

PSYCHOHYGIENE

Zur Psychologie des Alltags

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Suizid-Gefahr erkennen

Wenn sich dunkle, suizidale Gedanken gefährlich verdichten, wie lässt sich das erkennen, und zwar rechtzeitig? Dazu hat die entsprechende Wissenschaft, nämlich die Suizidologie, in den letzten Jahrzehnten konkrete Erkenntnisse gesammelt. Nachfolgend eine kurz gefasste Auswahl, beginnend mit falschen Vorstellungen und allgemeinen Irrtümern, Definitionen von Suizid und Suizidversuch und aktuellen Zahlen. Danach eine kurze Übersicht zu bestimmten Risiken und eine etwas ausführlichere Darstellung zur Suizid-Prävention heute: was muss bei Verdacht auf Suizidalität geklärt werden, was spricht für ein erhöhtes Suizidrisiko und schließlich Warn- oder gar Alarmsymptome. Und als Ergänzung spezielle Aspekte, d. h. der erweiterte Suizid, der Schienentod, besonders riskante Suizid-Orte, Suizidalität und Internet, Suizid-Gefahr im höheren Lebensalter u. a.

SUIZID-GEFAHR: ALLGEMEINE ASPEKTE

„Selbstmörder ist man lange, bevor man Selbstmord begeht“ sowie „Selbstmord, das ist die Abwesenheit der anderen“. – Zwei nachdenkenswerte Sätze, aus dem Erfahrungsgut der (früheren) Suizidologie. Dabei gilt es aber eine Reihe von

- **falschen Vorstellungen und allgemeinen Irrtümern** zu korrigieren:
 - Wer vom Suizid redet, wird ihn nicht begehen. Jedoch: Auf 10 Suizidanten kommen 8, die unmissverständlich von ihren Absichten gesprochen haben.

- Ein Suizid geschieht ohne Vorzeichen. Jedoch: Viele Betroffenen haben sich lange genug durch unmissverständliche Zeichen oder Handlungen bemerkbar gemacht - vergebens.

- Wer einen Suizid begeht, will sich unbedingt das Leben nehmen. Jedoch: Die meisten Suizidanten schwanken zwischen dem Wunsch zu leben und zu sterben. Doch kaum einer nimmt diesen Kampf richtig wahr. Und wenn, ist man hilflos: Was tun?

- Wer einmal zum Suizid neigt, wird es immer wieder tun. Jedoch: Suizidanten haben im Allgemeinen nur während einer begrenzten Zeit ihres Lebens den Wunsch, sich zu töten. Das kann sich allerdings wiederholen.

- Wenn sich eine suizidale Krise auflöst, bedeutet das auch das Ende des Risikos. Jedoch: Die meisten Suizide geschehen wenige Monate nach Beginn der Besserung, wenn der Patient ernüchert und von neuem die Energie hat, (selbstzerstörerische) Entschlüsse zu fassen und auszuführen.

- **Definition des Suizidversuchs:** Der Suizidversuch ist eine selbst-verursachte bzw. -veranlasste, selbst-schädigende Handlung mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens (eher ambivalenter, zwiespältiger Todeswunsch) etwas verändern zu wollen. Oder eine primär als Suizid angelegte Handlung, die aus zufälligen Gründen überlebt wird.

- **Definition des Suizids:** Der Suizid ist eine selbst-verursachte bzw. -veranlasste selbst-schädigende Handlung mit dem Ziel, tot zu sein (hoher Todeswunsch) und in dem Wissen, mit der Erwartung oder in dem Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Der Ausgang der Handlung ist der Tod.

- **Differenzierung:** Ein wachsendes Problem ist die möglichst scharfe Abgrenzung von *Freizeit-Risikoverhalten* und *nicht-suizidaler Selbst-Gefährdung* bzw. *nicht-suizidaler Selbst-Verletzung* (z. B. Schnittverletzungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung). Als kennzeichnendes Merkmal zur Abgrenzung nicht-suizidaler von suizidaler Auto-(Selbst-)Aggression zieht man folgende Faktoren heran:

Kürzlich erfolgte Suizid-Ankündigungen, ein suizid-riskantes Beschwerdebild (Fachbegriff: Risiko-Psychopathologie mit erhöhtem Suizid-Risiko), frühere Suizidversuche, so genannte Impuls-Kontrollstörungen mit fremd- und auto-aggressiver Neigung sowie wahnhaftes Erleben, insbesondere mit Bedrohtheit, Vernichtungs-Fantasien bzw. Depersonalisation („ich bin nicht mehr ich“) und Auflösung der eigenen Identität verbunden.

- Der „**erweiterte Suizid** oder **Suizidversuch**“ meint die Mitnahme einer anderen Person in die eigene suizidale Handlung. Dazu gehört der „*Doppel-*

Suizid“ als gleichzeitige Selbsttötung zweier Menschen. Ferner der so genannte *Mitnahme-Suizid*, z. B. bei einer wahnhaft-depressiven Mutter, die in pseudo-altruistischer Weise ihr Kleinkind mit in den Tod nimmt. Auch den *Massen-Suizid* kann man darunter zählen, d. h. die Selbsttötung ganzer Gruppen von Menschen, meist eine Mischung aus Selbsttötung, Töten, Getötet-Werden und Sich-töten-Lassen.

Im US-amerikanischen Sprachraum werden auch die „*Geisterfahrer-Suizide*“ als „*Murder Suicide*“ bezeichnet. Bei den „*Terroristen-Suiziden*“ wird der Suizident im Rahmen einer terroristischen Kriegsführung zur „Waffe“, wobei es nicht um die Selbsttötung, sondern die Vernichtung anderer geht. Der Begriff „*Bilanz-Suizid*“ wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert und von der Mehrheit der Experten abgelehnt. Zum vielschichtigen Phänomen des „*Amok*“ siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie.

Zur Statistik des Suizids

Laut offizieller Statistiken starben im zuletzt statistisch erfassten Jahr 2013 wieder deutlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und AIDS zusammen: über 10.000 Menschen, d. h. 2,5 auf 100.000 Einwohner. Damit steigt die so genannte Suizidziffer nach einem leichten Rückgang wieder an.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben pro Jahr weltweit etwa eine Million Menschen durch Selbsttötung. Damit ist der Suizid über alle Altersgruppen hinweg die zehnt-häufigste Todesursache.

Bei den Suizid-Methoden dominiert deutlich das Erhängen, gefolgt von Medikamenten, Schusswaffen (fast nur Männer), das so genannte „Legen vor ein sich bewegendes Objekt“ (meist Zug, zunehmend) und der Sturz aus der Höhe. Auch die Selbsttötung durch Gase nimmt zu.

Der Suizid ist in Deutschland ein Phänomen des höheren Lebensalters, ebenfalls ansteigend. Das betrifft beide Geschlechter, vor allem aber das männliche. Denn der Anteil der Männer ist mit 74% fast dreimal so hoch wie jener der Frauen mit 26%. Als besonders gefährdet gelten vereinsamte Senioren.

Interessanterweise gibt durchaus nachdenklich machende Unterschiede nicht nur zwischen den einzelnen Nationen (z. B. führend: Ungarn, inzwischen auch die baltischen Staaten, vor allem Litauen, im Weiteren Finnland, Russland, Weißrussland u. a.); im Fernen Osten sind es besonders Südkorea und Sri Lanka sowie Japan.

Auch zwischen den einzelnen deutschen Bundesländern gibt es Unterschiede, sogar nach Geschlecht, die sich aber soweit in Grenzen halten und auch je nach Erhebung variieren.

Weitere Einzelheiten siehe das Statistisches Bundesamt bzw. die entsprechende Fachliteratur (z. B. die deutschsprachige Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe*).

Verstärktes Risiko für suizidales Verhalten

Die Suizid-Forschung hat im Verlauf der Jahrzehnte immer konkreter erfassbare Gruppen mit *erhöhtem Risiko* für suizidales Verhalten herausgearbeitet. Wer gehört dazu?

- *Menschen mit seelischen Erkrankungen*: Einzelheiten dazu siehe unten.
- *Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität*: Zu denken ist an Suizid-Ankündigungen (Appell in zwiespältiger innerseelischer Einstellung, vor allem in suizidalen Krisen und nach bereits überlebtem Suizid-Versuch; in 10% droht dabei ein Rückfall mit vollendetem Suizid!).
- *Alte Menschen* mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronisch einschränkenden Krankheiten, nach Verwitwung, bei Mehrfach-Belastung aus seelischen und körperlichen Leiden heraus (so genannte Ko-Morbidität) u. a.
- *Junge Erwachsene oder gar Jugendliche* mit Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innerer Vereinsamung), Drogen-Problemen, familiären Problemen, Ausbildungs-Problemen usf.
- *Menschen in traumatisierenden Situationen und Veränderungs-Krisen*: Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen, Verlust des sozialen, kulturellen oder politischen Lebensraumes, Identitätskrisen, chronische Arbeitslosigkeit, Kriminalität, Zustand nach Verkehrsdelikt (z. B. mit Verletzung oder gar Tötung eines anderen) u. a.
- *Menschen generell (also nicht nur im höheren Lebensalter s. o.) mit entsprechenden Leiden*, z. B. schmerzhaften, chronischen, lebens-einschränkenden, verstümmelnden körperlichen Erkrankungen, insbesondere des Bewegungs- und zentral-nervösen Systems (Gehirn und Rückenmark), mit terminalen Erkrankungen (im End-Stadium) oder mit Siechtum und extremer Pflegebedürftigkeit usw.

Beispiele: An erster Stelle unter dem Aspekt der „**Risiko-Gruppen**“ **generell** stehen also Menschen mit psychischen Erkrankungen, hier vor allem Depressionen (s. u.), gefolgt von alten und vereinsamten Menschen, von chronisch Kranken mit Dauer-Schmerzen und fehlender Heilungsaussicht, von Alkohol- und Drogen-Abhängigen (bis zu 30% der so genannten Drogentote gelten als Suizide), von Patienten mit Anorexie, von Menschen, bei denen Suizid-Ankündigungen oder gar -Drohungen bekannt sind bzw. solche, bei denen be-

reits ein Suizidversuch vorlag (10% wiederholen den Versuch in den ersten 12 Monaten), gefolgt von schizophren Erkrankten (besonders junge Männer), Personen mit Persönlichkeitsstörungen sowie solche, die sich in Haft befinden (vor allem die erste Zeit unter Untersuchungs-Haft-Bedingungen). Nicht zu vergessen auch bestimmte Berufsgruppen, bei denen vor allem medizinisches Personal und Ärzte zu finden sind.

Beim spezifischen Aspekt *psychische Erkrankung und Suizid* stehen also an erster Stelle affektive (Gemüts-)Störungen, insbesondere depressive Erkrankungen. Danach so genannte substanz-bezogene Störungen, d. h. Alkohol, Rauschdrogen und Medikamente, wobei nur ein begrenzter Teil in fachärztlicher klinischer Behandlung ist. Im Weiteren folgen Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen (schon eher in fachärztlicher Behandlung stehend). Schließlich hirnorganische Störungen, andere psychotische Erkrankungen (abzüglich der schon erwähnten Schizophrenie), Angststörungen, somatoforme Störungen (früher als psychosomatische Erkrankungen bezeichnet), Anpassungsstörungen u. a.

SUIZIDPRÄVENTION HEUTE

Bei der möglichst frühen und konkreten **Einschätzung der Suizidalität** differenziert man in Basis-Suizidalität und eigentliche Suizid-Gefahr. Konkrete Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur und ihre Experten, z. B. die Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* bzw. M. Wolfersdorf u. Mitarbeiter. Im Einzelnen:

- Unter **Basis-Suizidalität** versteht man das Ausmaß suizidaler Gefährdung eines Menschen vor dem Hintergrund seiner Lebens- und Krankheits-Geschichte sowie der aktuellen Situation. Eine so genannte *erhöhte Basis-Suizidalität* liegt nach klinischer Erfahrung vor bei suizidalen Krisen, Suizidversuchen in der Vorgeschichte, suizidalen Handlungen, auch unter Hilfe- und Therapie-Bedingungen, bei einer Störung der Impuls- und Aggressions-Kontrolle, bei Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeits-Einstellung, bei Suiziden in der Familie u. a. sowie bei Zugehörigkeit zu einer Risiko-Gruppe. Beispiele: psychisch Kranke, Suizidalität in der Vorgeschichte, besonders belastende Lebens-Situationen u. ä.
- Eine **erhöhte Suizidgefahr** liegt dann vor, wenn ein Patient jetzt(!) konkrete Todes- und Ruhewünsche äußert, jetzt konkrete Suizid-Ideen und -Pläne erkennen lässt, bei direktem Nachfragen nicht offen mit dem Thema Suizidalität umgeht und nicht glaubwürdig wirkt (siehe später). Ferner fremd-anamnestisch (d. h. wenn durch andere, z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn usw.) suizidale Äußerungen bekannt geworden sind, aber vom Betroffenen verneint werden. Und wenn er zu einer Risiko-Gruppe gehört und aktuell suizid-

fördernde Krankheitszeichen aufweist, tief hoffnungslos und nicht aufhellbar bzw. korrigierbar ist, konkrete Zeitpunkte und Rahmen-Bedingungen festgelegt hat, die eine Selbsttötung nahe legen bzw. begründen, bereits mehrfach psychisch erkrankt ist, in einer extremen und ausweglos erscheinenden sozialen Situation gefangen ist oder an einer schwer entstellenden, schmerzhaften, unheilbaren u. ä. Krankheit leidet.

- Eine **akute Suizidgefahr** liegt dann vor, wenn ein Patient eine konkrete Suizid-Absicht äußert, eine Suizid-Handlung geplant und bereits vorbereitet und diese eventuell abgebrochen hat, konkrete Suizid-Anweisungen durch vorliegende Krankheitszeichen (z. B. akustische Halluzinationen, d. h. Stimmen-Hören mit Suizidaufforderung) oder andere Einflussnahmen erfährt, sein ausgeprägter Leidensdruck („seelischer Schmerz“) nicht mehr ertragbar erscheint (und damit hoher suizidaler Handlungsdruck gegeben ist) und autoaggressiv (selbst-aggressiv) und nicht mehr steuerungs-fähig und damit absprache-fähig ist.

Einige Beispiele für bestimmte Warn- oder gar Alarm-Symptome:

- Ausdrücklich erklärte, keine Zweifel zulassende Suizid-Absicht mit oder ohne Handlungs-Druck, d. h. dranghafte Suizidalität.
- Akustische Halluzinationen, also beispielsweise imperative (befehlende) Stimmen, massiv entwertende Stimmen, auch Stimmen von Verstorbenen, die zu sich rufen, auf jeden Fall zur Selbsttötung auffordernde akustische Sinnestäuschungen.
- Tiefe, nicht aufhellbare Hoffnungslosigkeit, was beispielsweise mit einer Psychose zusammenhängen kann, sprich psychotische Depression, Schizophrenie bzw. schizophrenie-nahe Krankheitsbilder wie schizotypische oder schizoide Persönlichkeitsstörung u. a.
- Tiefe depressive Herabgestimmtheit, ja Verzweiflung und vor allem Hoffnungslosigkeit, oft auch als „seelischer Schmerz“ bezeichnet.
- Ausgeprägte und anhaltende narzisstische Kränkung(en).
- Anhaltende Gefühle von Vereinsamung, Verlassen-Sein u. a.
- Pseudo-altruistische Gedanken, also selbstlos, ja aufopfernd für andere. In diesem Fall aber keine echte Rücksicht im gesunden Sinne, was Partner, Familie, Kinder, Gesellschaft u. a. anbelangt. Eher im Sinne von „alle, die ganze Welt wären besser dran, wenn ich nicht mehr leben würde“.

- Vor allem wahnhaft (paranoide) Befürchtungen von elendem Versterben, von Untergang von Partner, Familie, Kinder, der ganzen Welt, von schwerer existenzieller Bedrohtheit (sozial, wirtschaftlich, ggf. vielleicht sogar Verfolgung u. a.).
- Hoher Leidesdruck wegen ständig wiederkehrender psychotischer Erkrankung und damit Behandlungsbedürftigkeit sowie der bereits erwähnten Hoffnungslosigkeit.
- Anhaltende quälende innere und äußere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Getriebenheit.
- Ausgeprägte, quälende Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen, meist alles zusammen), und das über längere, zermürbende Zeit.
- Fehlende Impuls-Kontrolle mit entsprechenden autoaggressiven Neigungen zur Selbstverletzung.

● **Was muss bei Verdacht auf Suizidalität geklärt werden?**

- Hat der Patient Suizid-Ideen/Todeswünsche oder gar Suizidabsichten?
- Hat er einen hohen dringhaften Handlungs-Druck, Suizid-Ideen in eine suizidale Handlung umzusetzen oder nicht?
- Hat er realistische Hoffnung auf Hilfe/Veränderung, und zwar hier und jetzt und entlastet das Gespräch / der Kontakt spürbar?
- Planungen für die nächste Zukunft? Realistisch oder nicht?
- Hat er akute Suizid-Absichten „auf später aufgeschoben“, d. h. ist aus seinem Entschluss wieder Ambivalenz und damit, zumindest auf Zeit, wieder die Bereitschaft zur Nutzung entsprechender Hilfs-Angebote geworden?
- Verleugnet der Patient trotz Ansprechens, trotz anders lautender Informationen seine Suizidalität?
- Scheint er „glaubwürdig“, ist er „offen“?
- Ist der Patient überhaupt geschäftsfähig?
- Hat er in psychopathologischer Hinsicht suizid-fördernde Symptome, z. B. Wahn, Sinnestäuschungen, altruistische Ideen (s. o.) oder Ähnliches?

- Ist stationäre oder ambulante Behandlung nötig? Muss man ihn ggf. in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie einweisen, auch gegen seinen Willen? Muss vielleicht sogar die Polizei eingeschaltet werden?
 - Auch ist im Rahmen einer ambulanten Behandlung die Frage zu klären: Gibt es positive Bezugspersonen um ihn herum? Sind sie verfügbar, und zwar realistisch gesehen (nicht nur Lippenbekenntnisse, Ankündigungen ohne Realisierungsmöglichkeit u. ä.)? Sind konkrete Fürsorge-Maßnahmen gesichert? Sind eine regelmäßige ambulante Betreuung gegeben, wenigstens kurze Telefonkontakte möglich?
 - Ist der Patient glaubwürdig bereit bzw. fähig, sich bei Verschlechterung bzw. drängenden oder wieder auftretenden Suizidideen umgehend an eine oder mehrere Bezugspersonen bzw. den Therapeuten zu wenden?
 - Ist der Patient mit einer konkreten Therapie-Planung einverstanden, z. B. was Krisen-Intervention, längerfristige Betreuung, ggf. stationäre Behandlung und entsprechende Medikamente anbelangt?
- **Kurzgefasste Schlussfolgerung aus der Alltags-Erfahrung: Was spricht für ein erhöhtes Suizidrisiko?**
- Frühere Suizidversuche oder suizidale Äußerungen
 - Vorkommen von suizidalen Handlungen oder Androhungen im Bereich der Verwandtschaft oder näheren Umgebung (Nachahmungseffekt, Sogwirkung, Identifikationsneigung)
 - offene oder versteckte Suizid-Drohungen
 - Äußerung konkreter Vorstellungen über Vorbereitung oder Ausführung
 - Selbstvernichtungs- und Katastrophenträume
 - „unheimliche Ruhe“ nach vorangegangener suizidaler Unruhe, Aufgewühltheit und Zerrissenheit
 - ängstlich-gespanntes oder getriebenes Verhalten
 - langdauernde, zermürende Schlafstörungen
 - unterdrückte Gefühlsausbrüche und Aggressionsstauungen
 - Beginn oder Abklingen depressiver Phasen
 - biologische Krisenzeiten: Pubertät, Schwangerschaft, Stillzeit, Wechseljahre, Rückbildungsalter

- schwere Schuld- und Unfähigkeitsgefühle
- unheilbare Krankheit oder Wahnvorstellung von einer unheilbaren Krankheit
- Alkoholismus, Rauschgiftsucht, Medikamentenabhängigkeit, Mehrfach-Abhängigkeit
- familiäre Probleme in der Kindheit (Trennung, Scheidung, Tod eines Elternteils, Stiefeltern, Heimaufenthalt)
- Fehlen oder Verlust mitmenschlicher Kontakte (Vereinsamung, Entwurzelung, Liebesenttäuschung)
- berufliche und finanzielle Schwierigkeiten
- Fehlen eines Aufgabenbereichs und Lebensziels
- Fehlen oder Verlust tragfähiger religiöser Bindungen

● **Einige Beispiele für entsprechend gezielte Fragen:**

- Haben Sie gegen jemanden Wut, Zorn, Hassgefühle, die Sie unterdrücken müssen? – Aggressionen, die unterdrückt werden (müssen) können sich gegen die eigene Person richten.
- Haben sich Ihre Interesse, Gedanken und zwischenmenschlichen Kontakte gegenüber früher eingengt? – Je mehr sich die Außenkontakte reduzieren, die Gefühlswelt verarmt, das Blickfeld einengt, die Zukunft „röhrenförmig“ auf suizidale Impulse zentriert, desto größer die Gefahr.
- Haben Sie schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen? – Diese an sich schockierende Frage löst eine heimliche Suizidgefahr nicht aus, sondern macht sie dem Betroffenen oftmals erst richtig bewusst. Je konkreter nun seine Vorstellungen oder gar Vorbereitungen, desto größer die Gefahr.
- Denken Sie bewusst daran oder drängen sich derartige Gedanken bereits auf, auch wenn Sie es nicht wollen? – Suizidideen, die sich passiv aufdrängen, sind gefährlicher als selbst herbeigeführte Selbstmordphantasien.
- Haben Sie schon über Ihre Absichten mit jemandem gesprochen? – Jede Form von Ankündigung, versteckte wie demonstrativ erscheinende, muss stets ernst genommen werden.

Dabei nochmals die alte Erkenntnis nicht vergessen:

Jedem Suizid geht ein missglücktes oder nicht stattgehabtes Gespräch voraus. Denn: Selbstmörder ist man lange, bevor man Selbstmord begeht. Oder noch eindrücklicher: Selbstmord, das ist die Abwesenheit der anderen.

SUIZID-GEFAHR: SPEZIELLE ASPEKTE

Die häufigste Suizid-Methode ist - wie erwähnt - das Erhängen (in Deutschland bei der Hälfte der Männer und bei einem Drittel der Frauen). An zweiter Stelle die Vergiftung, bei beiden Geschlechtern gleich. Danach folgen bei Männern die Verwendung von Schusswaffen und bei Frauen der Sturz aus großer Höhe bzw. vor Zug/Pkw.

Darüber hinaus gibt es aber einige spezifische Aspekte, die hier gesondert angeführt werden sollen.

- **Der erweiterte oder „Mitnahme-Suizid“**

Beim erweiterten Suizid oder Mitnahme-Suizid handelt es sich - im Gegensatz zur bisher vorherrschenden Lehrmeinung - überwiegend um Männer zwischen 40 und 70 Jahren, zumeist im 5. Lebensjahrzehnt. Doch auch bei älteren Männern sollte man sich nicht täuschen lassen.

Die Täter im Rahmen des erweiterten Suizids nehmen sich in der Regel durch Erschießen das Leben, gefolgt von Erhängen, Schnitt, Vergiftung und sogar Selbst-Anzündung. Die wohl zumeist ahnungslosen Opfer eines „Mitnahme-Suizids“ werden ebenfalls zumeist erschossen, aber auch erdrosselt, vergiftet oder durch Stich bzw. Schnitt zu Tode gebracht.

- Zum einen sind es vor allem *Männer im mittleren Lebensalter*, die aus subjektiver Sicht in ihrer Lebensplanung gescheitert sind und wegen des drohenden Verlustes der gesellschaftliche Reputation und des gesellschaftlichen Status meinen, ihrer Familie ein Leben „in Armut und Schande“ ersparen zu müssen - und ihre Angehörigen und dann sich zu töten.

- Eine zweite, eher neuere und nicht kleinere Gruppe sind *ältere Männer*, die ihre über lange Jahre mit ihnen verbundene Ehefrau aus Angst vor drohender und tatsächlicher Krankheit töten, um ihr ein „schlimmes Schicksal“ zu ersparen.

- Die letzte und offenbar inzwischen wohl kleinste Gruppe (in den Lehrbüchern aber häufig noch als wichtigste angeführt) sind *depressive Frauen*, die aus dem Leben scheiden und dabei ihr Kind oder ihre Kinder „mitnehmen“ wollen. Zum einen sind sie der Meinung, sie könnten ohne ihre Mutter ohnehin nicht weiter existieren. Zum anderen färbt die eigene Schwermut auch das Schicksal der ja gesunden und ahnungslosen Kinder negativ ein, d. h. die depressiven Mütter erlösen nicht nur sich, sondern auch ihre „unglücklichen“ Kinder von dem in ihren Augen gemeinsamen(?) hoffnungslosen Schicksal.

- Glücklicherweise selten, dafür grauenhaft in seinen Folgen sind die bewussten Sturz-Manöver todeswilliger Piloten mit allen Folgen für die regelrecht gefangenen Fluggäste (auch als erweiterter „Piloten-Suizid“ bezeichnet). Hier geht es aber nach Experten-Ansicht im Aussperren oder gar Kampf mit dem anderen Piloten bei dem gewollten Sturzflug wohl nicht nur um eine depressive Reaktion oder schwere depressive Episode im Rahmen einer schon vorher bekannten Depression, es geht auch nicht selten um einen so genannten „malignen Narzissmus“ (siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie). Depressive Zustände lassen sich zwar in der Vorgeschichte dieser Suizidenten nicht selten eruieren (wenn auch wegen Vertuschung und vor allem ärztlicher Schweigepflicht schwer objektivierbar), die eigentliche Suizid-Aktion aber dürfte gemäß dem Lehrsatz „Selbstmörder ist man lange, bevor man Selbstmord begeht“ meist schon vorher geplant sein, bis zur „gegebenen Gelegenheit“. Siehe auch das Kapitel über Amok.

Es gibt aber nicht nur solche Suizid-Aktionen mit größeren Passagier-Maschinen, sondern auch in kleinen Flugzeugen, und zwar entweder vom Pilot allein ausgeführt oder erzwungen durch den überraschenden Eingriff eines suizid-willigen Fluggastes neben dem überrumpelten Piloten.

• **Der Schientod**

Der Schientod im Eisenbahn-Bereich ist einer der schaurigsten Suizid-Arten. Glücklicherweise soll der Bahn-Suizid nicht allzu häufig sein. Doch das ist ein Irrtum. Im Durchschnitt ereignen sich auf den Bahngleisen Deutschlands mehrere Suizide pro Woche. Natürlich ist der Schientod der letzte Schritt, aber auch ihm geht eine suizidale Entwicklung voraus. Daneben gibt es eine Reihe von harten (statistischen) Daten, deren Kenntnis nützlich sein könnte:

- *Hochrisiko-Zeiten* in den Monaten April und September sowie an den Wochentagen Montag und Dienstag. Und dies vor allem jeweils in den Morgen- und Abendstunden.

- *Lokale Verteilung*: Das sind in 68% Bahnhöfe und in 81% eine psychiatrische Klinik in nächster Nähe. Daneben kennt aber auch jeder Zugführer weitere Örtlichkeiten, die sich vor allem dadurch auszeichnen, dass man sie schlecht einsieht.

Viele Lebensmüde verhalten sich in der Nähe eines Gleiskörpers oder gar auf dem Bahnsteig vor einem Suizid irgendwie auffällig, eigentümlich, unüblich. Und zwar anders als geistig oder körperlich Behinderte oder (gewollt) skurrile Mitbürger.

Beispiele: So zeigen sich (Bahn-)Suizidenten kurz vor der Tat oft unschlüssig; manche warten mehrere Züge ab, bevor sie springen. Einige wirken wie „gesteuert“, also nicht wie sie selber, wie fremd-gesteuert. Andere verstecken ihr Gesicht hinter Hüten, vermeiden Blickkontakt, tragen auffällige Gegenstände mit sich, z. B. Familienphotos im Bilderrahmen. Oder sie hinterlassen offen oder versteckt ein kleines Päckchen aus ihrem Hab und Gut. Oder sie stellen beim Einfahren des Zuges plötzlich ihre Taschen ab, um leichter springen zu können (während alle anderen ihr Gepäck hochnehmen, um möglichst rasch in den Wagen zu kommen). Ansonsten unterscheiden sie sich bezüglich Alter, Geschlecht, Aussehen, Kleidung, sozialer Status u. a. offenbar nicht von den ebenfalls wartenden Bahn-Kunden.

- **Besonders riskante Suizid-Orte**

Besonders gefährliche Risiko-Örtlichkeiten („*Hot Spots*“) betreffen vor allem Gebäude (die aber nicht immer hoch oder gar Hochhäuser sein müssen), ferner Brücken, Klippen, Waldgebiete u. a.

Bei der *Auswahl von Ort und Methode* spielt offensichtlich deren „Popularität“ (im negativen Sinne) eine wichtige Rolle. Beispiele: Berühmte Suizidenten, die an diesem Ort ihr Leben verloren, literarische Hinweise (Aokigahara Forest), besondere Architektur (Golden Gate Bridge) oder spezielle Eigenschaften bzw. das erste Bauwerk seiner Art (Clifton Suspension Bridge in England), oder die Schönheit des Ortes (Niagarafälle) bzw. bestimmte Mythen (Beachy Head) u. a.

Auch bizarre Suizidmethoden ziehen offensichtlich potentielle Suizidenten an. Je ungewöhnlicher, desto größer die Wahrscheinlichkeit der Imitation (z. B. Selbst-Verbrennung, „Fallschirmspringen“ mit Todesfolge, U-Bahn-Suizide, Springen von hohen Plätzen und Gebäuden usw.).

Die „absichtliche selbstschädigende Handlung durch Sturz aus der Höhe“, also der Sprung, wählt im Schnitt etwa jeder 10. Suizident, je nach Region (und damit entsprechenden Verfügbarkeit und möglichst einfacher Zugänglichkeit).

Ein weiterer Risikofaktor scheint die räumliche Wohnortnähe zum Suizidort zu sein. Dies gilt auch für die Nähe einer psychiatrischen Einrichtung. Aber eben auch der beschriebene Bekanntheitsgrad über die Grenzen hinaus, der mitunter Suizidenten aus der ganzen Welt anzuziehen vermag. Dagegen scheint es keinen Zusammenhang zwischen Brückenhöhe und Suizidzahl zu geben. Dabei pflegen sich folgende Hinweise bei einem derartigen Suizidversuch zu häufen:

Trunkenheit, weites Lehnen über Barriere, Zaun oder Klippe, Abwinken (Verscheuchen) von Passanten, das Hinterlassen von persönlichen Gegenständen in sichtbarer oder versteckter Nähe, die Taxifahrt „einfach“ von einer psychiatrischen Klinik direkt zum gewählten Suizidort u. a.

- **Suizidalität und Internet**

Neben der Imitation nach entsprechenden Presseberichten (Golden Gate Bridge, Götzschalbrücke, Prekestolen-Felsen) ist es vor allem das Internet, das heute suizid-riskante Selbsttötungs-Orte bekannt macht - und zur Nachahmung beiträgt. In den entsprechenden Internet-Foren werden mögliche Methoden und Orte für einen geplanten Suizid ausführlich diskutiert. Da geht es um konkrete Informationen über Ortsangaben, Höhen, Zugangsmöglichkeiten, ja Fallzeiten und -geschwindigkeit u. a.

Derzeit finden sich tausende von Seiten zum Thema Suizid im Internet. Allein in Deutschland existieren mehrere Suizid-Foren, weltweit sind es einige tausend. Dort werden Informationen und Erfahrungen zum Thema Suizidalität ausgetauscht. Immer bekannter werden so genannte „Boards“, auf denen Nachrichten, z. B. Abschiedsbriefe hinterlassen werden können. Diese enthalten im Durchschnitt hunderte neue Beiträge pro Monat. Die meisten solcher Foren werden „moderiert“, d. h. nicht alle Beiträge kommen in das allgemein zugängliche Netz. Leider bedeutet diese „Selbst-Zensur“ aber auch oft, dass Beiträge ausgeklammert werden, die versuchen andere von ihren Suizidgedanken abzubringen. Manchmal hat man den Eindruck, dass sogar gezielt antisuizidale Meinungsäußerungen verhindert werden sollen.

Besonders junge Menschen sind empfänglich für Ideen und Einflüsse aus dem Internet. Viele halten sich in Krisenzeiten vermehrt oder gar ausschließlich im Internet auf, sei es um Ablenkung zu finden, sei es nach Möglichkeiten zur Hilfestellung zu suchen. Wenn sie dann auf Suizid-Foren treffen, anstatt professionelle Hilfe zu erlangen, wächst die Gefahr drastisch. Vor allem die interaktive Komponente des Internets macht dieses Medium gefährlich, denn hier sind negative Kommunikation, Wissens- und Meinungsaustausch möglich - unkontrolliert.

Inzwischen sind mehrere Fälle bekannt geworden, in denen sich Suizidenten in Suizid-Foren zum gemeinsamen Suizid verabredet haben. Dabei sind verschiedene Aspekte zu beachten:

- Das Internet kann als „Anregung“ für Suizidhandlungen dienen. Gerade einsame und verzweifelte Menschen suchen nach allen möglichen Informationen, die sie als Lösung für ihre Schwierigkeiten übernehmen könnten. Treffen sie auf solche Suizid-Foren, wird die Möglichkeit oft gar nicht mehr wahrgenommen, andere, vor allem professionelle Hilfestellungen aufzusuchen.
- Man geht davon aus, dass nicht wenige, die das Internet vermehrt nutzen, besondere Merkmale besitzen. Beispiele: psychische Instabilität, Vulnerabilität (Verwundbarkeit), besondere Neigung zum Substanzmissbrauch (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente, Nikotin) und Depressionen. Außerdem suchen sie weniger Kontakt zu Gleichaltrigen.

Das Internet kann jedoch auch Hilfestellung für suizidgefährdete Menschen anbieten. Auch scheint der schriftliche Kontakt via E-Mail vielen Hilfesuchenden leichter zu fallen als zu telefonieren, da eine gewisse Anonymität und Distanz gewahrt bleibt. So stellt das Internet nicht nur bedenkliche, sondern auch positive Aspekte zur Diskussion.

SUIZID-GEFAHR IM HÖHEREN LEBENSALTER

Die Suizidgefahr droht in jedem Lebensalter und kann schon Kinder heimsuchen. Bei den Heranwachsenden ist die Selbsttötung die zweithäufigste Ursache nach tödlichen Unfällen. Doch 4 von 10 der Suizidtoten sind 60 Jahre und älter (ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt nur etwa die Hälfte davon). Jede zweite tödliche Suizidhandlung bei Frauen wurde von einer über 60-Jährigen ausgeführt.

Alte Menschen sind erfahrungsgemäß besonders von vollendeten Suizidhandlungen, junge stärker von Suizidversuchen betroffen. Außerdem verlaufen Suizidhandlungen im Alter viel häufiger tödlich als in jüngeren Jahren. Alte Menschen wählen vor allem „harte“ Methoden wie Erhängen, Erdrosseln oder Erschießen. Dies spricht für die stärkere Selbsttötungsabsicht, die besonders alte Männer zeigen, aber auch ältere Frauen, die mit zunehmendem Alter häufiger zu harten Methoden greifen.

Suizidhandlungen im Alter sind seltener als Hilfe-Appell an ihr Umfeld zu verstehen, eher als letzter Ausweg aus einer verzweiferten und hoffnungslosen Lebenslage, bei der sich keinerlei Erleichterung mehr abzuzeichnen scheint.

• Die wichtigsten alters-bedingten Risikofaktoren

Dabei lassen sich drei oft miteinander verbundene Verursachungs-Bereiche erkennen:

1. Seelische Erkrankungen und hier insbesondere Depressionen und Anpassungsstörungen.
2. Körperliche Erkrankungen, und zwar oft chronische und schmerzhaft Leiden, die keine Besserung mehr versprechen. Belastend sind organische Leiden, z. B. zerebrale Durchblutungsstörungen und die Unverträglichkeit bestimmter notwendiger Medikamente.
3. Soziale Verluste (z. B. Partner, weitere Angehörige, Freundeskreis), Beziehungsprobleme und zwischenmenschliche Konflikte. Nicht zu unterschätzen sind die auch gerade im höheren Lebensalter gerne übersehenen Suchterkrankungen, besonders Alkohol und Medikamenten-Abhängigkeit.

- Als **ernste Gefährdungs-Risiken für Suizidalität im höheren Lebensalter** gelten deshalb konkret:

Schwere depressive Symptome wie Freud- und Gefühllosigkeit, Verminderung des Antriebs und der Interessen. – Zunehmende Einengung des Denkens und Erlebens bis zur Ausweglosigkeit. – Suizidphantasien, die bis zur Detailplanung der Ausführung einer Suizidhandlung reichen können (und dann als akute Suizidgefahr zu gelten haben!). – Frühere Suizidversuche, Suizidhandlungen in der Familie oder im engen sozialen Umfeld sowie frühere seelische Erkrankungen und schwere chronische Leiden mit schlechten Heilungsaussichten. – Und natürlich die schon mehrfach angesprochene Vereinsamung, oft im Gefolge gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen und Konflikte mit Lebenspartner und/oder Kindern. – Außerdem der Verlust von Werte-Bindungen, was in unserer Zeit ohnehin ein besonderes Gefährdungsmoment darstellt (Beispiele: Religion, Kultur, geschichtliche Wurzeln, Rituale u. a.).

- **Warnsignale zur Suizidalität des alten Menschen**

- *Veränderungen im Schlafverhalten*: Zunahme von Schlafstörungen (besonders Früherwachen), Klage über „Schlaflosigkeit“, auch wenn dies nicht zutreffen scheint (eher oberflächlicher Schlaf).
- *Veränderungen im Essverhalten*: vor allem Appetitlosigkeit, „weder Hunger noch Durst“, dadurch Störungen von Wasserhaushalt und Kreislauf, Gewichtsverlust.
- *Extreme Mattigkeit*, ohne dadurch Schlaf zu finden.
- *Wachsende Sorge um körperliche Funktionseinbußen*: z. B. Klage über Verstopfung, Blähungen, diffuse Schmerzhinweise, Schwindel, „verstärkter oder schneller Herzschlag“ usw.
- *Steigender Alkoholkonsum* als Selbst-Therapieversuch, ungewöhnlicher Medikamentenverbrauch.
- *Gemütsveränderungen*: zunehmend teilnahmslos, gleichgültig, desinteressiert, niedergeschlagen, antriebslos, in-sich-gekehrt, aber auch nervös, reizbar, missgestimmt, ärgerlich, ja sogar feindselig-aggressiv, „böartig“ usw. (Stichwort: „feindselige Depression“).
- *Ängste und Beklemmungsgefühle*, grundlos und zunehmend.
- *Auffällige Veränderungen im Verhalten*: Geschrei, um sich schlagen, Werfen von Gegenständen (Fremd-Aggression kann rasch in Selbst-Aggression = Suizidversuch umschlagen).

- *Verdächtige Verhaltensweisen*: Ausgehen zu ungewöhnlichen Tages- und Nachtzeiten, sonderbares Abschiedswinken, Ordnen oder Vernichten von Unterlagen, bisweilen auch Verschenken von liebgewordenen Gegenständen und Erinnerungsstücken usw.
- *Plötzlich intensives Interesse oder abruptes Desinteresse* an Kirche, Religion, Familie, Gesellschaft u. a.
- *Terminvereinbarungen mit dem Arzt* aus nicht dringlichem Anlass oder öfters bzw. kurz hintereinander (ein erheblicher Prozentsatz aller Menschen, die sich selbst getötet haben, konsultierte kurz vor der Tat seinen Arzt).
- Rasches und deutliches *Nachlassen von Urteilkraft und Gedächtnisleistung*, zunehmende allgemeine Verwirrtheit, Merk- und Konzentrationsstörungen, starre Uneinsichtigkeit u. a.

SCHLUSSFOLGERUNG

Es dürfte kaum ein Ereignis geben, dass das Umfeld so verstört und ratlos macht. Es dürfte aber auch kaum eine Entscheidung geben, die nicht nur so folgenschwer, sondern auch durch entsprechende Not oder gar Qual gebahnt wurde, aus der man sich nur noch durch ein selbstgewähltes Ende zu befreien meinte.

Die persönliche Vorgeschichte ist überaus individuell und deshalb auch nicht in ein allgemeines Aufmerksamkeits-Spektrum zu zwingen. Das so genannte präsuizidale Syndrom aber, d. h. die mögliche Endstrecke eines tödlichen Entschlusses kann sehr wohl erkannt, in seinem Gefahren-Potential abgeschätzt und vor allem angesprochen und verhindert werden. Das aber setzt einige Erkenntnisse voraus, wie sie durchaus gezielt gewonnen, umgesetzt und rettend genutzt werden können. Hier einen kleinen Beitrag zu leisten, ist Sinn und Zweck dieser kurz gefassten Übersicht.

LITERATUR-HINWEISE

Weitere detaillierte Hinweise siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie, z. B. Suizid und Suizidversuch, Jahreszeit und Suizid, Doppel-Suizid, Suizidalität bei Schülern, Suizidalität aus wissenschaftlicher Sicht u. a. mit entsprechenden Literatur-Hinweisen.