



Sind Menschen, die sich das Leben nehmen, psychisch krank? – Pro

Are People who Commit Suicide Mentally Ill? – Pro

Pro

„Der Selbstmord bietet alle Merkmale von Geisteskrankheit“ hat der französische Reformpsychiater Esquirol (1838) geschrieben und damit wesentlich zur Beendigung des jahrhundertelangen religiösen Paradigmas von Suizidalität und zu einer zunehmend psychiatrisch-psychosozialen Betrachtung suizidalen Verhaltens beigetragen. Griesinger (1845) widersprach, nicht die gesamte Geschichte des Suizides gehöre der Psychiatrie an, wengleich er dann die Depression als Hauptrisikogruppe nannte, aber es liege kein Grund vor, einen solchen (Suizidenten) für geisteskrank zu halten...Damit formulierte er eine bis heute gültige Position, die einerseits auf die Rolle einer psychischen Ausnahme-situation in der suizidalen Entwicklung, andererseits auf die Bedeutung des subjektiven Erlebens und Bewertens der Lebens-, Beziehungs- und Arbeitssituation im präsuizidalen Geschehen eines suizidalen Patienten hinweist. Die Diskussion über Suizidalität als Ausdruck von Krankheit oder Krise hat die 1960er- bis 1980er-Jahre geprägt, als Gesellschaften wie DGS, Arbeitskreise Leben, AG Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus, AGUS u. Ä. entstanden.

Für die Psychiatrie ist Suizidalität ein psychiatrischer Notfall, wie es die DGPPN in ihrer Stellungnahme zum „ärztlich assistierten Suizid“ 2015 formuliert hat [1]. Im Februar 2020 wird das Urteil des BVerfG zu den Verfassungsbeschwerden gegen das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung des ärztlich assistierten Suizides erwartet. Suizidprävention begründet sich psychiatrisch-psychotherapeutisch und medizinethisch aus der Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit in einer psychischen Ausnahme-situation und der ärztlich-therapeutischen Verpflichtung zur Benefizienz. Dieses „medizinisch-psychosoziale Paradigma“ von Suizidalität fokussiert nicht auf psy-

chische Erkrankung im engeren Sinne, sondern versteht Suizidalität als Ausdruck psychischer Not und Hilfsbedürftigkeit [2].

Ein kurzer Hinweis auf epidemiologische Daten: Bertolote et al. [3] haben den Anteil von psychischer Erkrankung in einer Metaanalyse mit 88% angegeben: 44% affektive, 19% substanzbezogene und 7,5% schizophrene Erkrankungen. B. Schneider (2003) fasst zusammen, dass psychologische Autopsiestudien von Suizidenten in der Allgemeinbevölkerung in 70–100% eine psychiatrische Achse-I-Störung aufweisen, federführend die affektiven Erkrankungen, gefolgt von schizophrenen Psychosen sowie Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen [4]. Suizidales Verhalten ist also eng mit dem Risikofaktor psychische Erkrankung verknüpft. Das gilt auch für den Anteil von Menschen mit psychischer Erkrankung bei Suizidversuchen. 2013 haben Hawton et al. bei Patienten mit „Self-harm“ mit nachfolgender Klinikaufnahme psychiatrische Erkrankungen ähnlich verteilt wie bei Suiziden gefunden: Bei 83% lag eine Achse-I-psychiatrische Diagnose vor, führend depressive Störungen, gefolgt von Angsterkrankungen sowie Substanzmissbrauch [5].

Dabei ist letztendlich klar, dass Menschen unter belastenden und krisenhaften Umständen, oft in Verbindung mit Reaktualisierung von traumatischen Beziehungserfahrungen in der Biografie, in suizidale Zustände mit hohem Handlungsdruck geraten können, auch wenn psychopathologisch keine psychische Erkrankung im Sinne der ICD oder des DSM vorliegen. Im Übrigen, die kritische Anmerkung sei erlaubt, es ist erstaunlich, dass in Psychiatrie und Psychotherapie zwar einerseits sehr differenzierte psychopathologische, psychodynamische und psychosoziale Aspekte in das Verstehen eines psychischen Belastungszustands einbezogen werden, andererseits bei Suizidalität eng auf das Vorlie-

gen einer psychischen Erkrankung fokussiert wird – als könnten Menschen nicht aus vielen Gründen der allen möglichen Verhaltensweise Suizidalität näherkommen.

Fasst man also zusammen, dann ist festzuhalten, dass die Mehrzahl suizidaler Handlungen sich im Kontext psychischer Erkrankung und Krisensituationen ereignet. Von daher ist das Thema Suizidalität ein zentrales Problem in der Arbeit mit psychischen kranken Menschen, nämlich sie am Leben zu erhalten und sie wieder einer mit Hoffnung, Hilfe und Perspektive versehenen Zukunft zuzuführen. Das strapazierte Thema Selbstbestimmung spielt dabei nicht die zentrale Rolle, sondern es ist die Hilfsbedürftigkeit des jeweiligen Menschen. Suizidalität ist Ausdruck einer Notsituation, die in psychischer Erkrankung wegen veränderter Wahrnehmung näherrücken kann, und dies oft genug auch tut, aber Suizidalität findet sich auch im Kontext von existenzieller Bedrohung, von schwierigen Lebenssituationen, von Beziehungssituationen, von traumatisierenden Erfahrungen oder auch im Kontext von Traditionen. Dass eine krankheitsbedingte Einschränkung der autonomen Selbstbestimmungsfähigkeit hoch relevant ist, steht außer Zweifel. Wie Griesinger schon schrieb, psychische Erkrankung führt, ähnlich wie existenzielle Bedrohtheit, näher an suizidales Verhalten heran, aber nicht jeder der suizidal wird, ist im engeren Sinne psychisch krank. Der Trend der Betrachtungsweise geht in den letzten 1–2 Jahrzehnten weg vom Hauptrisikofaktor psychische Erkrankung hin zu den persönlichen, den existenziell bedrohlichen, den traumatisierenden, den vielleicht auch psychopathologisch mitbestimmten Belastungssituationen, die dann an die allen Menschen mögliche Suizidalität heranzuführen.

Autorinnen/Autoren



Manfred Wolfersdorf

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Manfred Wolfersdorf
ehemals ÄD BKH Bayreuth und CA der
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik, Leiter Referat Suizidologie
der DGPPN bis 2017, Dozent Universität
Bayreuth, RWF Bayreuth
E-Mail: mwolfersdorf@t-online.de

Literatur

- [1] Maier W, Gerlinger G, Wolfersdorf M et al. Stellungnahme der DGPPN zum ärztlich assistierten Suizid. Im Internet: <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2015/aerztlich-assistierter-suizid.html> (letzter Abruf 27.1.2019)
- [2] Wolfersdorf M, Etzersdorfer E. Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer; 2011
- [3] Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D et al. Psychiatric diagnosis and suicide: Revi-

siting the evidence. *Crisis* 2004; 25: 147–155

- [4] Schneider B. Risikofaktoren für Suizid. Regensburg: Roderer; 2003
- [5] Hawton K, Fagg I, Simkin S et al. Repeated suicide attempts. *Crisis* 1994; 15: 123–135

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1107-1877>
Psychiat Prax 2020; 47: 176–177
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259