

## **Der Mensch will leben – eigentlich**

**Frank Godemann** (Berlin)

### **Zusammenfassung**

Suizidalität ist keine mathematische Größe. In der Psychiatrie und Psychotherapie stellt sie eine komplexe therapeutische Abschätzung dar, die wesentlich auf dem vertrauensvollen Kontakt mit dem Patienten / der Patientin beruht. In verschiedensten Situationen ist das Bemühen erfolgreich, eine lebenswerte Perspektive zu vermitteln, die Welt wieder anders einzuschätzen, eventuell auch nur den Suizid zu verschieben, um erst angebotene Alternativen auszuprobieren – zumeist mit Erfolg. Psychotherapeutisches Handeln lebt mit dem Risiko, dass diese Ansätze scheitern und sich Menschen suizidieren. Das Akzeptieren der Grenzen therapeutischer Möglichkeiten kann die Basis für mögliche Veränderungen sein. Psychiatrie kennt Situationen, in denen eine subjektiv erlebte Hoffnungslosigkeit nicht den objektiven Tatsachen entspricht (z.B. Fehleinschätzungen von Unveränderbarkeit in einer schweren Depression). In diesen Situationen gilt es, ohne Ambivalenz Verantwortung zu übernehmen und auch restriktive Maßnahmen einzuleiten. Es ist einer der schönsten Erlebnisse eines Psychiaters, wenn ein Patient / eine Patientin aus der Depression auftaucht, nicht mehr suizidal ist und wieder Freude am Leben entwickelt.

**Schlüsselwörter** Suizidalität, Psychiatrie, Psychotherapie, Risikoabschätzung, therapeutische Begleitung

„Suizidalität ist die Summe aller Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen.“ (Wolfersdorf und Etzersdorfer, 2011) Diese Definition deutet die Komplexität des Begriffs der Suizidalität an.

In Deutschland suizidieren sich ca. 10 000 Menschen im Jahr, man geht von 100 000 Suizidversuchen im Verlauf eines Jahres aus (Fiedler 2011). Es gilt als sicher, dass sozioökonomische Faktoren die Rate der Suizidversuche steigern. So ergeben Daten aus 26 EU-Staaten, dass die Suizidrate sich um 0,8% erhöht, wenn die Arbeitslosigkeit um 1% steigt (Stuckler et al., 2009). Die Suizidraten in Deutschland nahmen seit Beginn der Aufzeichnungen bis 2008 kontinuierlich ab, steigen aber seitdem wieder an (Fiedler 2013). Dieses Phänomen ist nicht hinreichend verstanden und hat Zweifel ausgelöst, ob die bisherigen suizidpräventiven Maßnahmen ausreichend wirksam sind.

Nach Wolfersdorf (2008) sind folgende Faktoren für eine erhöhte Suizidalität (in absteigender Reihenfolge) von Bedeutung:

- Psychische Erkrankungen, allen voran Depressionen
- Menschen mit Suizidversuchen und Suizidankündigungen in der Vergangenheit
- Alte Menschen (vereinsamt, psychisch oder körperlich erkrankt)
- Menschen in traumatisierenden Situationen und Veränderungskrisen
- Menschen mit chronischen, körperlichen oder lebenseinschränkenden Erkrankungen oder Schmerzen

Pöldinger (1968) beschrieb einen regelhaften Ablauf eines Suizides, einen Teufelskreis negativer Gedanken, zunehmend eingeeengter Gefühle und sozialem Rückzug, welcher über die Idee des Suizides über die Ambivalenz bis zur konkreten Umsetzung verläuft. Diese frühe schematische Darstellung wurde in der Folgezeit verlassen und – wie so häufig in der Psychiatrie – ein multifaktorielles Modell entworfen. In diesen Modellen werden biologische (einschließlich) genetischer Faktoren als relevante Größe benannt (Wolfersdorf und Kaschka, 1996). Multifaktorielle Modelle sind dabei in der Praxis nur in engen Grenzen hilfreich, da sie keine Antwort darauf geben, wie groß der spezifische Einfluss der einzelnen Faktoren auf das Gesamtphänomen der Suizidalität ist, und die einzelnen Faktoren in ihrer relativen Bedeutsamkeit nicht auf das Individuum herunter gebrochen werden können.

Das Thema Suizidalität ist in den letzten Jahren durch die Debatte um den assistierten Suizid sehr präsent. Die deutlich gestiegene Lebenserwartung und die damit verbundenen Grenzsituationen führen zu Konstellationen, in denen – zumeist

basierend auf körperlichem Leid – intensiv diskutiert wird, ob ein Mensch ein Recht auf Beendigung seines Lebens hat, ob es ich-synthone Gründe gibt, bilanzierend sein Leben zu beenden und, wenn der Mensch in dieser Bilanzierung selbst z.B. aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen nicht handlungsfähig ist, die „Hilfe“ anderer in Anspruch nehmen darf. Als Psychiater ist dabei zu betonen, dass Suizidalität in Alter und körperlicher Krankheit häufiger als in jungen Jahren auftritt, aber jedoch kein spezifisches Thema des Alters ist (Conwell et al. 2011).

### **Fallvignetten**

- a) „Der Tod meiner Frau war ein Schock für mich! Ich sah keine Alternative dazu, mir selbst das Leben zu nehmen und ihr zu folgen.“ Herr F., ein 80-jähriger rüstiger Mann, war seit mehr als 50 Jahren mit seiner Ehefrau verheiratet. Sie blickten auf eine lange kinderlose Ehe zurück. „Wir hatten den Wunsch nach Kindern, aber man kann sein Schicksal nicht erzwingen.“ Von außen betrachtet war der Tod nicht unvorhergesehen. Seine Ehefrau litt seit mehr als fünf Jahren an Krebs. Sie unterzog sich mehrerer Chemotherapien, ein auf und ab. Immer wieder bestand die die Hoffnung, alles sei überstanden. „Sie hat immer eine so große Kraft in sich gehabt.“ Vermutlich hatten die Ärzte und Ärztinnen mit ihm über die Begrenzung ihres Lebens gesprochen. Er selbst gab an, völlig überrascht vom Tod seiner Frau gewesen zu sein. Die letzten Monate waren durch die Pflege bestimmt, aufopferungsvoll, kreativ. Wenn neue Einschränkungen auftraten, wurden neue Ideen entwickelt. Spezielle Pflaster wurden per Internet bestellt, da sie weniger Hautreizungen erzeugten, Nahrungsergänzungsmittel eingekauft, um die Gewichtsabnahme zu stoppen. „Ja, es gab einzelne Nächte, in denen ich Angst hatte, dass sie diese nicht überleben würde. Aber sie hat sich immer wieder berappelt. Und der Tumor war unter der letzten Chemotherapie doch wieder zurückgegangen.“ Beide hatten sich schon vor dem Ausbruch des Krebses zurückgezogen, genügten sich selbst. „Unser Alltag hatte sich eingespielt, alles war so vertraut.“ Er hatte alle Schmerzmittel, die ihm seine Ehefrau zurückgelassen hatte, eingenommen. „Wie haben Sie überlebt?“ „Eine Nachbarin hat mir täglich die Zeitung gebracht. Dies war einer der wenigen Kontakte, der mir geblieben ist. Als ich die Tür nicht öffnete, rief sie die Polizei.“ Herr F. befand sich für einige Tage auf der Intensivstation, bevor er in eine psychiatrische Klinik verlegt wurde. Er habe zugestimmt. „Sind Sie enttäuscht, überlebt zu haben?“ fragte der Psychiater. Schweigen.
- b) Unruhig lief die Patientin den Stationsflur auf und ab. Stundenlang. Ohne Unterlass. Die Unruhe war quälend. Jeden sprach sie an. „Wird es je besser?“ Es war nicht notwendig, sie danach zu fragen, ob sie lieber tot sein wolle. Die Antwort war immer die gleiche. „Ja, ich möchte nicht mehr leben. Ich möchte

erlöst werden.“ An der Diagnose gab es keinen Zweifel. Sie litt unter einer heftigen depressiven Episode. Schwere Unruhe, Schlaflosigkeit und absolute Einengung des Denkens auf eine negative Wahrnehmung von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft. Bisher hatte sie drei Suizidversuche begangen, immer wieder hatte sie versucht, sich zu ertränken. Zwischenzeitlich war klar, dass sie sofort den nächsten Suizidversuch begehen würde, wenn sie alleine die Station verlassen würde. Daher fand dies nur in Begleitung von Pflegepersonal statt. Es war kaum möglich, die Lebensgeschichte der Patientin zu erfragen. Sie wiederholte nur immer wieder die Frage, ob es sich je bessern würde. Die Unruhe war so stark, dass sie es nur zwei Minuten auf dem Stuhl hielt. Ein zentrales Lebensereignis war bekannt. Zwei Jahre zuvor, zu Beginn der jetzigen Episode, suizidierte sich ihr Sohn. Es war nicht die erste depressive Episode in der Biographie der 58-jährigen Frau. Die aktuelle Episode jedoch bestand seit zwei Jahren, ununterbrochen. Ihr Zustandsbild wechselte zwischen katastrophal und schrecklich.

„Es wird nicht so bleiben, wie es ist.“

Dies ist der Satz, den ich als Psychiater immer wieder bei Menschen mit Depressionen formuliere und versuche, den schmalen Grat zwischen Hoffnung auf Veränderung und Ehrlichkeit bezüglich der Prognose zu gehen. Meist wagt man sich etwas weiter vor. „Sie werden wieder Freude erleben, auch wenn Sie es sich derzeit nicht vorstellen können.“ Oder „Der einzige Grund, keine Besserung zu erleben, ist, dass Sie Ihren Zustand nicht mehr aushalten und sich vorher das Leben nehmen.“ Theoretisch gilt dies natürlich auch für Frau K., aber nach zwei Jahren wird es bei ihr schwierig bis unmöglich, von einer zukünftigen Besserung zu sprechen. Die psychotherapeutische Behandlung war von Anfang an nur in engen Grenzen möglich, aber es gab eine Vielzahl somatischer Behandlungsmöglichkeiten. Alle wurden ihr fachgerecht angeboten, alle nahm sie an, aber keine half.

- c) Die Demenz hatte sich in den letzten drei Jahren rasant entwickelt. Anfänglich fielen nur leichte Schwierigkeiten auf, Worte zu finden, Gegenstände wurden verlegt. Sie nahm die Veränderungen nicht wahr, reagierte ärgerlich, wenn ihr Partner sie auf ihre Defizite hinwies. Immer mehr musste sie daran erinnert werden, ausreichend zu trinken. Nächtliche Unruhe kam hinzu, sie wanderte in der Nacht von Zimmer zu Zimmer, schaute alle Schränke durch, begann, sie aufzuräumen. Am nächsten Tag fanden sich viele Gegenstände am falschen Ort. Eines Morgens fand ihr Partner sie bewusstlos in der Küche, der Rettungswagen brachte sie in die Klinik, in einem mehrtägigen Aufenthalt wurde keine sichere Ursache gefunden, man vermutete, dass sie nicht ausreichend getrunken hatte, die Blutsalze waren entgleist. Nach der Rückkehr in die eigene Wohnung war sie deutlich verwirrt. Ein Monat später fiel sie hin, Oberschenkelhalsbruch. Erneuter Krankenhausaufenthalt, wieder eine deutliche Verschlechterung der

kognitiven Leistungsfähigkeit, hinzukommend Bettlägerigkeit. In der Nacht fing sie an, in ihrer Desorientierung laut – vermutlich nach ihrer Mutter – zu rufen. Der Partner fand endgültig keinen Schlaf mehr. Sie wurde in die Psychiatrie eingewiesen, als sie zusätzlich halluzinierte, bedrohliche Szenen sah, eventuell Kriegserlebnisse, die wieder aktiviert wurden. In der Klinik lehnte sie jegliche Flüssigkeitsaufnahme ab und wurde zunehmend schläfriger.

- d) Eine 40-jährige Patientin kam über die Notaufnahme eines somatischen Krankenhauses nach einer Tablettenintoxikation in die Psychiatrie. Sie hatte eine große Anzahl von Medikamenten, die ihr ärztlich verordnet wurden, eingenommen. Als sie spürte, dass die Medikamente zu wirken begannen, bekam sie Angst und Zweifel an ihrer Entscheidung, rief eine Freundin an, die die Polizei verständigte. Sie konnte noch selbständig die Tür öffnen, in der Notaufnahme wurde ihr der Magen ausgepumpt. Nachdem die körperliche Situation als unkritisch eingeschätzt wurde, war sie mit einem Wechsel in die stationäre psychiatrische Behandlung einverstanden. Es war ihr vierter Suizidversuch. Immer hatte sie Tabletten eingenommen. Sie habe schon häufiger an Bahngleisen gestanden, aber nicht den „Mut“ gehabt, zu springen. Ihre Biographie ist durch eine Vielzahl von Beziehungsabbrüchen und Gewalterfahrungen geprägt. Sie nehme regelmäßig diverse Drogen. Wenn sie sich selbst verletze, könne sie sich spüren. Der innere Druck lasse nach. Sie sieht keinen Sinn darin, in der Klinik zu sein, da sich nichts ändern werde. Sie müsse von Tag zu Tag entscheiden, ob sie noch leben wolle.
- e) Der Krebs schritt voran Metastasen breiteten sich in der Wirbelsäule aus. Die Schmerzen nahmen zu, waren nahezu unerträglich. Die Medizin bot alles an Schmerzmittel auf, was zur Verfügung stand. Vieles half, die Schmerzen zu mindern, aber keines, sie erträglich zu lindern. Er hatte über mehrere Jahre gekämpft. Chemotherapie, Bestrahlung, Operationen. Die ganze Batterie an therapeutischen Möglichkeiten konnte zeitweise den Erkrankungsprozess verlangsamen, aber das Fortschreiten nicht aufhalten. Seit einigen Monaten sprach er vermehrt davon, nicht mehr leben zu wollen. Ihm fehle aktuell der Mut, aber er möchte dennoch vorbereitet sein und habe begonnen, sich Schmerzmittel in großer Menge zurückzulegen, um selbst entscheiden zu können, wann sein Leben zu Ende geht.

In der öffentlichen Auseinandersetzung wird zumeist dichotom diskutiert, ob es einen bilanzierenden und damit berechtigten Suizid gibt oder jede suizidale Handlung Ausdruck einer psychischen Erkrankung ist. Der bilanzierende Suizid wird dann als eine Form des zu respektierenden Freiheitswillens (, d.h. wird dann als freie Willensentscheidung) des Menschen aufgefasst, oder die Suizidalität wird dann ausschließlich im Rahmen von psychischen Erkrankungen verortet und damit als medizinische Konstellation aufgefasst, die Beratung und Therapie zwingend

erforderlich macht. Unabhängig von der Haltung werden auch weiterhin zuallererst Alternativen und Hilfe bei Sterbewünschen angeboten und präferiert. Der assistierte Suizid ist als eine besondere Form des bilanzierenden Suizides aufzufassen. Die Bilanzierung hat stattgefunden, die Ausführung kann aber nicht eigenständig, sondern nur mit Hilfe eines Dritten ausgeführt werden. Der bilanzierende Suizid wird als rational angesehen, wenn die Person ihre bedrohliche Situation realistisch einschätzt, psychische Erkrankungen oder relevante emotionale Belastungen nicht vorliegen und die Motivation von den meisten der sozialen Gruppe, in der sich die Person bewegt, nachvollziehbar ist (Siegel 1986).

Die beiden „Alternativen“ – bilanzierend vs. Ausdruck einer psychischen Erkrankung - werden in der gesellschaftlichen Diskussion in Deutschland medial zugespitzt dargestellt. Dies wird dadurch verstärkt, dass in der Formulierung von Gesetzen Grautöne schwer abzubilden sind. Gleichzeitig hat der Bundestag in der Auseinandersetzung um die Frage der aktiven Sterbehilfe höchst differenziert sich mit dem Thema auseinandergesetzt<sup>1</sup>

### **Eine mögliche psychiatrische Sicht**

Diese Zuspitzung geht im Wesentlichen an der klinischen, psychiatrischen Realität vorbei. Der Begriff des bilanzierenden Suizids suggeriert, dass die Entscheidung über die Fortsetzung des eigenen Lebens in eine mathematische buchhalterische Größe gepresst werden kann. Drei Argumente dafür, vier dagegen, dann entscheide ich mich für das Leben – oder eben nicht. Aber ist es überhaupt möglich, den Wunsch zu leben, zu bilanzieren? Wenn dies nicht wirklich möglich sein sollte, kann dann überhaupt der Begriff des bilanzierenden Suizides verwendet werden? Vieles spricht dagegen, dass Suizidalität eine mathematische Größe ist.

In der psychiatrischen Ausbildung wird versucht Merkmale zu finden, die Suizidalität berechenbar machen. Die Intensität und das Risiko von Suizidalität werden in Stufen beschrieben. Bei *Lebensüberdrussgedanken* stellen Menschen die Frage, ob sich das Leben noch lohnt. Bei *Suizidideen* konkretisieren sich diese Überlegungen. Über die Möglichkeiten einer konkreten Umsetzung wird nachgedacht. *Suizidpläne* definieren das *wo*, *wie* und *wann* eines möglichen Suizides. *Suizidversuche* meinen eine konkrete Handlung mit der Absicht, sich das Leben zu nehmen. Dabei spielt keine Rolle, ob dieser Versuch aus medizinischer Sicht tatsächlich zum Tode hätte führen können. Der *erfolgte Suizid* ist dann ist die maximale Ausprägung der Suizidalität.

---

<sup>1</sup><https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2017/kw33-bilanz-gesetzgebung-18wp/516530> (abgerufen am 12.12.2017)

Diese Einteilung stellt den Versuch dar, eine Objektivierung von Suizidalität vorzunehmen, Risiken klarer abzuschätzen und auf dieser Basis sicherer einen notwendigen Schutz zu definieren. Nur: Wann hat jemand die Absicht, sich das Leben zu nehmen? Wann ist es ein Hochrisikoverhalten, bei dem der eigene Tod billigend in Kauf genommen wird? Sind es schon Lebensüberdrußgedanken, wenn in abstrakter Form über die Möglichkeit einer Beendigung des Lebens nachgedacht wird? Handelt es sich um einen Suizid, wenn eine innere Stimme, die im Rahmen einer Psychose als von außen kommend erlebt wird, dazu auffordert, von einer Brücke zu springen und dies zum Tode führt? Wenn ein Mensch im Rahmen einer suizidalen Handlung stirbt, war es tatsächlich seine Absicht zu sterben? Oder war es gewissermaßen ein missglückter Hilferuf? Und wie ist es einzuordnen, dass fast jeder Mensch schon einmal über den Suizid nachgedacht hat? Diese Darstellung macht deutlich: Suizidalität ist keine mathematische Größe.

Es stellen sich weitere Fragen. Wenn suizidale Absichten im Kontext psychischer Erkrankungen auftreten, bedeutet dies in der Schlussfolgerung, dass der Suizid keine freie Willensäußerung ist? Hängt dies an der Schwere der Erkrankung, die sich in dem aktuellen Befinden und / oder der Schwere der Erkrankung ausdrückt? Bedeuten wiederholte suizidale Handlungen, dass eine feststehende Entscheidung getroffen wurde, nur die „unglücklichen“ Umstände den Suizid verhindert haben? Inwieweit beeinflusst die Nachvollziehbarkeit des Leids die Bereitschaft von Außenstehenden, dieses nicht als psychische Erkrankung (den dringenden Wunsch zu sterben nicht im Rahmen einer psychischen Erkrankung) zu sehen, obwohl Leiden sich immer auch in der Psyche abbildet. Bedeutet eine Krebserkrankung mit starken, unaushaltbar scheinenden Tumorschmerzen, dass trotz einer gleichzeitig bestehenden Depression, ein Suizid als freie Willensäußerung aufgefasst werden muss? Diese vielen, zumeist nicht zu beantwortenden Fragen legen nahe, dass, da man als Arzt oder Ärztin kompromisslos auf der Seite des Lebens (im Sinne des hippokratischen Eids) stehen sollte, immer der Auftrag besteht, nach Wegen zu suchen und sich nicht zu eng an einen Krankheitsbegriff zu binden, da es bei etwas, was nicht einzuschätzen ist, auf die Beantwortung der Frage, ob es Teil einer Erkrankung ist, verzichtet werden kann. Sie ist im praktischen Handeln irrelevant.

Diese Überlegungen führen zu dem Schluss, dass wir als Ärzte, die wir auf der Seite des Lebens stehen, immer einen Ausweg aus Krisen suchen sollten. Der Krankheitsbegriff kann diese Entscheidung nicht abnehmen oder in Frage stellen.

Die Prävalenz der Suizidalität, in der der bilanzierende und assistierte Suizid einbezogen wird, kann in seiner Frequenz als Pyramide beschrieben werden. Die häufigste Form findet sich bei Menschen, die sich mit diesem Thema beschäftigen, ausgelöst durch eine krisenhaft erlebte Situation, mit den Gedanken an den selbstbestimmten Tod beschäftigen, diese Krisen jedoch aus eigener Kraft bewältigen. Dann gibt es die große Gruppe, die in schwierigen Lebenssituationen konkrete Suizidgedanken entwickeln, vielfältige therapeutische Begleitung erfahren



und mit dieser Unterstützung das Leben wieder bejahen können. Menschen, die im engeren Sinne in den Bereich der bilanzierenden Suizidalität eingeordnet werden können, stellen die Spitze des Eisbergs/der Pyramide dar. Dabei muss man sich aber abstrakt vorstellen, dass, obwohl es sich eigentlich nicht um eine mathematische Größe handelt, man doch so tut, als ob sie eine wäre und sich jemanden vorstellen, der mit 99%iger Überzeugung über längere Zeit aus dem Leben scheiden möchte. Ganz oben in der „Pyramide“ steht die winzige Gruppe der Menschen, die entschieden haben, aus dem Leben zu scheiden, den Suizid aber nicht alleine ausführen können (assistierter Suizid).

Warum die Beschreibung der Suizidalität als Pyramide? Gesellschaftliche Diskussionen sind immer der Gefahr ausgesetzt, zu sehr die drastischen Ausnahmen zu reflektieren. Dabei müsste aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutsamkeit im Mittelpunkt stehen, welche Faktoren helfen, damit Menschen ihre aktuellen Lebensbedingungen wieder als lebenswert erachten. Und in Bezug auf die Handlungsmöglichkeiten: Welche Hilfen notwendig und sinnvoll sind, um die Bejahung zu unterstützen und innere und äußere Lebensbedingungen, welche die die Suizidalität antreiben, zu reduzieren. Mit anderen Worten: Aufgabe wäre es, sich mit Vorrang um die Stufen 1 und 2 zu konzentrieren. Eine böse Interpretation dieser Aussage wäre, sich um die anderen nicht kümmern. Aber dies ist nicht gemeint. Die anderen Gruppen der Pyramide sollen einfach in gleichem Maße gewürdigt werden.

### **Die spezifische Situation des Therapeuten**

Als Psychiater oder Psychiaterin und als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin sollte es keinen Zweifel geben, auf der Seite des Lebens zu stehen und immer nach Wegen zu suchen, Menschen in suizidalen Krisen zu helfen, Angebote zu entwickeln, Begleitung anzubieten und eine zugrundliegende psychische Erkrankung fachgerecht zu behandeln. An dieser Stelle gibt es keine Grautöne. Im klinischen Alltag stellt sich zumeist auch nicht die Frage nach einem bilanzierenden Suizid, da es in der Regel möglich ist, Menschen in suizidalen Krisen helfen zu können und die Hilfsmöglichkeiten dankbar angenommen werden.

Vielleicht erklärt dies, warum die gesellschaftliche Diskussion um den assistierten Suizid in der Psychiatrie nicht so präsent ist, wie die historische Schande des Faches im Nationalsozialismus (Häfner, 2000). Wenn die tägliche Erfahrung ist, dass Suizidalität im Rahmen einer psychischen Erkrankung auftritt, bei der Hilfe möglich ist, steht die „technische“ Optimierung des Umgangs im Sinne eines sekundärpräventiven Ansatzes im Vordergrund. Wie sehen sinnvolle therapeutische Interventionen aus? Welche Absprachen können helfen, in suizidalen Krisen die Menschen gewissermaßen vor sich selbst zu schützen? Wie kann ich die Beziehung so gestalten, dass ich als Hoffnung machender Therapeut wahrgenommen und



erfahren werde? Wann ist die Fähigkeit zur freien Willensausübung so eingeschränkt, dass zeitweise sogar die Verantwortung für andere übernommen werden muss? Letzteres kann konkret bedeuten: Wann schalte ich Gerichte ein, um zu klären, ob auch ein temporärer Aufenthalt gegen den Willen des Patienten oder der Patientin in einer psychiatrischen Klinik stattfinden muss. Die verantwortliche Entscheidung liegt dabei beim Gericht, aber man kann dabei nicht ignorieren, dass die klinische Einschätzung des Psychiaters oder der Psychiaterin deren Entscheidung wesentlich beeinflusst. Und darüber hinaus ist die Frage von großer individueller Bedeutung, wie ich es selbst verkrafte, wenn meine Einschätzung falsch ist, ich die Suizidalität unterschätzt habe und sich eine mir anvertraute Patientin das Leben nimmt (Hendin et al., 2004). Im Falle eines Suizides ist dies oft für den Behandler oder die Behandlerin eine traumatisierende Erfahrung, die therapeutisch begleitet werden muss. Da Suizidalität keine mathematische Größe ist, spielt das „Bauchgefühl“, welches sehr auf dem Kontakt, Erfahrungswerten, der emotionalen Verbindung und damit der eigenen Empathiefähigkeit beruht, eine zentrale Rolle, was immer bedeutet, als Person im Falle eines Suizides massiv in Frage gestellt zu sein. Da die Verantwortung für den nächsten Patienten bzw. die nächste Patientin in gleichem Maße fortbesteht, braucht es das Vertrauen in sich selbst, um keine nicht zu begründenden Restriktionen einzuleiten. Dies meint, dass z.B. Ausgänge verwehrt werden, obwohl dies therapeutisch kontraproduktiv ist.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt im Umgang mit suizidalen Menschen in der Psychiatrie ist, dass die Möglichkeit des Suizides als Möglichkeit zugelassen werden muss, um in manchen Situationen innere Veränderungen überhaupt möglich zu machen. Manchmal gilt: No risk, no change.

Wenn der oben beschriebene 80-jährige Witwer eine innere Haltung gewinnen soll, auch nach dem schmerzvollen Verlust seiner Ehefrau weiterleben zu wollen, wird es im therapeutischen Prozess notwendig sein, ihn alleine nach Hause gehen zu lassen. Dorthin, wo er vermutlich am stärksten die Abwesenheit seiner Partnerin spürt, Erinnerungen mit jedem Schritt durch die Wohnung aktiviert werden, das Pflegebett noch steht, die Bilder der gemeinsamen Reisen an der Wand hängen. Es wäre eine vollständig andere Situation, wenn er bei dem Gang nach Hause von einer Pflegekraft begleitet wird.

Wenn Suizidalität eine starke Funktionalität wie bei der jungen Frau mit Borderline-Störung hat, sie zwischen ja und nein zum Leben schwankt, die angedeutete Drohung, sich etwas anzutun, zum Beziehungstest wird („Wirst Du mich retten?“), aber mit dieser Möglichkeit die wirksamste Methode besteht, um eigene affektive Zustände zu regulieren, dann muss die klare Entscheidung zum Leben irgendwann eingefordert werden, um von dort ausgehend, die therapeutische Arbeit fortzusetzen und sie bei Veränderungen unterstützen zu können. Wie hoch das Risiko dabei ist, wird daran deutlich, dass Selbstverletzungen und Suizidversuche zu

diesem Krankheitsbild der Borderline-Störung dazugehören und bis zu 10% aller Patienten und Patientinnen mit diesem Krankheitsbild sich im Verlauf ihres Lebens suizidieren (Bohus und Schmahl, 2007). Es kann folglich in manchen therapeutischen Konstellationen ein Gebot der psychotherapeutischen Behandlung sein, die Möglichkeit des Suizides zuzulassen. Dabei wird die therapeutische Strategie erheblich von der Art der psychiatrischen Erkrankung beeinflusst und sieht beispielweise bei bipolar-affektiven Erkrankung, bei der sich Betroffene zu etwa 15% suizidieren (Sharma und Markar 1994), anders aus als bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

### **Die Endlichkeit des Lebens**

Es ist ein Allgemeinplatz, dass die Lebenserwartung steigt und die Fortschritte der Medizin die Endlichkeit des Lebens zeitlich nach hinten verschiebt. Der Tod in der häuslichen Umgebung wird zum Ausnahmefall (20-35%) (Freilinger 2009). Die gewaltigen Möglichkeiten der somatischen Medizin öffnen einen langen zeitlichen Korridor, in dem die Dauer des Weiterlebens beeinflusst werden kann. Die Endlichkeit wird im praktischen Handeln und Denken selbst in Zeiten der Krankheit zu einer theoretischen, in weiter Zukunft liegende Größe („Klar, ich werde irgendwann sterben, aber nicht jetzt.“) Die Verleugnung der Endlichkeit ist eine häufige Strategie, mit dem Sterben umzugehen. Die „Nebenwirkung“ dieses Fortschritts ist aber auch, dass über einen längeren Zeitraum die Möglichkeit besteht abzuwägen, ob das Leben im derzeitigen Zustand lebenswert ist. Auch wenn der Regelfall das Akzeptieren, oft die Verleugnung, manchmal der verbissene Kampf ums Weiterleben ist, gibt es eine relevante Gruppe an Menschen, die sich die Frage stellt, ob es nicht besser ist, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden. Dabei ist fein säuberlich zu unterscheiden zwischen den Ergebnissen von Umfragen, die besagen, dass die meisten selbstbestimmt entscheiden möchten, wann das Leben zu Ende geht, und der Suizidalität in einer konkreten Lebenssituation, die ein komplexes, höchst individuelles Geschehen ist.

### **Suizidalität nach Verlusten**

Es gibt kein Leben ohne Verluste. Im Alter häufen sich die Verluste. Die Fähigkeit von Menschen mit Verlusten umzugehen, variiert erheblich und ist ein multikausales Geschehen. Die Schwere der Verluste und die biographisch erworbenen Kompetenzen sind dabei nur zwei relevante Faktoren.

Alt werden bedeutet (häufiger)

- den Verlust des Partners verkraften zu müssen,
- den Tod vieler vertrauter Personen mit der damit verbundenen Einsamkeit zu erleben,
- mit Altersarmut konfrontiert zu sein,
- regelhaft aus den traditionellen sozialen Rollen – insbesondere der Arbeitswelt - herausgerissen zu werden,
- schwere somatische Erkrankungen zu erleiden
- von einer Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit bis zur Demenz betroffen zu sein,
- einen Verlust der Autonomie zu erleben,
- pflegebedürftig zu werden, damit den Angehörigen zur Last zu werden und
- im Falle einer Hinfälligkeit des Partners mit einer deutlichen höheren Alltagsbelastung konfrontiert zu sein.

Dies kann zu depressiven Zustandsbildern führen, die mit Suizidalität verbunden sind (Hautzinger 2000). Menschen können in diesen Verlusten begleitet oder behandelt werden. Depressionen sind dementsprechend kein Schicksal, sondern Ausdruck persönlicher Überforderung und gesellschaftlicher Defizite. Dabei sollte der Begriff der Schuld vermieden werden.

Ältere Menschen, insbesondere Männer, haben das höchste Suizidrisiko (Bandelow und Linden, 2000). Obwohl viele Suizidenten vor ihrem Suizid einen Arzt aufgesucht haben, kommunizieren sie ihre Suizidalität oftmals nicht direkt, aus Furcht vor Verschlechterung ihrer Beziehung zum Arzt. In der ersten Fallvignette ist eine der unendlichen Möglichkeiten einer suizidalen Krise beschrieben. Dabei ist zu betonen, dass „individuelle Psychotherapie und psychosoziale Maßnahmen suizid-präventiv im Alter sind“ (Lindner 2012). Sodass das Risiko erkannt und angemessene Hilfe angeboten wird.

### **Suizidalität bei anhaltenden psychischen Erkrankungen**

Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen kämpfen manchmal über lange Zeit darum, ihr seelisches Gleichgewicht wieder zu finden und verlieren immer wieder den Mut und die Hoffnung. Dies ist eine Konstellation, die der Psychiatrie vertraut ist. Sie grenzen sich gegenüber denjenigen ab, die akute psychische Krisen erleben. Es finden sich folgende spezifische Charakteristika:

1. Die Dauer: Wie lange kann ein Mensch eine Situation aushalten, in der trotz massivem psychischen Leiden keine Veränderung auftritt? Ist dies möglich, wenn über Jahre das Erleben ist, von fremden Mächten verfolgt zu werden, die Angst folglich ein stetiger Begleiter ist? Wie lange kann ein Zustand ertragen werden, in der von morgens bis abends das Leben sich in einem tiefen schwarzen Loch

zu befindet scheint? Menschen, die dies über lange Jahre ertragen und das letzte Quäntchen Hoffnung nicht verlieren, verdienen Bewunderung.

2. Die Fluktuation: Stellen Sie sich vor: Sie schauen auf die Scherben der letzten Jahre. In einer Manie haben Sie vieles verloren. Die Schulden sind so groß, dass Insolvenz angemeldet werden muss, der Partner hat sich getrennt, weil Sie mehrere Affären hatten, die Freunde haben sich abgewandt, weil Sie schlicht im Umgang unerträglich waren. Die Manie klingt ab, sie gehen durch eine schwere Zeit, in der sie der Realität ins Auge schauen müssen. Sie rappeln sich auf und bekommen ihr Leben, obwohl nicht alle Verluste rückgängig zu machen sind, in den Griff. Und zwei Jahre später geht das Ganze von vorne los. Und wieder stehen Sie vor dem Scherbenhaufen ihrer Existenz.

Es sind Situationen, in denen immer therapeutische Hilfe angeboten wird und zumeist Hilfe sowie Entlastung möglich ist. Aber man muss akzeptieren, dass die Betroffenen manchmal bei chronischen Verläufen, die bei einem episodenhaften Verlauf die (häufige) Ausnahme darstellen, aufgeben. Ca. 15% der Menschen mit manisch-depressiven Erkrankungen suizidieren sich und die Raten konnten trotz aller Hilfsmöglichkeiten nicht in relevantem Maße reduziert werden. Die eigene Hilflosigkeit ist in der Psychiatrie ein Teil der bedrückenden Realität. Im individuellen Fall sind die psychiatrisch Tätigen aber immer diejenigen, die die Hoffnung vertreten und oft haben sie – trotz aller Zweifel – mit der Hoffnung Recht.

### **Suizidalität als große Unbekannte bei Menschen mit Begrenzungen in der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit**

Dementiell Erkrankte vermindern im Verlauf ihrer Erkrankung häufig die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Gerade Zweites mündet immer wieder in lebensbedrohlichen Zuständen. Sprachliche Fähigkeiten sind bei der senilen Demenz im Sinne von Wortabrufstörungen immer wieder zu beobachten. Ganz typisch sind Sprach- und Sprechstörungen aber bei den Aphasikern (auch bei der progredienten Aphasie als spezielle Demenzform). Es gibt gleichzeitig viele mittelschwer bis schwer kognitiv beeinträchtigte Patienten, die klar zum Ausdruck bringen, dass sie gerne gehen möchten, aber die Latenz und Tragweite dieses Wunsches lässt sich schwer einstufen. Gleichzeitig gibt es auch eine große Gruppe die nicht ausdrücken können, was ihr Wunsch am Lebensende ist. Ist es tatsächlich Ausdruck von Vergessen, folglich eine klare Indikation, sie bei der Flüssigkeitsaufnahme zu unterstützen, oder der bewusste Wunsch, nicht mehr leben zu wollen, der in die Frage mündet, ob dies zu akzeptieren ist. Patientenverfügungen liegen manchmal vor, sind aber kaum so konkret zu formulieren, damit alle möglichen medizinischen Konstellationen abgedeckt werden können. Sind oft nicht aktuell genug, können jederzeit mündlich durch den Patienten widerrufen werden. Würde er / sie die

Verfügung in der konkreten Situation zurücknehmen? Selbst die grundsätzliche Haltung, Leid zu mindern, hilft meist nicht weiter, weil nicht klar ist, ob die Zufuhr von Flüssigkeit über die Vene (oder unter die Haut) mehr oder weniger Leid bedeutet, als eine geringe Flüssigkeitsaufnahme zuzulassen, damit Verwirrheitszustände zu verstärken, die z.B. ein höheres Sturzrisiko bedeuten, und damit das Risiko eines früheren, unter Umständen schmerzhafteren Todes zu riskieren bzw. zu akzeptieren.

### **Suizidalität als große Unbekannte bei Menschen mit einem unklaren weiteren Verlauf ihres Lebens**

Psychiatrische Behandlungen überblicken häufig nur einen kleinen Lebensabschnitt eines Menschen. Es bleibt unbekannt, wie der weitere Lebensweg nach der Entlassung aus der stationären Behandlung aussieht. Niedergelassene Psychiater begleiten zumeist einen längeren Lebensabschnitt, aber die ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nach einem Suizidversuch ist nicht die Regel; manchmal, weil ambulante psychotherapeutische Hilfe erst in einigen Monaten zur Verfügung steht, häufig weil eine aktive Entscheidung getroffen wird, keine weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies bedeutet, dass zwar bekannt ist, dass ein einmaliger Suizidversuch ein Risikofaktor für einen späteren Suizid ist, aber zumeist im Unbekannten bleibt, ob sich ein Mensch langfristig entschließt weiterzuleben und welche Motive ihn davon abgehalten haben, sich das Leben zu nehmen. Auch bleibt unklar, wann die Entscheidung getroffen wurde, dem Leben ein Ende zu setzen. Das Erleben von Menschen in Krisensituationen verkürzt den Blick. Es kann gelingen, sich den Motiven eines Suizidversuches anzunähern, die langfristige Entscheidung wird aber immer die große Unbekannte bleiben.

### **Ein biologisches vs. psychotherapeutisches Verständnis der Suizidalität**

Es gibt verschiedene Autoren, die die Bedeutung biologischer Faktoren im Kontext der Suizidalität betonen. Tatsächlich ergaben Zwillingstudien, dass wenn ein eineiiger Zwilling sich suizidiert, es beim zweiten Zwilling signifikant häufiger zum Suizid kommt als bei zweieiigen Zwillingspaaren (Roy et al., 1991). In einer kleinen Gruppe eineiiger Zwillinge, wovon je einer durch Suizid verstorben ist, fand sich gehäuft das L-Allel, damit eine genetische Auffälligkeit (Roy et al., 2001). In anderen psychiatrischen Risikopopulationen, vor allem Depressionen, fand sich diese genetische Auffälligkeit aber nicht (Souvery et al., 2001). Insgesamt lässt sich konstatieren, dass die Befundlage sehr uneinheitlich ist.

Gleiches gilt bei der Frage, ob bestimmte Botenstoffe (Neurotransmitter) ein Risikofaktor für Suizidalität darstellen. Dabei steht insbesondere das Serotonin im

Fokus der Forschung. Eine Metaanalyse (Zusammenfassung verschiedenster Studien eines Themas) von Leister (1995) erbrachte drei Hauptresultate (immer im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen): (1) Patienten nach einem Suizidversuch wiesen niedrigere 5-HIAA-Konzentrationen im Gehirnwasser auf als psychiatrische Kontrollen. Dabei stellt 5-HIAA ein Abbauprodukt des Serotonins dar. (2) Patienten mit harten Suizidversuchen (z.B. Erhängen) zeigten niedrigere 5-HIAA-Konzentrationen als Anwender so genannter weicher Methoden. (3) Darüber hinaus bedeuteten niedrigere 5-HIAA-Konzentrationen in der Gehirnflüssigkeit ein erhöhtes Risiko für weitere Suizidversuche und Suizide in der Zukunft. Die theoretische Annahme ist dabei, dass ein niedriger Serotoninspiegel (in definierten Hirnregionen) Impulsivität und Autoaggression erhöhen. Suizidalität wird damit in diesen Forschungen als biologisch begründete Form der Autoaggression dargestellt.

Diese spannenden Forschungsergebnisse werfen die Frage auf, was man daraus ableitet. Sie sind vorrangig mit der Hoffnung verknüpft, Risikogruppen auf biologischer Grundlage zu identifizieren und pharmakologische Ansätze zur Suizidprävention zu entwickeln. Beides ist bisher gescheitert. Zwar haben Antidepressiva klar erwiesen, dass sie die Suizidalität mindern (Möller, 1992), aber dies liegt nahe, da eine Besserung einer Depression immer auch mit einer gleichzeitigen Reduktion der Suizidalität einhergeht. Die Suizidalität im Kontext der Depression ist als ein Symptom, das Schlafstörungen und Stimmungstiefs ähnlich ist, aufzufassen; somit sollte eine wirksame Depressionsbehandlung immer auch mit einer Senkung des Suizidrisikos verbunden sein.

Es gibt derzeit keine Anzeichen, dass es eine „Pille danach“ geben wird, die weitere Suizidversuche verhindert. Zwar wird Lithium, einem Salz, eine eigene antisuizidale Wirksamkeit zugeschrieben, aber dies gleichfalls im Kontext von depressiven Episoden (Thies-Flechtner et al., 1996). Eine Indikation für die Gabe dieses medizinisch nicht einfach zu steuernden, nebenwirkungsreichen Medikaments nach Suizidversuchen ohne länger anhaltende psychiatrische Erkrankung (z.B. nach Verlust des Partners) ist sicherlich nicht zu rechtfertigen und wird auch nicht gegeben.

Aber wie sieht die Studienlänge bei psychotherapeutischen Behandlungsansätzen aus? Hier sei die Vorbemerkung erlaubt, dass Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapien methodisch deutlich schwerer als pharmakologische Studien zu realisieren sind, insbesondere wenn es um Langzeitbeobachtungen geht, wie es bei der Frage nach dem Suizidrisiko zutrifft. Studien verlangen, dass es neben der Behandlungs- eine Kontrollgruppe gibt, die z.B. keine Behandlung erhält. Dies ist bei dem Vorliegen einer Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung nicht zu verantworten.

Collins und Cutcliffe (2003) gehen davon aus, dass Suizidalität zu erheblichen Teil die Suche nach (therapeutischer) Beziehung ist. Danebenstehend soll Hoffnung

vermittelt werden, um die Hilfe suchende Person von der Einbahnstraße eines Suizides abzubringen. Unabhängig von der Kausalität (psychiatrische Erkrankung, genetische Disposition, schwere somatische Erkrankung etc.) kommt es im Vorfeld von Suizidversuchen regelhaft zu einer Zuspitzung im Sinne der Hoffnungslosigkeit. Diese ist einer der relevantesten Risikofaktoren (Beck et al., 1985).

Die Ergebnisse der psychotherapeutischen Forschung sind eher ernüchternd. Im Rahmen einer Cochrane-Analyse fand sich keine signifikante Senkung suizidaler Ereignisse (Hawton et al., 1998) unter Psychotherapie. Dabei erstreckten sich die Interventionen von regelmäßigen psychiatrischen Kontakten mit Fachärzten für Psychiatrie über wiederholte Hausbesuche durch spezialisierte Pflegedienste, die im weiteren Sinne auch als psychotherapeutische Intervention aufzufassen sind. Die Wirksamkeit ist neben der ethischen Problematik der Nichtbehandlung aus zwei weiteren Gründen schwer zu erbringen. Diese Studien sind aufwändig und daher können nur wenige Patienten einbezogen werden. Außerdem sind die Beobachtungszeiten begrenzt (ein Jahr ist ein langer Zeitraum für eine Studie) und Suizide und Suizidversuche stellen auch in Risikokonstellationen ein seltenes Ereignis dar. In der spezifischen Konstellation der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen vorsichtige Hinweise vor, dass unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze (Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie) die Intensität der Suizidalität senken kann (Linehan et al., 1991, 1994; Clarkin et al., 2001). Die meisten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen werden die subjektive Gewissheit vermitteln, mit ihrer Therapie zukünftige Suizidversuche unwahrscheinlicher zu machen. Es gilt, dem kollektiven Bauchgefühl ohne wissenschaftlichem Nachweis zu vertrauen.

### **Wie ist es mit den konkreten Patienten weitergegangen?**

- a) Trotz des schweren Verlustes durch den Tod der Ehefrau veränderte sich die Perspektive des 80-jährigen Witwers schnell. Es wurden ihm eine Vielzahl von Hilfen angeboten, u.a. um eine dauerhafte soziale Isolation zu verhindern. Er lehnte diese alle ab. Ihm wurde die Begleitung durch einen Seelsorger angeboten. Da er nicht an Gott glaubte, nahm er diese Möglichkeit nicht wahr. In psychotherapeutischen Gesprächen erfreute ihn sichtlich, aus seinem Leben erzählen zu können, wollte dies später aber nicht im Rahmen einer professionellen Hilfe fortsetzen. Nur leben wollte er weiter. Er hatte dies seiner Frau während des Klinikaufenthaltes versprochen.
- b) Nachdem die quälende Unruhe der schwer depressiven Patientin etwas nachgelassen hatte, wurde mit ihr verabredet, alleine die Station, dann das Klinikgelände zu verlassen. Sie konnte keine wirklichen Interessen äußern, außer sich einige Schritte außerhalb der Station bewegen zu wollen. Beim fünften



Ausgang kehrte sie nicht zurück, eine Fahndung wurde eingeleitet, wenige Stunden später rief die Polizei an und teilte mit, dass sie vor den Zug gesprungen sei und dies nicht überlebt habe.

- c) Die Ehefrau war sich sicher, dass ihr Ehemann sich wünschen würde, länger am Leben zu bleiben und allen medizinischen Maßnahmen zugestimmt hätte. Er hätte niemals eine Behandlung abgelehnt. Sie besaß eine rechtsgültige Patientenvollmacht ihres Mannes und entschied, dass er Flüssigkeit erhalten sollte. Diese Behandlung ohne seine aktive Zustimmung wurde durch ein Gericht bestätigt. Der Zustand des Patienten besserte sich, sein Denken wurde wieder klarer, er konnte selbständig ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen. Zwei Wochen später erkrankte er an einer Lungenentzündung und verstarb an deren Folgen.
- d) Die Borderline-Patientin ließ sich am Tag nach dem Suizidversuch gegen ärztlichen Rat entlassen. Alle weiterführenden therapeutischen Angebote lehnte sie ab. Es bestanden keine ausreichenden Hinweise auf eine unmittelbare Selbstgefährdung, die eine Zwangsmaßnahme gerechtfertigt hätten. In den folgenden zwei Jahren kam es zu ähnlichen Episoden, einmal war ein längerer intensivmedizinischer Aufenthalt im Krankenhaus notwendig. Dann verlor sich über längere Zeit ihre Spur. Drei Jahre später begegnete eine Mitarbeiterin der ehemaligen Patientin zufällig auf der Straße. Diese berichtete, eine längere psychotherapeutische Behandlung außerhalb der Stadt akzeptiert zu haben und sich seitdem deutlich stabiler zu fühlen. Es kam in dieser Zeit zu keinem weiteren Suizidversuch.
- e) Der Patient entschied sich, sich auf einer Palliativstation behandeln zu lassen. Es waren immer höhere Dosierungen an Schmerzmitteln notwendig, die dazu führten, dass er sich zumeist in einem Dämmerzustand befand. Zumeist konnte jemand bei ihm in den wachen Stunden sein. Alle waren sich einig, dass es nur eine abstrakte Frage war, ob die hochdosierte Medikation zu einer Verkürzung seines Lebens beigetragen hat.

### **Schlussfolgerungen**

- a) Suizidales Verhalten tritt zumeist im Rahmen von psychischen Erkrankungen (ca. 90%) auf (s. Stellungnahme der DGPPN).
- b) Die Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen hat absolute Priorität.
- c) Der Einfluss bisheriger therapeutischer Behandlungsmöglichkeiten auf die Prävalenz von Suizidversuchen ist nicht eindeutig. Umso wichtiger ist es, die

- wissenschaftlichen Bemühungen eine Senkung der Suizidrate zu erreichen, mindestens beizubehalten, bestmöglichst, zu verstärken.
- d) Das Akzeptieren der Möglichkeit eines Suizidversuches ist oft eine Grundvoraussetzung, um therapeutisch helfen zu können.
  - e) Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bedeutet nicht, dass die freie Willensbildung aufgehoben ist.
  - f) Auch wenn psychische Erkrankungen sicherlich nicht immer die Basis zu Suiziden ist, kann im Einzelfall nie ausgeschlossen werden, dass diese doch vorliegt. Es scheint ein Widerspruch zu sein, aber psychische Erkrankungen sind kein dichotomes Phänomen.
  - g) Alleine aus diesem Grund verbietet es sich, Menschen in ihrem suizidalen Wunsch aktiv zu unterstützen.
  - h) Wenn alles getan wird, um Leid zu lindern, kann dies auch bedeuten, dass es zu einer Verkürzung der Lebensdauer kommt.

---

## Literatur

*Barnow, S./Linden, M. (2000), Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly, in: Crisis 21, 171–180.*

*Beck, A. T./Brown, G. K./Steer, R. A./Dahlsgaard, K. K./Grisham, J. R. (1999), Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients, in: Suicide and Life-Threatening Behavior, 29/1, 1-9.*

*Bohus, M./Schmahl, C. (2007), Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, in: Der Nervenarzt, 78/9, 1069-1081.*

*Clarkin, J.E./Foelsch, P.A./Levy, K.N./Hull, J.W./Delaney, J.C./Kernberg, O.F. (2001), The development of a psychodynamic treatment for patients with Borderline Personality Disorder. a preliminary study of behavioral change, in: Journal Personality Disorder 15, 487-495.*

*Collins, S./Cutcliffe, J. R. (2003), Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioral approach, in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10, 175-185.*

*Conwell, Y./Van Orden, K./Caine, E.D. (2011), Suicide in Older Adults, in: The Psychiatric clinics of North America 34/2, 451-468.*

Fiedler, G. (2003) Todesursachenstatistik, NASPRO, Hamburg, Statistisches Bundesamt

Fiedler, G. (2011), Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Suizide in Deutschland. TZI Universität Hamburg-Eppendorf, [www.suizidpraevention-deutschland.de](http://www.suizidpraevention-deutschland.de)

*Freilinger, F. (2009), Das institutionalisierte Sterben. Sozioökonomische Aspekte des Sterbens, in: focus neurogeriatrie 3/1, 6-10.*

Häfner, H. (2000), Die nationalsozialistische Ära. Der Einbruch der totalen Unmenschlichkeit in die Behandlung psychisch Kranker, in: Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt, S. 65-71.

Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter*. Erkennen, bewältigen, behandeln. Weinheim: Beltz-Verlag

*Hawton, K./Arensman, E./Townsend, E./Bremner, S./Feldman, E./Goldney, R./Gunnell, D./Hazell, P./van Heeringen, K./House, A./Owens, D./Sakinofsky, I./Traskman-Bendz, L. (1998), Deliberate self-harm. systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition, in: British Medical Journal 317, 441-447.*

Hendin, H./ Haas, A. P./ Maltzberger, J. T./ Szanto, K./ Rabinowicz, H. (2004), Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient, in: American Journal of Psychiatry 161/8, 1442-1446.

Lester, D. (1995), The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals. a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*, 28, 45-50.

*Lindner R. (2012), Suizidalität im Alter, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137/40, 2002-2004.*

*Linehan, M.M./Armstrong, H.E./Suarez, A./Allmon, D./ Heard H. (1991), Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, in: Archives of General Psychiatry 48, 1060-1064.*

*Linehan, M.M./Tutek, D.A./Heard, H.L./Armstrong, H.E. (1994), Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients, in: American Journal of Psychiatry 151, 1771-1776.*

Möller, H.-J. (1992), Antidepressants – do they decrease or increase suicidality? in: *Pharmacopsychiatry* 25, 249-253.

Pöldinger, W. (1968), *Die Abschätzung der Suizidalität*, Bern: Huber.

Roy, A./Rylander, G./Forslund, K./Åsberg, M./Mazzanti, C.M./Goldman, D./Nielsen, D.A. (2001), Excess tryptophan hydroxylase 17 779C allele in surviving cotwins of monozygotic twin suicide victims, in: *Neuropsychobiology* 43, 233-236.

Roy, A./ Segal, N.L./ Centerwall, B.S./Robinette, C.D. (1991), Suicide in twins, in: *Archives of General Psychiatry* 48, 29-32.

Sharma, R./Markar, H.R. (1994), Mortality in affective disorder, in: *Journal of Affective Disorder* 31, 91-96.

Siegel, K. (1986), Psychosocial aspects of rational suicide, in: *American Journal of Psychotherapy* 40, 405-418.

Souery, D./van Gestel, S./Massat, I./Blairy, S./Adolfsson, R./Blackwood, D./ Del-Favero, J./Dikeos, D./Jakovljevic, M./Kaneva, R./Lattuada, E./Lerer, B./ Lilli, R./Milanova, V./Muir, W./Nöthen, M./Oruc, L./Papadimitriou, G./Propping, P./Schulze, T./ Serretti, A./Shapira, B./Smeraldi, E./Stefanis, C./ Thomson, M./van Broeckhoven, C./Mendlewicz, J. (2001), Tryptophan hydroxylase polymorphism and suicidality in unipolar and bipolar affective disorders: a multicenter association study, in: *Biological Psychiatry* 49, 405-409.

Stuckler, D./Basu, S./Suhrcke, M./Coutts, A., McKee, M. (2009), The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *Lancet* 374, 315–23.

Thies-Flechtner, K./ Müller-Oerlinghausen, B./ Seibert, W./Walther, A./ Greil, W., (1996), Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders, in: *Pharmacopsychiatry* 29, 103-107.

Wolfersdorf, Manfred (2008), Suizidalität, *Der Nervenarzt* 79/11, 13-19.

Wolfersdorf, M./Kaschka, W.P. (1996), Zur Psychobiologie suizidalen Verhaltens: abschließende Bemerkungen, in: *Suizidalität*, Berlin/Heidelberg: Springer, 229-231.

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

<https://www.bundestag.de/blob/391578/ffb841c3dc958b0689190efd66d35e61/deutsche-gesellschaft-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie--psychosomatik-und-nervenheilkunde-e-v---dgppn--data.pdf> Abrufdatum: 12.12.2017

### Über den Autor

**Frank Godemann**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Klinik Pacelliallee, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Honorarprofessor in klinischer Psychologie / Psychotherapie an der der Universität Potsdam, Forschungsschwerpunkt: Psychiatrische Versorgungsforschung in Deutschland.

### Über [www.ethikjournal.de](http://www.ethikjournal.de)

**EthikJournal** ist eine Onlinezeitschrift für Ethik im Sozial- und Gesundheitswesen. Ausgehend von aktuellen Problemen werden grundlegende theoretische und handlungsorientierte Themen zur Diskussion gestellt. Die Zeitschrift erscheint zweimal im Jahr online. Herausgeber der Zeitschrift ist das Berliner Institut für christliche Ethik und Politik (ICEP).

**ISSN 2196–2480**

### Zitationsvorschlag

Godemann, Frank (2017), Der Mensch will leben - eigentlich, in: EthikJournal, 4 Jg. / Nr. 2, Download unter: [Link zum pdf-Onlinedokument](https://www.bundestag.de/blob/391578/ffb841c3dc958b0689190efd66d35e61/deutsche-gesellschaft-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie--psychosomatik-und-nervenheilkunde-e-v---dgppn--data.pdf) (Zugriff am).