgen in 30% der Fälle die Vergiftung und in 10% das Ertrinken als gewählte Suizidform (BUSCH, 1990). Zu den „harten“ Methoden gehört bei einigen Autoren das Öffnen der Pulsadern, bei Kindern und Jugendlichen mit einem Anteil 8%, die Strangulation mit 1,8% und dem 'sich Überfahren lassen' bzw. der Sprung

aus großer Höhe mit je 1,5% der gemeldeten Fälle (GARFINKEL et al., 1982). Weiterhin gehören zu den „harten Methoden“ das Erschießen, der Tod durch Stromschlag, die Gasvergiftung, vor allem mit Kohlenstoffmonoxid, das Erstickten mit Plastiksack und die Selbstenthauptung durch einen Zug (FRIEDRICH und AMMINGER, 1995). Die harten Methoden sind sowohl bei den Jungen als auch bei den Suizidhandlungen von kindlichen und jugendlichen Schizophreniepatienten überrepräsentiert (EGGERS, 1983).

Nach HAENEL (1989) unterliegen die Häufigkeiten der angewendeten Selbsttötungsarten im Laufe der Jahre deutlichen Schwankungen, die Wahl der Methode ist offensichtlich auch von Modetrends, Vorbildern und der Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, wie z. B. geeignete Pharmazeutika, abhängig. Außergewöhnliche Suizidmethoden, z. B. nach japanischem Harakirimuster, der Selbsttötung durch ein Schwert, scheinen bei Jugendlichen eher die Ausnahme zu sein.

Zusammengefasst stellt Suizid das Extreme aller ausweichenden Verhaltensweisen und Süchte dar (HARTEN, 1981). Kennzeichnend ist eine individuell wahrgenommene hoffnungslose Ausgangssituation, die am Ende einer prozesshaften Entwicklung steht und anscheinend keine anderen Lösungswege offen hält. Offensichtlich besteht nicht eine Monokausalität sondern ein Bedingungsgefüge, sodass eher von einem multifaktoriellen Phänomen gesprochen werden muss (HJORTSJÖ, 1984). Die Facetten von suizidalem Verhalten sind mannigfaltig. Da nach Auffassung RINGELs (1981) niemand zum Selbstmörder geboren ist und jeder, der es tut, sich dazu erst entwickelt, sind mögliche Gründe dafür, abgesehen von den Fällen, bei denen Suizidalität im Kontext psychischer Erkrankungen liegt, auf der Individuen-Umwelt-Interaktionsebene zu vermuten. Zwar spricht man heute vom realitätsverarbeitenden Individuum, das durchaus befähigt zu sein scheint, seine Umwelt auch zu beeinflussen und somit auch mitzugestalten, gleichwohl aber werden im Sozialisationsprozess gesellschaftlich institutionalisierte Normen und Werte im vorrationalen Stadium des Heranwachsenden internalisiert und als Voraussetzung des Daseins in die Persönlichkeit integriert (BORST, 2004).