

Handout zur Zoom-Veranstaltung am 08.02.2023

„Was brauche ich, wenn ich mein Leben nicht mehr aushalte?“

Eigentlich wollten Melanie und ich unserem Beitrag eine Definition von Suizidalität voranstellen – so wie man das von Hausarbeiten und ähnlichem kennt. Ich habe dann ein aktuelles Fachbuch zum Thema mit dem Titel „Suizidales Erleben und Verhalten. Ein Handbuch“, welches im Psychiatrie Verlag erschienen ist, zur Hand genommen und wollte hieraus eine Definition entnehmen. Leider fand ich jedoch darin keine Definition, sondern diesen meines Erachtens sehr wichtigen und aussagekräftigen Satz: „Auch wenn wir intuitiv eine Vorstellung davon haben, was unter einem Suizid zu verstehen ist, erweist sich Suizidalität bei näherer Betrachtung als überaus komplex und vielschichtig und bis heute existiert keine einheitliche und international akzeptierte Definition und Klassifikation suizidalen Erlebens und Verhaltens (LEO u. a. 2006, WHO 2016; zit. nach Glaesmer, 2021, S. 9).

Um Sicherzustellen, dass wir alle von einem möglichst einheitlichen Sachverhalt ausgehen, wenn wir nun weiter über das Thema Suizidalität sprechen, möchte ich an dieser Stelle auf eine bei Wikipedia gefundene Definition und Beschreibung Bezug nehmen, die sehr gut das umfasst, was für uns mit Suizidalität gemeint ist

„**Suizidalität**, auch **Suizidgefährdung** oder umgangssprachlich **Lebensmüdigkeit** genannt, umschreibt einen **psychischen** Zustand, in dem **Gedanken**, **Phantasien**, **Impulse** und **Handlungen** anhaltend, wiederholt oder in bestimmten krisenhaften Zuspitzungen darauf ausgerichtet sind, gezielt den eigenen **Tod** herbeizuführen. Die **Suizidologie** beschäftigt sich als wissenschaftliche Fachrichtung mit der Erforschung von Suizidalität und suizidalen Geschehnissen.

Es besteht eine graduelle Differenzierung zwischen Suizidgedanken ohne den Wunsch nach Selbsttötung – die ebenfalls zur Suizidalität zählen – und drängenden Suizidgedanken mit konkreten Absichten, Plänen bis hin zu Vorbereitungen eines Suizids.

Suizidalität ist keine **Krankheit**, sondern **Symptom** eines zugrundeliegenden **Problems**. Sie kann als Zuspitzung einer seelischen Entwicklung

bestehen, in der **Verzweiflung** und **Hoffnungslosigkeit** überhandgenommen haben. Suizidale Menschen erleben sich häufig als innerlich zerrissen und stehen ihrem Wunsch zu sterben oftmals **ambivalent** gegenüber. Einerseits empfinden die Betroffenen ihr **Leben** als unerträglich leidvoll und wollen es daher beenden, andererseits spüren viele eine Art **Selbsterhaltungstrieb**, **Furcht** vor starken **Schmerzen** im Rahmen eines **Suizidversuchs** sowie allgemein große **Unsicherheit** in Bezug auf die **Konsequenzen** ihres Handelns. Eine Möglichkeit, ihr derzeitiges Leben zu ändern, es neu zu beginnen, ist bei akuter Suizidalität nicht zu erkennen; der Suizid erscheint dieser Personengruppe als der einzige Ausweg.

Da sich Suizidalität sehr unterschiedlich äußern – oder nicht äußern – kann, gerät der Versuch einer Einschätzung, wie akut die Suizidalität oder wie ausgeprägt die Selbsttötungstendenz eines Menschen ist, zu einem oft schwierigen, manchmal gar aussichtslosen Unterfangen, vor allem bei jenen Menschen, die Hilfsangeboten – aus welchen Gründen auch immer – ablehnend gegenüberstehen. Bei akuter Suizidalität, in der der Betroffene möglicherweise bereits konkrete Pläne und Vorbereitungen getroffen hat, sich von seinen Absichten nicht distanzieren und keine Absprachen eingehen kann (z. B. versichern, am nächsten Tag den Therapeuten anzurufen), liegt im Rahmen der Fürsorgepflicht eine **Indikation** für die **Zwangseinweisung** in eine **psychiatrische Klinik** vor.

Bei der Einschätzung bzw. Diagnostik der Suizidalität sind folgende Gesichtspunkte von Bedeutung:^[1]

- **Präsuizidales Syndrom**: Einengung, Aggressionsumkehr, Suizidfantasien
- **Risikofaktoren**: Psychische Krankheit (insbesondere **Depression**, **Sucht** oder **Schizophrenie** in der akuten Phase), psychosoziale Krisen (Trennung, Tod einer nahestehenden Person), wenig soziale Beziehungen, vorhergehende Suizidversuche, Suizide in der Familie
- **Aktuelle Befindlichkeit**: Hoffnungslosigkeit, Angst, Schlaflosigkeit, Freudlosigkeit, Impulsivität und akute Lebensbelastungen: gestörte Krankheitsverarbeitung, unerträgliche Erinnerungen, negative Einschätzung der Lebensumstände, **Resignation**

- *Trennungserfahrungen*: gescheiterte Partnerschaft, Tod eines Angehörigen, Kränkung, Entwicklungskrisen, Entlassung aus stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung

Als eine Sondergruppe der Suizidalität kann man den **Sterbewunsch** von Menschen sehen, die angesichts von **Altersschwäche**, **Altersbeschwerden** oder einer tödlich verlaufenden unheilbaren Krankheit sterben möchten. Nicht selten verweigern solche Menschen die Aufnahme von Nahrung und/oder Flüssigkeit; ihre Angehörigen und Ärzte stehen dann vor der Frage, ob ein solcher Mensch zurechnungsfähig ist (siehe auch **mutmaßlicher Wille**, **Patientenverfügung**, **künstliche Ernährung**).“ (Wikipedia)

Diese letztgenannte Personengruppe soll heute jedoch nicht Gegenstand unserer Betrachtung sein.

Nachdem wir nun ein hoffentlich möglichst einheitliches Verständnis vom Gegenstand unseres heutigen Beitrags haben, möchte ich gerne an Melanie Schock übergeben. Melanie verfügt über Erfahrungswissen zum Thema und wird uns nun aus ihrer persönlichen Perspektive berichten, was sie braucht, wenn sie in ein suizidales Erleben gerät.

„Drei Dinge sind mir besonders wichtig:

1. Ich möchte durch das Reden über meine schmerzhaften Erfahrungen in der Vergangenheit mit Suizidalität deutlich machen, dass gerade das Reden hilft und mir geholfen hat. Reden ist der Weg aus Beziehungslosigkeit und Einsamkeit, welche die größten Risiken bei Suizidalität darstellen. Daher ist es extrem wichtig, aktiv auf Suizidalität angesprochen zu werden. Lange hat sich der Mythos gehalten, dass aktiv danach fragen jemanden erst auf diese Gedanken bringen würde. Das ist nach meiner Erfahrung falsch. Die Gedanken sind sowieso da und waren immer schon vorher da. Wenn ich meine quälenden Gedanken endlich aussprechen durfte, ließ deren Macht nach.
2. Der zweite Punkt, der mir sehr wichtig ist, bezieht sich auf die Fragestellung: Was hilft? Zum einen ist es das Reden und zum anderen waren es Beziehung und echter Kontakt. Ein authentisches Gegenüber mit allen Ängsten und Hilflosigkeit, die auch ausgesprochen werden durften, hat mich oft gehalten. Meinem Gefühl, dass ich für alle lästig bin und dass es allen besser geht, wenn

ich nicht mehr da bin, wurde eine andere spürbare Erfahrung entgegengesetzt. Es war wichtig, dass ich mich auf jemand anderen verlassen konnte für die Zeit, in der ich das selbst nicht konnte und bis ich es wieder selber konnte. Außerdem war echtes Interesse an mir und wie es mir geht sehr hilfreich. Da ich mich in diesen Phasen selbst immer fertig gemacht habe, tat diese Erfahrung, dass mich jemand wirklich verstehen möchte, doppelt gut.

3. Mindestens genauso wichtig ist es meines Erachtens zu berücksichtigen, was in einer solchen Situation nicht hilfreich ist. Dazu gehören für mich: Floskeln, Aufmunterung und aufgesetztes Verständnis, dass nicht spürbar war. So genannte Suizidverträge oder Lebensverträge oder wie immer sie genannt wurden. Das alles ging an meinem Erleben vorbei und diente nur der Absicherung im juristischen Sinne oder der Hilfslosigkeit meines Gegenübers.“

Weitere hilfreiche Tipps, wie man sich verhalten sollte, wenn man sich um einen Menschen im Hinblick auf eine mögliche Suizidalität sorgt, finden sich auf der Homepage des Suizidnetzes Aargau in der Schweiz

<https://tinyurl.com/2n3gmqhn>

Die enorme gesellschaftliche Relevanz des Themas lässt sich sehr einfach aus einigen Zahlen schlussfolgern

„Insgesamt versterben in Deutschland wesentlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen¹ „ (Schneider et al., S. 20)

„Suizidversuche. Daten zu Suizidversuchen werden ebenfalls nicht systematisch erhoben. Nach Angaben der WHO entfallen zwischen zehn bis weit über 20 Suizidversuche auf einen Suizid. Für Deutschland sind die Angaben Schätzungen auf Basis der Ergebnisse in kleineren Erhebungsgebieten im Rahmen der Studie „Monitoring Suicidal Behaviour in Europe“ (Schmidtke et al., 2002). Demnach kann man in Deutschland von mindestens 100.000 klinisch relevanten Suizidversuchen ausgehen. Zu berücksichtigen ist, dass geschätzt 10% der Suizidversuche schwere Verletzungen mit z. T. schwerwiegenden langfristigen Folgen verursachen können. Die Häufigkeit und das Risiko von Suizidversuchen variieren ebenfalls deutlich hinsichtlich

des Geschlechts und des Alters. Dabei werden Suizidversuche besonders häufig von Frauen und in jüngerem Lebensalter unternommen, während besonders bei Männern mit steigendem Lebensalter der vollendete Suizid zunehmend eine größere Bedeutung gewinnt.“ (Schneider et al., S. 20)

Mindestens 100.000 klinische relevante Suizidversuche, davon ca. 10 % mit zum Teil schwerwiegenden Folgen. Das heißt zu den fast 10.000 Menschen, die jedes Jahr durch Suizid aus dem Leben scheiden, kommt nochmals etwa die gleiche Anzahl von Menschen hinzu, die mit schweren und unter Umständen die Lebensqualität stark einschränkenden Folgeschäden umgehen muss.

„Hinterbliebene. Die WHO geht davon aus, dass von jedem vollendeten Suizid durchschnittlich sechs bis zwanzig Personen betroffen sind. Die Angabe von sechs betroffenen Angehörigen durch einen Suizid beruht ursprünglich auf einer Schätzung von Shneidman (Shneidman, 1972) und tradierte sich bis hinein in WHO-Publikationen. Eine erste Überprüfung (Berman, 2011) ergab, dass die Schätzung den Kreis sehr nahestehender Betroffener relativ gut erfasste, dass aber darüber hinaus noch weitere (bis zu 25) Menschen berührt sind. Daraus ergibt sich, dass konservativ geschätzt in Deutschland jedes Jahr mindestens 60.000 Menschen von einem Suizid unmittelbar betroffen sind.“ (Schneider et al., S. 21)

Dies gilt dann vermutlich in ähnlicher Weise für die Betroffenheit der zuvor benannten schweren Folgeschäden....

Und dazu kommen dann noch die „mittelbar betroffenen Menschen“...

„Mittelbar Betroffene. Ein Suizid hat auch psychische Folgen für weitere nahestehende Menschen (z. B. Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen, Mitschülerinnen und Mitschüler, Mitstudierende), in Ausübung ihres Berufes mit Suiziden und suizidalen Handlungen konfrontierte Menschen (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Angehörige von Pflegeberufen, Lokführerinnen und Lokführer, Angehörige von Polizei und Feuerwehr u.a.) sowie Zeugen suizidaler Handlungen. Deren Anzahl ist vermutlich erheblich, aber unbekannt.“ (Schneider et al., S. 21)

Berücksichtigt man all diese betroffenen Personengruppen zusammen, so kommt man unweigerlich zu dem Ergebnis, dass das Thema Suizidprävention allein schon auf

Erstellt von: Carina Kebbel und Melanie Schock

Grund der Anzahl der Menschen, die damit konfrontiert werden können, eine enorm hohe Relevanz haben muss. Darüber hinaus natürlich, weil es ganz konkret und sehr direkt um Menschenleben geht. Es betrifft also eine hohe Anzahl von Menschen und ist existenziell.

Um unseren Beitrag zum weiteren Austausch über dieses wichtige Thema zu leisten, bieten wir an, dass sich Menschen über die Kontaktadresse des LVPEBW e. V. an uns wenden können: kontakt@lvpebw.de

Wir haben auch eine Arbeitsgruppe „Suizidprävention“, die sich in größeren Abständen via Zoom trifft und der sich gerne weitere Menschen anschließen können.

Darüber hinaus wird sich die diesjährige Regio ganztägig dem Thema Suizidprävention widmen.

Es handelt sich um eine gemeinsame Veranstaltung des Landesverbandes Gemeindespsychiatrie Baden-Württemberg e. V., des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V., und des Landesverbandes Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

Tagungsthema: Darüber reden kann Leben retten
Untertitel: Suizidprävention
Termin: Freitag, der 21.07.2023
Zeitfenster: 9:30 bis 17:00 Uhr
Veranstaltungsort: CVJM-Haus Stuttgart
Büchsenstraße 37, 70174 Stuttgart

Bei dieser Veranstaltung besteht die Möglichkeit neben einem Vortrag von **Herrn Dr. Jörg Breitmaier**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenarzt, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar- und Liaison-Dienst (DGPPN), Forensische Psychiatrie (DGPPN), Krankenhaus zum Guten Hirten, Ludwigshafen auch einen Kurzvortrag aus der Betroffenenperspektive von **Frau Melanie Schock** in Präsenz zu erleben. Darüber hinaus handelt es sich um eine Veranstaltung, die vom intensiven dialogischen Austausch (Betroffene, Angehörige und Profis) geprägt ist.

Verwendete Quellen

Glaesmer, H. (2021). Definition und Klassifikation suizidalen Erlebens und Verhaltens. In Teismann, T., Forkmann, T. & Glaesmer, H. (Hrsg.), *Suizidales Erleben und Verhalten. Ein Handbuch* (S. 9 – 25). Köln: Psychiatrie Verlag.

Schneider, B., Lindner, R., Giegling, I., Müller, S., Müller-Pein, H., Rujescu, D., Urban, B. & Fiedler, G. (Hrsg.) (2021). *Suizidprävention in Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven* (S. 1 – 114). Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V. (DASP). DOI: 10.17170/kobra-202107014195

Wikipedia. Suizidalität. Letzter Zugriff am 26.02.2023 unter <https://tinyurl.com/2qxep7gk>