

20 Suizidgefährdung und Suizid

Heidi Möller und Michael Bruns

1	Definitionen
2	Epidemiologie
2.1	Suizid
2.2	Suizidversuch
3	Ätiologische Modelle
3.1	Physiologische Ätiologieansätze
3.2	Verhaltenstheoretische Ätiologieansätze
3.3	Das Depressions-Aggressionsmodell des Suizids nach Freud und Abraham
3.4	Narzissmus-Modell der Suizidalität
3.5	Objektbeziehungstheoretischer Ansatz
4	Krisenintervention und Suizidprävention
4.1	Krisenkonzepte
4.2	Krisendiagnostik
4.3	Krisenintervention
5	Wirksamkeitsuntersuchung suizidprophylaktischer Maßnahmen

Einleitung

Der Suizid zählt zu den häufigsten Todesursachen. In den letzten Jahren wurden zahlreiche medizinisch-psychosoziale Angebote im stationären und ambulanten Bereich eingerichtet, dennoch ist die Suizidrate mit ca. 15 Suiziden auf 100 000 Einwohner seit 1990 konstant geblieben. Die Anzahl der Frauen, die sich suizidierten, hat sich jedoch seit den siebziger Jahren halbiert (von 15,8 auf 100 000 Einwohner in 1977 zu 7,3 in 1998; s. u.). Dramatische Einbrüche im Lebensumfeld einhergehend mit der krisenhaften Zuspitzung einer intrapsychischen Dynamik können zum Suizid führen. Die Qualität der menschlichen Beziehungen ist dabei oft völlig in Frage gestellt, die Sinnzusammenhänge schwinden. Sozialepidemiologische Zusammenhänge zwischen Suizid und Lebensstandard, sozialer Schicht und Religionszugehörigkeit sind nicht erwiesen. In suizidalen Krisen werden Wertordnungen und Moralvorstellungen der Menschen labilisiert, wobei die Bewertung des persönlichen Erfolgs im Leben

ein Gradmesser zu sein scheint. Ist die Selbstzerstörung nun ein Zeichen des verloren gegangenen Respekts gegenüber der eigenen Person oder ein Zeichen entbehrter Anerkennung und vermisser Liebe? Entscheidend ist, dass sich suizidale Menschen fast immer in psychosozialen Notsituationen befinden, von denen nicht nur die Angehörigen und Arbeitskollegen, sondern auch die professionell helfenden Personen betroffen sind. Vom Suizid Bedrohte werden von Ambivalenz und innerer Zerrissenheit zerrieben, und diese dramatische innere Situation wirkt sich auch auf ihr Umfeld aus.

Die Epidemiologie zeigt erhebliche Geschlechterunterschiede in der Suizidrate und der Suizidversuchsquote, es fehlt jedoch an einer erklärenden Ätiologie. Diese Geschlechterdifferenz wirft viele Fragen auf, die wir sicherlich nicht alle beantworten, zumindest aber aus verschiedenen psychologischen Perspektiven beleuchten. Insgesamt ist erstaunlich, wie wenig Aufmerksamkeit der Problematik des Suizids bisher in der psychologischen Forschung geschenkt wurde; die Suizidologie scheint eine Domäne der Medizin bzw. Psychiatrie zu sein.

1 Definitionen

Was ist unter Suizidalität, was unter einem Suizid zu verstehen? Wo verläuft die Grenze zwischen suizidalem Verhalten und aggressiv/autoaggressivem nicht-suizidalem Verhalten, zu Freizeitrisikoverhalten und zum sog. Freitod?

Suizidalität

Bei den meisten Menschen finden sich zeitweise Ruhe- und Todeswünsche sowie Suizidideen. „Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen eigen und per se keine Krankheit und kein Syndrom“ (Rupp, 1996, S.142). Suizidale Handlungen erfolgen meist erst in suizidalen Krisen und/oder bei psychischer Erkrankung. Sie sind Folge einer erlebten Einengung durch subjektive oder objektive Not. Alle Denk- und Verhaltensweisen streben in Gedanken, im aktiven Handeln oder durch passives Unterlassen den eigenen Tod an, bzw. nehmen ihn als mögliches Ergebnis in Kauf. „Der bewusste Todeswunsch der Handelnden lässt die Intention, die Autoaggression zu Suizidalität werden“ (Wolfersdorf, 1994, S. 119).

Präsuizidales Syndrom

Die dem Suizid vorausgehende Zeit wird durch das „präsuizidale Syndrom“ beschrieben. Der Psychiater Erwin Ringel (1953) entwickelte auf der Basis von Befragungen von 745 Personen unmittelbar nach einem Suizidversuch ein Phasenmodell für den dem Suizid vorausgehenden Prozess. Dieser ist durch folgende Merkmale charakterisiert:

- Einengung:
 - *situative Einengung*: die äußeren Lebensumstände werden als bedrohlich, unheimlich, unüberschaubar erlebt, die eigene Person als klein, hilflos

ausgeliefert. Der Mensch hat das Gefühl, von allen Seiten behindert und eingeengt zu sein.

- *dynamische Einengung*: Über die innere Erregung besteht kaum mehr Kontrollmöglichkeit, der Mensch fühlt sich innerlich geladen, voll Spannung in sich selbst gefangen mit großer Angst vor einer explosiven Entladung.
- *Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen*: Beziehungen werden zahlenmäßig reduziert, noch bestehende Beziehungen werden entwertet.
- *Einengung des Werteerlebens*: das Selbstwertgefühl ist verringert, früher wichtige Werte und Lebensbereiche werden banalisiert. Subjektive Wertsysteme hingegen, die mit den Werten der Bezugsgruppe nicht mehr in Einklang stehen, gewinnen die Oberhand und verstärken damit das Gefühl des Fremdseins und Nicht-dazu-Gehörens.
- gehemmte oder gegen die eigene Person gerichtete Aggression:
Der suizidale Mensch gestattet sich seine Aggression nicht, sie wird unterdrückt, nicht nach außen gerichtet und als ohnmächtige Wut erlebt.
- Selbsttötungs- und Todesphantasien.

Suizidversuch

Als Suizidversuche werden selbstinitiierte Handlungen verstanden, mit denen ein Mensch sich verletzt oder toxische Substanzen zu sich nimmt, wobei er annimmt, dass er dieses nicht überleben wird. Der Suizid ist somit als ein zum Tode führender Suizidversuch zu definieren. Synonym für den Begriff des Suizidversuchs wird das Wort „Parasuizid“ verwendet.

Arten der Selbsttötung

Je nachdem, ob der Suizid lange geplant war oder sehr kurzfristig vollzogen wird, unterscheidet man den „Bilanzsuizid“ und den spontanen, kurzschlussartigen „raptusartigen Suizid“.

Beim Bilanzsuizid wird somit eine Art Rechnung aufgestellt, die zu dem Ergebnis führt, dass es keinen „Sinn“ macht, weiter zu leben. Mehrere Autoren (vgl. Lungershausen, 1990) gehen davon aus, dass die Form des Bilanzsuizids im Sinne einer gründlichen rationalen Güterabwägung eine Fiktion ist. Sie halten Suizidhandlungen in freier, klarer, nicht durch psychische Erkrankung beeinflussten Entscheidung für einen Mythos, da die Selbsttötung stets die bittere Konsequenz einer sich von außen und innen zuspitzenden unerträglichen Befindlichkeit sei. Dem gegenüber steht die Position, den Bilanzsuizid als anthropologische Prämisse zu verstehen, als einen Ausdruck humaner Freiheit. Während der Begriff des Suizids das Vorliegen einer krisenhaften Situation beinhaltet, fokussiert derjenige des Freitods auf die freie Entscheidung eines Menschen, seinem Leben ein Ende zu setzen, weil er es jetzt möchte. Der Freitod wird von denen, die ihn verfechten, als Privileg des freien Menschen verstanden, das auf keinen Fall pathologisiert werden dürfe. Prominentester Vertreter dieser Sichtweise ist Jean Améry mit seinem Diskurs: „Hand an sich legen“ (1976).

Suizidmethoden

Die verwendeten Suizidmethoden werden nach „weichen“ (u. a. Medikamenteneinnahme, Vergiften, Ertrinken) und „harten“ (u. a. Erhängen, Erschießen, vor den Zug werfen, von hohen Gebäuden springen) unterschieden. Frauen wenden eher weiche Suizidmethoden an. In den Begriffen liegt die Gefahr einer Stigmatisierung insofern, als die Begriffe nahe legen können, dass zum Beispiel bei der Einnahme von Tabletten der Todeswunsch weniger ernsthaft ist und das Sterben angenehmer. Weiche Suizidmethoden machen auf den ersten Blick den Anschein, als wären sie weniger aggressiv.

2 Epidemiologie

2.1 Suizid

Epidemiologische Daten machen das Ausmaß von Suizid als Todesursache in der deutschen Bevölkerung deutlich.

Tabelle 1: Suizide in Deutschland auf 100 000 Einwohner (Suizidprophylaxe, 1999, 3/4, 125-126; ab 1998 inklusive neue Bundesländer)

Jahr	Insgesamt	Männlich	Weiblich
1960	19,4	26,3	13,3
1970	21,5	28,5	15,2
1977	22,7	30,2	15,8
1980	20,8	28,2	14,1
1988	17,6	25,0	10,8
1990	16,1	22,9	9,8
1998	14,2	21,5	7,3

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sterben in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit jährlich ca. 12 000 Menschen durch Suizid. Seit den 1950er Jahren sind die Suizidraten sowohl im Osten als auch im Westen Deutschlands deutlich zurück gegangen (s. Abb. 1), bei den Frauen der alten Länder um 33 % und bei den Frauen der neuen Länder sogar um 50 %. Dennoch bestehen immer noch erhebliche Unterschiede zwischen den neuen und den alten Ländern. In den alten Ländern stirbt jede 149. Frau und jeder 71. Mann an Suizid, in den neuen Ländern jede 117. Frau und jeder 51. Mann. Seit Beginn der 1990er Jahre ist es bezogen auf das gesamte Bundesgebiet zu einem Rückgang um etwa 2000 Suizidopfer pro Jahr gekommen. Der Anteil von Männern und Frauen ist sehr unterschiedlich: 1998 lag die Suizidrate bei 7,3 Frauen und 21,5 Männern auf 100 000 Einwohner. Die Zahl der Männer, die sich suizidieren, übertrifft die Zahl der Frauen in allen Altersklassen. Das Lebenszeit-

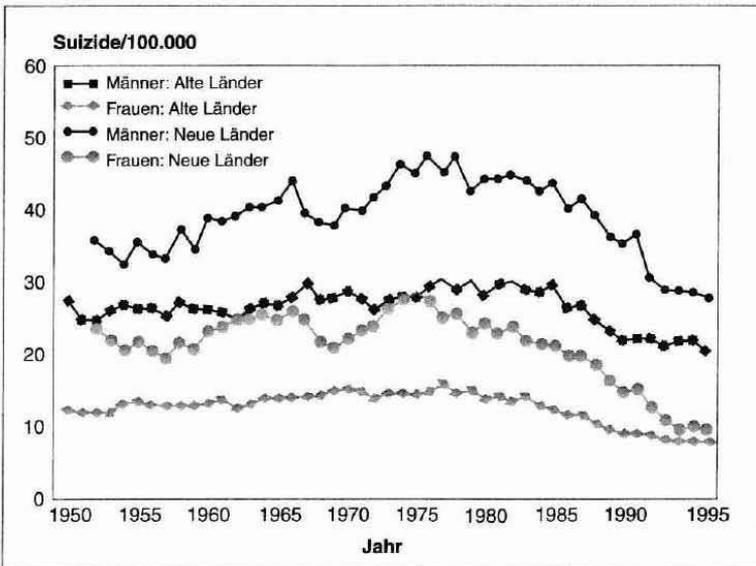


Abbildung 1: Verlauf der Suizidziffern in den alten und neuen Ländern der Bundesrepublik Deutschland (Datenquellen: Statistisches Bundesamt; Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung Berlin. Aus Suizidprophylaxe Sonderheft 1998, S. 38)

risiko, an Selbstmord zu sterben, ist derzeit in der Bundesrepublik für Männer etwa 2,1 mal größer als für Frauen.

Mit dem Alter nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Suizidrate signifikant zu (s. Abb. 2). Fast jede zweite Frau, die sich das Leben nimmt, ist über 60 Jahre alt. Dieses sogenannte „ungarische Muster“¹ des wesentlich höheren Suizidrisikos im Alter besteht in anderen europäischen Staaten nicht.

Historischer Ausflug

Durkheim 1897 (1973) zeigte, dass unverheiratete Frauen weniger selbstmordgefährdet waren als verheiratete Frauen. In Ländern mit der Möglichkeit der Ehescheidung sank die Selbstmordrate der Frauen und die der Männer stieg. Durkheim konstatierte damals, dass die Ehe den Mann, aber nicht die Frau vor dem Selbstmord schützt.

¹ „ungarisches Muster“: Im Alter nimmt die Suizidgefährdung sowohl für Frauen als auch für Männer signifikant zu. Diese Altersverteilung ist aus Ungarn schon immer bekannt und hat diesem Phänomen seinen Namen gegeben.

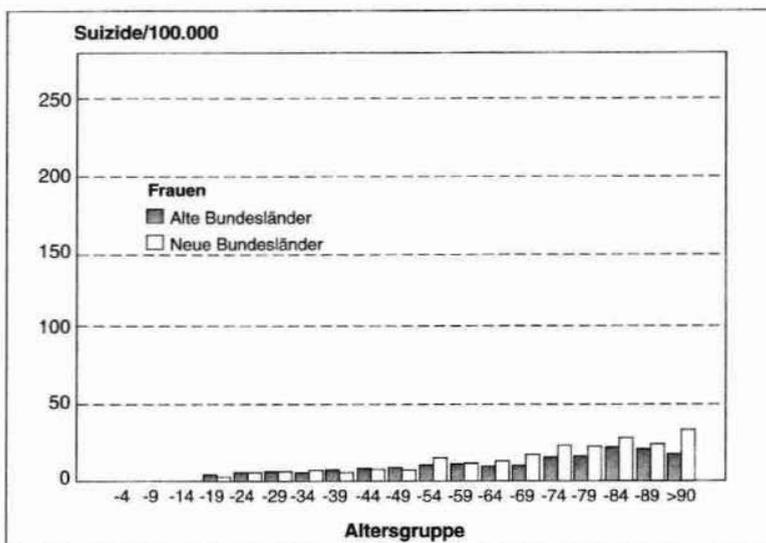


Abbildung 2: Ungarisches Muster der Suizidziffern der einzelnen Altersgruppen 1996 (Datenquellen: Statistisches Bundesamt. Aus: Suizidprophylaxe Sonderheft 1998, S. 38)

Besondere Risikogruppen sind depressive Personen, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, Alte und Vereinsame, Personen, die einen Suizid ankündigen, Personen, die durch einen Suizidversuch auffällig geworden sind (vgl. Haenel & Pödlinger, 1986). Die Suizidhäufigkeit bei Suchtkranken ist ca. 22mal höher als bei der vergleichbaren Altersgruppe. Etwa 10% der Alkohol- und Drogenabhängigen sterben durch Suizid. Bei Personen mit endogenen Psychosen ist das Risiko im Vergleich zur Normalbevölkerung 600fach erhöht (vgl. Laux, 1992). Innerhalb der Risikopopulation selbst liegt die Rate der erfolgreich durchgeführten Suizide bei Schizophreniekranken bei ca. 10%, bei Depressiven mit Störungen vom Typ der Major Depression beträgt sie zwischen zehn und zwanzig Prozent (s. auch Finzen, 1997; → Kapitel 5).

2.2 Suizidversuch

Der Anteil der Suizidversuche ist bei Frauen erheblich höher als bei Männern. Aufgrund der hohen Dunkelziffer ist man auf Schätzungen angewiesen, geht jedoch davon aus, dass etwa zwei Drittel aller Suizidversuche von Frauen verübt werden (Suizidprophylaxe, Sonderheft, 1998). Die Anzahl der Suizidversuche (Parasuizide) wird um ein Vielfaches – mindestens 10fach – höher eingeschätzt als in Statistiken erfasst. Besonders gefährdet sind junge Frauen zwischen 15 und 24

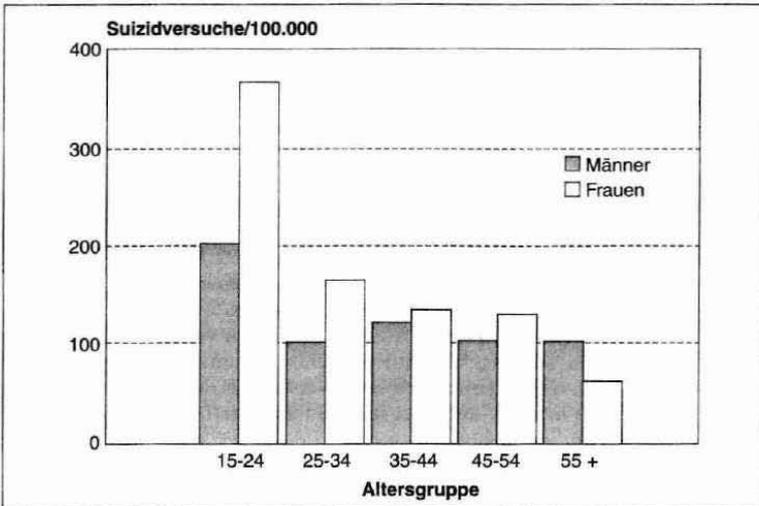


Abbildung 3: Altersverteilung der Suizidversuchsziffern 1996 (Datenquellen: Würzburger WHO-Forschungsgruppe. Aus: Suizidprophylaxe Sonderheft 1998, S. 41)

Jahren, aber auch bei den Männern besteht in den jüngeren Altersgruppen ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche (Schmidtke, Weinacker & Fricke, 1998; s. Abb. 3).

In keinem Land der Welt gibt es eine systematische Erfassung der Parasuizide, die Vertuschungsrate ist besonders hoch, und die nicht einfache und zum Teil kontroverse Definition von Suizidversuchen macht die Erhebung außerordentlich schwierig (vgl. Kreitmann, 1986). Die methodischen Probleme scheinen nicht überwindbar: Was ist z. B. mit dem Weglassen lebensnotwendiger Medikamente (Wedler, 1989), den Selbstverletzungen und der Vorliebe für risikoreiche Extremsportarten? Verkehrstote gehen selbst dann nicht in die Zahlen mit ein, wenn ein deutlicher Hinweis auf einen Selbstmord besteht. Nach Bronisch (1994) liegt der Anteil der suizidal motivierten Kfz-Unfälle bei 1000 pro Jahr. Unter den Drogentoten verbergen sich nach einer Untersuchung des Bundeskriminalamtes 18 % Suizide.

Es kann als gesichert gelten, „... dass 20–30 % aller Suizidanten ihren Selbstmordversuch wiederholen bzw. 10 % aller Suizidanten nach einem ersten Suizidversuch später durch Suizid umkommen“ (Henseler, 1990, 33).

Die häufigsten Suizidversuchsmethoden bei Frauen liegen mit über 70 % bei Vergiftungen und mit ca. 20 % bei Schnittverletzungen. Mit zunehmenden Alter werden die Suizidmethoden der Frauen härter. Etwa 40 % der Suizidentinnen erhängen sich, 20 % sterben durch Vergiftungen, 10 % durch einen Sturz und etwa 5–10 % durch Ertrinken.

3 Ätiologische Modelle

Auf suizidale Krisen und Krisenverläufe gehen wir im Abschnitt Suizidprävention näher ein. Wir möchten hier zunächst einige Erklärungsmodelle für suizidales Verhalten anführen. Seit Durkheim (1897/1973) hat es zahlreiche Versuche gegeben, das bis dahin als Tabu geltende Verhalten zu erklären. Dabei erläutern soziologische, psychologische und biologische Ansätze sicherlich jeweils nur Teilaspekte des Phänomens Suizid. Monokausale Erklärungsmodelle müssen fachübergreifenden Überlegungen weichen, die die sozialen, kulturellen und biochemischen Faktoren berücksichtigen (vgl. das „Overlap model“ von Blumenthal & Kupfer (1990). Diese auch für die Entstehung von Sucht und anderen psychischen Erkrankungen zur Zeit viel diskutierten Erklärungsmodelle besagen nichts anderes, als dass die Ursachen suizidalen Verhaltens multikausal sind, d. h. genetisch, lebensgeschichtlich, sozial und umweltbedingt sind. Sie tragen unseres Erachtens zu keinem besseren Verständnis des Phänomens bei, da sie recht allgemein bleiben und einer individuumspezifischen, z. B. psychodynamischen Ergänzung bedürfen (s. u.).

3.1. Physiologische Ätiologieansätze

Im biologischen Modell wird Suizidalität auf eine Impulskontrollstörung zurückgeführt. Es wird auf Störungen im serotonergen System des ZNS unter Beteiligung des dopaminergen Systems besonders bei suizidalen Handlungen mit harten Methoden hingewiesen (Asberg, 1987). Die peripheren Marker (Thrombozyten, Serum- und Ery-Folsäure, Cholesterinwerte und elektrodermale Aktivität) sind besonders bei „harter“ Suizidmethode vom Normwert abweichend. Ob auf der biologischen Ebene auch geschlechtsspezifische Unterschiede erklärt werden können, ist noch immer ungeklärt und wird kontrovers diskutiert.

Biologische Aspekte spielen vor allem bei psychopharmakologischen Überlegungen zur Suizidvorbeugung eine Rolle, z. B. was den Einsatz von Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquilizern oder einer Lithiumprophylaxe bei psychisch Kranken anbelangt. Eine genetische Determination kann nicht bewiesen werden, da eine gewisse familiäre Häufung möglicherweise auf Nachahmungseffekte zurückzuführen ist. Auch die Zwillingforschung ergab keine eindeutigen Ergebnisse. Schmidtke (1988) kommt in seiner umfassenden kritischen Sichtung zahlreicher Publikationen zu dem Schluss, dass ein monokausaler Zusammenhang zwischen Suizidalität und hormonellen Faktoren bei Frauen zurückzuweisen ist. Methodenimmanente Fehlervariablen und spezifisch andere Bedingungsfaktoren wie Persönlichkeitsstruktur und soziokulturelle Momente überwiegen. Viele der meist älteren Publikationen scheinen ideologieverdächtig: „Zum einen spiegelt sich die historische Vorstellung wider, dass die Menstruationsblutung der Frau zur Entfesselung aggressiver Impulse beiträgt. Zum anderen dringt die implizite Setzung durch, dass die spezifisch weiblichen Funktionen etwas mit Krankheit und Kränkung zu tun haben“ (Gerisch 1998, S. 61).

3.2 Verhaltenstheoretische Ätiologieansätze

In Verhaltenstheoretischen Modellvorstellungen geht man von einer biologischen, sozialen und psychologischen Determination aus. Suizidales Verhalten wird als Problemlöseverhalten verstanden, welches in der Lerngeschichte, den kognitiven Stilen und der Regulationsfähigkeit einer Person begründet liegt. Die suizidale Situation eines Menschen ist demnach durch kognitive Rigidität, idiosynkratisches oder egozentrisches Denken, selbstbezogene Kognitionen oder durch Impulsivität und emotionale Regulierungsunfähigkeit gekennzeichnet (Schmidtko, 1992). Wenn es zu einem Ereignis kommt, bei dem die bisherigen Strategien der Bewältigung nicht ausreichen und äußere Ressourcen versagen oder fehlen, kommt es zu einem Spannungszustand und einer gedanklichen Einengung, sowie dem Unvermögen die Situation kritisch distanziert zu betrachten und zu bewerten. Daraus entstehen dann Gefühle von dysphorischer Gereiztheit, Depressivität und ängstlicher Anspannung. Die Attribution von Hilflosigkeit führt zu Symptomen und Ängsten, welche Kontrollverlust zur Folge haben. Aus der Neigung zu Selbstentwertung und einem eingeschränkten Verhaltensspielraum entstehen Suizidideen.

3.3 Das Depressions-Aggressionsmodell des Suizids nach Freud und Abraham

Suizidalität und depressive Entwicklung

Das erste psychoanalytische Erklärungsmodell der Suizidhandlung fußt auf der triebdynamischen Aggressionstheorie von Freud (1917) und Abraham (1912, 1924). Sie sehen im Rahmen ihres Melancholiemodells den Suizid als die Zuspitzung einer depressiven Entwicklung. Hintergrund der Depression sind real erlebte oder phantasierte Objektverluste, aber auch Kränkungen, Enttäuschungen und Zurückweisungen. Die Versagungen erzeugen eine basale Urver Stimmung und lassen eine ausgeprägte Ambivalenz von Liebe und Hass gegenüber den Objekten entstehen. Der Hass muss dem als unverzichtbar erlebten Objekt gegenüber abgewehrt werden, so dass die narzisstische Identifikation mit ihm als der einzige Weg erscheint, das auch geliebte Objekt nicht zu verlieren. Das verlorene Objekt wird via Inkorporation einverleibt, womit die Liebe und der Hass auf das äußere Objekt reintrojiziert. Suizid und Suizidhandlung stellen für Freud und Abraham den Ausdruck eines Tötungswunsches dar, der in Form von Rache- oder Mordtendenzen gegen das eigene Selbst gewandt wird, aber einer anderen Person gilt. Die Aggression wird gleichsam um den Preis der Selbstaufgabe des Ich umgekehrt. Die neuere psychoanalytische Theorie der Depression (Battegay, 1991) versteht die Symptomatik als einen Zustand, in dem das eigene Ich nicht mehr narzisstisch besetzt werden und das Ich von außen keine narzisstische Zufuhr mehr erfahren kann. Der Weg zu den Objekten und zu dem eigenen Ich erscheint verstellt.

„She died for love and he for glory“

Freud hat sich wenig mit der weiblichen Aggression auseinandergesetzt. Er konstatierte lediglich die erschwerte Über-Ich-Bildung bei Frauen aufgrund der fehlenden Kastrationsdrohung. Bei Frauen überwiege die Angst, nicht geliebt zu werden. Die Freudsche Entwicklungspsychologie ist anhand der männlichen intrapsychischen Prozesse konzeptualisiert, so dass wir heute vom „phallischen Monismus“ Freuds sprechen. In seinem Sinne wären eine nach innen gewendete Aggression und ein ausgeprägter Narzissmus, die als den Suizid prädisponierende Faktoren angesehen werden können, das normale weibliche Triebchicksal. Das scheinbar schwache weibliche Über-Ich wird von modernen psychoanalytischen Autorinnen (vgl. Benjamin, 1993) als primär interpersonell, d. h. auf das Gegenüber bezogen, definiert. Die erhöhte Abhängigkeit von anderen geht aber auch einher mit einer größeren Kompetenz, Beziehungen aufzubauen und zu gestalten. Aufgrund der Gleichgeschlechtlichkeit von Mutter und Tochter entsteht die Identitätsbildung durch Bindung an das gleichgeschlechtliche Objekt (vgl. Gerisch, 1998). Spezifische Fähigkeiten wie Empathie, Verantwortung und Fürsorge für andere stehen im Vordergrund. Während Jungen die primäre Erfahrung der Trennung und des Unterschieds machen und regressive Verschmelzungswünsche ihre Geschlechtsidentität bedrohen, wird der spezifisch weibliche Konflikt darin gesehen, dass die Entwicklung einer autonomen Weiblichkeit und die Individuation als erschwert gelten können. So geraten Frauen schneller in interpersonell bedingte Krisen, halten Beziehungen auch entgegen ihren eigenen Bedürfnissen aufrecht und bleiben auch in der suizidalen Krise eher auf eine andere Person bezogen. Ausweglose Situationen werden unter Einsatz ihres Lebens suizidal angegangen, indem der andere verändert oder zur Annäherung gezwungen werden soll.

Die Geschlechtsspezifität von Suizid und Suizidhandlungen kommt in dem Satz: „She died for love and he for glory“ verdichtet zum Ausdruck. Unterschiedliche Sozialisationsbedingungen fördern bei Frauen weniger Selbstbehauptung und Durchsetzung als Anpassung an die Erwartungen anderer. Die primär gegen das Selbst gerichtete Aggression in der suizidalen Handlung fußt in dem ausgeprägten Ambivalenzkonflikt, in der Angst, einen überaus notwendigen und geliebten Menschen zu verlieren (vgl. Mitscherlich, 1985). Suizid und Suizidhandlung der Frauen werden in diesem Sinne als Reaktualisierung des ursprünglichen Konflikts mit der Mutter gesehen. Liebe und Hass, verstanden in deren regulierender Funktion von Objekthinwendung und Objektabwendung, der Balancierung von Nähe und Intimität einerseits und Loslösung andererseits, lässt weibliche Suizidalität als Ausdruck der Ambivalenz von Objekterhaltung und -annäherung verstehen.

3.4 Narzissmus-Modell der Suizidalität

Die Aggressions-Depressions-Hypothese von Freud und Abraham fand durch Henseler (1984) in der Beschreibung der Psychodynamik vor allem der Selbstmordversuche, verstanden als Zuspitzung einer narzisstischen Krise, eine Erwei-

terung. Die Ambivalenz von Objektretung und -zerstörung, die realitätsferne Selbsteinschätzung und die auffallenden Konflikte im interaktionellen Bereich ließen seine Konzeption der Suizidalität nicht primär in einem Aggressionskonflikt, sondern in einer narzisstischen Störung sehen, die einhergeht mit einem Oszillieren zwischen Größen- und Kleinheitsphantasien, einem hohen Ich-Ideal, einer hohen Störbarkeit zwischenmenschlicher Beziehungen und einer rigiden Über-Ich-Struktur. Die Partner werden häufig zur Restitution eigener narzisstischer Defekte funktionalisiert, entweder idealisiert oder bei minimaler Kränkung abgewertet. Bricht die narzisstische Abwehr aus Realitätsverleugnung und Selbstidealisation z. B. bei realem oder phantasiertem Objektverlust zusammen, so wird die Person auf frühe traumatische Objekterfahrungen zurückgeworfen. Um den eigenen Selbstwert zu bewahren, versucht die Suizidantin auf einen imaginierten harmonischen Primärzustand zu regredieren. „Das Überwiegen sogenannter ‚weicher Methoden‘ bei Selbstmordversuchen der Frauen entspricht, im Kontrast zu der Angst vor dem Sterben, den Todesvorstellungen nach dem Suizid, die mit Phantasien von Wärme, Ruhe und Geborgenheit assoziiert sind“ (Gerisch 1999, S. 218). Die Suizidhandlung soll die drohende narzisstische Katastrophe abwenden und dient der Konfliktlösung. Um sich nicht hilflos und passiv ausgeliefert zu fühlen, wird aktiv gehandelt. Die Suizidhandlung versteht Henseler als „... eine Mischung aus realer Lebensgefahr und irrealer Gefährlosigkeit, aus Furcht und Zuversicht, aus Resignation und Triumph, aus totaler Vereinsamung und vollkommener Kommunikation“ (Henseler 1984, S. 90). Suizid und Suizidversuch begreift er als Endpunkt einer häufig auch unbewussten narzisstischen Krise.

Henselers Verdienst ist es, die Bedeutung von Trennungserfahrungen und Objektverlust zentral in die Debatte aufgenommen zu haben. Stützt nun Henselers narzissmustheoretische Konzeption der Suizidalität das Ressentiment über den weiblichen Narzissmus, das Zirkulieren um den Körper, die Bedeutung des Äußeren, die erheblichen Selbstwertzweifel, weil die Suizidversuche bei Frauen eindeutig überwiegen? Deneke (1985) zeigt in einer empirischen Untersuchung durch ein eigens entwickeltes Narzissmusinventar, dass Frauen in den Skalen „destabilisiertes Selbstgefüge“, „Kleinheitsselbst“ und „negatives Körperbild“ signifikant höhere Werte erreichen als Männer. Vorangestellt sei zunächst einmal, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch Frauen als Zeichen höherer Reflexions- und Introspektionsfähigkeit und damit als Hinweis auf eine günstige Prognose zu werten ist, auch wenn diese Hilfesuche, der Appell über den autoaggressiven Weg des Suizidversuchs erfolgt.

Narzisstisches Dilemma der Frau

Das weibliche Dilemma stellt sich aus psychodynamischer Perspektive folgendermaßen dar: Entweder lässt sich eine frühe Identifikation mit dem gegen-geschlechtlichen Elternteil finden. Wenn die Mutter als schwach und unbedeutend empfunden wurde, wird der Vater übermäßig bewundert, bleibt aber unreichbar. Die daraus resultierende Ambivalenz und Rivalität wird häufig auf den Partner übertragen und Weiblichkeit aufgrund des väterlichen Blicks abgewertet. Der sich herausbildende „strategische Ödipus“ (Rohde-Dachser, 1987) dient der

Abwehr prädöipaler Entbehrung. Oder es findet eine Identifikation mit der Mutter statt, die oft eine masochistische Färbung annimmt. Da der Status der Frauen immer noch als ein machtvoller, entwerteter gelten kann (vgl. Benjamin, 1988), bedeutet die Identifikation mit der entmachteten Mutter, sich nie als vollwertig oder gleichwertig zu empfinden. An dieser Stelle schlägt sich die objektive Unterdrückung der Frau als subjektives Gefühl der eigenen Minderwertigkeit nieder (vgl. Hagemann-White, 1978).

M. Mitscherlich (1978) fragt, wie es Müttern aufgrund eigener entwertender Einstellung dem Frausein gegenüber gelingen soll, die Idealisierungsbedürfnisse des kleinen Mädchens zu befriedigen. Mädchen werden aufgrund der Gleichgeschlechtlichkeit von Mutter und Tochter nicht in der Weise narzisstisch bestätigt wie Jungen und werden aufgrund der oft negativen mütterlichen Einstellung zur eigenen Weiblichkeit nur ambivalent geliebt. Das infantile Omnipotenzgefühl wird beim Jungen weitaus mehr gefördert und stößt im Laufe der Entwicklung weniger auf Widerstände (Rohde-Dachser, 1987). Deshalb finden sich bei Frauen zahllose Versuche, durch Überanpassung, Leistung und Attraktivität die subjektiv empfundene Schwäche zu kompensieren. Das Aufgehen im anderen, das empathische Mitfühlen bis zur Übernahme fremder Gefühle, die Wahl eines Partners als idealisiertes Ersatzselbst, die passive Form der Aggressivität in Form der Verweigerung, des Trotzes und der inneren Abwertung (vgl. Wardetzki, 1991) sind die Folge. Wenn der Versuch, sich selbst narzisstisch zu bestätigen, scheitert, bleibt die Abhängigkeit von der Anerkennung von außen (z. B. des Mannes) erhalten. Dadurch bleiben Frauen deutlich kränkbarer und sind schneller enttäuscht, wenn diese Zuwendung ausbleibt. Auch die Lösung des Konflikts um den Penisneid (sollte Frau seiner Existenz zustimmen), den Freud in dem kompensatorischen (Sohnes)-wunsch sieht, eröffnet ein weiteres weibliches Dilemma. Oft ist es schwer, den Kinderwunsch lustvoll zu besetzen und sich zugleich anderen Lebenszielen zu widmen. Die Frage der sozialen Konsolidierung der Geschlechtsrollenidentität ist oft von dem Konflikt gezeichnet, einen zugunsten der beruflichen Entwicklung nicht eingelösten Kinderwunsch zu haben, oder zugunsten der Kinder auf beruflichen Fortkommen zu verzichten. Diese Konstellation kann als wichtiger Krisenauslöser für die Frau „um 40“ gelten (vgl. Gerisch, 1993).

Aufgrund der Gleichgeschlechtlichkeit von Mutter und Tochter (Haaken, 1983) ist die Differenzierung von Selbst und Objekt bei Frauen schwieriger. Die Folge davon ist eine größere Mühsal bei dem Erreichen von Individuation und Autonomie. Dührssens Untersuchung (1967) zum adoleszenten weiblichen Suizidverhalten zeigt eine hochambivalente, aber intensive Mutterbindung. Das Ringen um eigene Identität und Körperlichkeit in der Pubertät spitzt sich zu, wenn der Leib von Mutter und Tochter einander ähnlicher werden. Die Töchter erleben ihren Körper als fremd und zugleich mit der Mutter identisch. In einer solchen Situation kann die Verführung groß werden, sich den passiven Sehnsüchten nach der Mutter um den Preis der Autonomie zu ergeben.

Allen skizzierten psychodynamischen Konzepten ist gemeinsam, dass sie die Bedeutung der Mutter-Kind-Bindung in den Vordergrund rücken, um zu einer Klärung der Geschlechtsunterschiede bei Suizid und Suizidversuch beizutragen.

In der frühen Mutter-Tochter-Interaktion spiegelt sich die gesellschaftliche Entwertung der Frauen, die in der Suizidalität die Wendung gegen das Selbst erfährt.

3.5 Objektbeziehungstheoretischer Ansatz

Paul Federn brachte schon 1916 eine völlig andere Perspektive in die psychoanalytische Debatte: Seine Überzeugung war: „In der Regel mordet sich nur der, den ein anderer tot wünscht“ (Federn, 1928, S. 38). Dem intrapsychischen Verständnis Freuds wird damit eine Theorie suizidalen Erlebens und Handelns gegenüber gestellt, die die Interaktion mit einem bedeutsamen anderen fokussiert. Kind (1992) greift diesen Ansatz auf. Suizidalität ist für ihn: „... nicht lediglich als Zeichen seelischer Dekompensation“ (Kind, S. 13) aufzufassen, sondern darüber hinaus als eine psychische Funktion. Diese wird als ultima ratio dann eingesetzt, wenn intrapsychische und interpersonelle Krisen auf andere Weise nicht mehr handhabbar scheinen. „Suizidalität wird von mir daher nicht als etwas Pathologisches per se betrachtet, sondern als Kürzel für einen komplexen psychischen Reorganisationsvorgang, welcher auf einen gestörten Umgang mit den inneren Objekten und Selbstimages hinweist, den bewussten und unbewussten Bildern, die wir von uns und den anderen haben. Suizidalität ist mehr als ein Indiz für unintegrierte Aggressivität. Sie hat, wie jedes andere Symptom auch, eine regulierende Funktion, und, so merkwürdig es zunächst klingen mag, unter Umständen auch eine stabilisierende Funktion“ (ebenda, S. 13).

Die fusionäre und die antifusionäre Suizidalität

Kind (1992) zeigt spezifische Funktionsformen auf, die den frühkindlichen Entwicklungsphasen zugeordnet werden können. Die Bedeutungen und Zielsetzungen suizidalen Handelns sind seiner Ansicht nach jedoch nicht genetisch fixiert, sondern können über die Lebensspanne hinweg je nach Regressionsneigung variieren. Die fusionäre Suizidalität steht im Dienste eines Verschmelzungswunsches. Frühkindliche traumatische Erfahrung lässt das Subjekt stetig nach einem empathischen Objekt (Rohde-Dachser, 1986) suchen, welches bestätigt und damit ein Gefühl der Existenzberechtigung verleiht. Der Suizid erscheint vor dem Hintergrund eines enttäuschten Wunsches nach einem hinreichend guten Objekt (Winnicott, 1969) als ein Versuch, sich mit einem idealisierten Objekt wieder zu verbinden.

Antifusionäre Suizidalität steht hingegen im Dienste der Abgrenzung gegen einen drohenden Ichverlust. Zerstörerische Phantasien, Aggression und Destruktion können im Dienste des Ringens um Eigenständigkeit und des Strebens nach Individuation um den Preis der Selbstzerstörung gesehen werden. Beide Modi können oszillieren, mal der Wunsch nach Nähe oder gar Verschmelzung dominieren, mal der Wunsch nach Autonomie und Individuation. Bei der Suizidalität geht es immer auch um den Wunsch, gesehen und anerkannt zu werden, als einzigartiges Individuum identifizierbar zu sein, „als Versuch, sich im anderen zu repräsentieren bzw. den andern zu erreichen, wenn alle Bemühungen gescheitert

sind, ...“ (Gerisch, 1998, S. 255). Bei suizidalen Patienten lassen sich zwei typische Angstmodi unterscheiden, die die Suizidalität motivieren: Die Angst das Objekt zu vernichten, da es enttäuscht hat und/oder unzuverlässig war und die Angst, das Objekt wende sich aufgrund erlebter Minderwertigkeit ab.

Interaktionsgestaltung

Kind (1992) zeigt an klinischen Beispielen zwei zentrale Modi der Interaktionsgestaltung suizidaler Menschen mit ihrer Umwelt: das manipulierte Objekt und das aufgegebene Objekt.

Diese Beziehungsmuster lassen Schlüsse auf die Ätiologie der Suizidalität zu, denn jede Suizidhandlung und jeder vollendete Suizid stellt für Kind eine Aktualisierung pathologischer frühkindlicher Objekterfahrung dar. Suizidales Handeln hat nicht die Tötung des (introjizierten) Objektes zum Ziel, sondern dessen Veränderung. „In der Regel soll aus einem gleichgültigen und abweisenden Objekt ein anteilnehmendes und zugewandtes Objekt werden“ (Gerisch, 1998, S. 248).

Die manipulative Form im Dienste der Objektsicherung und Objektänderung

Die suizidale Klientin und der suizidale Klient streben weder den eigenen Tod noch den des Anderen an, „... sondern die Bedrohung wird eingesetzt, um einen anderen zum lebenssichernden Handeln und zur Annäherung zu zwingen“ (Gerisch, 1998, 252). Neben der Sicherung des Objekts ist die Suizidalität auch Ausdruck einer Objekt- und Beziehungsveränderung. Diese von Kind als „Typus I“ charakterisierte Form der Suizidalität manipulativer Form zeichnet sich durch interaktionsreiche Verhaltensweisen aus: Appelle, Drohungen, unter Druck setzen. Im Gegenüber konstellieren sich Gefühle von Wut, Angst und Schuld. Kind zeigt, wie suizidale Patienten und Patientinnen dieses Typus ihre Beziehungspartner unbewusst in die Rolle zu schicken versuchen, der sie als Kinder ausgesetzt waren. Ihre Befindlichkeit im Gegenüber zu deponieren, kann als unbewusster Problemlösungsversuch bezeichnet werden. Sie hoffen, ihr Beziehungspartner löse den Konflikt für sie stellvertretend in angemessenerer Weise, als sie selbst es konnten.

Suizidalität als Objektaufgabe

Die Interaktion mit einer Person, die sich selbst aufgegeben hat („Typus II“), verläuft weitaus affektärmer, ist eher als resignativ zu kennzeichnen. Die Suche nach einem „alle Hoffnungen verkörpernden Objekt“ (Rohde-Dachser 1989, 175) ist bereits aufgegeben. Die Interaktionspartner erleben Ohnmacht, Aufgegebenwerden und Hoffnungslosigkeit. Nicht einmal Wut- und Rachegefühle scheinen der suizidalen Person aussichtsreich, Antwort zu bekommen. So manipuliert sie unbewusst die Beziehung zu ihrer sozialen Umwelt insgesamt und

eben gerade auch die zu ihrem Behandler oder ihrer Behandlerin so, dass diese sie ebenfalls aufzugeben drohen. Die Klienten konstellieren die Beziehung so, dass die Umwelt Tendenzen des Abschiebens, Nicht-Ernst-Nehmens, Vergessens, Sich-Nicht-Einlassens entwickeln (empirisch belegt durch Paschenda & Wedeler, 1993). Sie stellen die vernachlässigende Eltern-Kind-Beziehung von „Dort-und-Damals“ im „Hier-und-Jetzt“ wieder her, in der Hoffnung, andere, emotional korrigierende Beziehungserfahrungen machen zu können.

Die objektbeziehungstheoretische Perspektive Kinds ermöglicht ein neues und umfassendes Verständnis der Suizidalität, das erlaubt, die typischen Gegenübertragungsreaktionen zu verstehen, zu systematisieren und sie zur Diagnostik und Krisenintervention zu nutzen. Die zumeist unbewussten Botschaften der Suizidalen können in der therapeutischen Beziehung durch die Analyse der Übertragung-Gegenübertragungs-Dynamik verstanden und damit kommunizierbar werden. Gerade auch für die Arbeit in Institutionen, Akutpsychiatrien und Krisenstationen verhilft sein Ansatz zum besseren Verständnis der Appelle, denn auch Organisationen werden in die suizidale Inszenierung mit einbezogen.

Mit dem Ansatz Kinds ist weibliche Suizidalität in ihrer Spezifität zu verstehen. Er schafft Raum, sich im Sinnverstehen der Suizidalität als einem Ausdruck weiblicher Autonomie-Abhängigkeitskonflikte zuzuwenden. Mit seiner Konzeptualisierung lässt sich die weibliche Suizidalität als Versuch begreifen, sich dem signifikanten Anderen hartnäckig zu präsentieren, um ihn zu erreichen.

4 Krisenintervention und Suizidprävention

4.1 Krisenkonzepte

Erste Konzepte zur Krisenintervention stammen aus der Trauerforschung (Lindemann, 1956) und der Bewältigung von Verlusten. Krise wurde verstanden als ein in bestimmten Phasen ablaufender Prozess bei einschneidenden und bedrohlichen Ereignissen im Leben eines Menschen, die sein Persönlichkeitsgefüge erschüttern. Krisenverläufe wurden zunächst analog den Trauerreaktionen konzeptualisiert:

Krise als Trauerprozess (Kübler-Ross, 1984)

- Die erste Phase: Nicht-Wahrhaben-Wollen und Isolierung
- Die zweite Phase: Zorn
- Die dritte Phase: Verhandeln
- Die vierte Phase: Depression
- Die fünfte Phase: Zustimmung

Zahlreiche Kriseninterventionskonzeptionen wurden in Anlehnung an einen typischen Trauerprozess entwickelt (vgl. z. B. Everstine & Everstine, 1992). In

verschiedenen Untersuchungen zeigte sich jedoch, dass der angenommene Verlauf nur als ein prototypischer betrachtet werden kann. Die Reihenfolge des Erlebens variiert ebenso stark wie der zeitliche Rahmen. Dennoch bietet der Phasenverlauf von Trauerprozessen in der Praxis eine Orientierung darüber, welche Gefühle von der betroffenen Person vermieden werden und welche Richtung die Intervention anstreben könnte.

In den sozialwissenschaftlichen und psychiatrischen Krisentheorien wird die Krise als ein Prozess verstanden: „Durch eine Noxe ausgelöste Labilisierung eines Systems, die mit den üblichen Bewältigungsstrategien nicht mehr reguliert werden kann und zu einer Bedrohung des Systembestandes führt“ (Petzold, 1993a).

Sozialwissenschaftliche Krisentheorie

Im Gegensatz zu einer Wachstums- oder Reifungskrise kann sich die Person in der suizidalen Krise nicht mehr aus sich selbst heraus stabilisieren. Die Identität eines Menschen unterliegt im Verlauf seiner Lebensspanne inneren und äußeren Veränderungen, die die Identität wandeln. Diese werden entweder als natürlich erlebt und können integriert werden, oder es kommt zu einer krisenhaften Entwicklung. In suizidalen Krisensituationen, ausgelöst durch kritische Lebensereignisse (Filipp, 1990), sich zuspitzende intrapsychische Konfliktkonstellationen oder die allmähliche Akkumulation von Konfliktmaterial in der Außenwelt, droht das Identitätsgefühl jedoch verloren zu gehen: „Ich erkenne mich selbst nicht wieder“. Die Person wird labilisiert und versucht sich durch habituelle Bewältigungsmuster zu restabilisieren. Wenn dies nicht gelingt oder noch weitere Belastungsmomente hinzu kommen, tritt die Person in die Phase der Turbulenz ein, in der sie durch Notreaktionen und unter Aufbietung aller Kräfte versucht, Stabilität zu gewinnen. Die Dynamik nimmt zu und es entscheidet sich, ob neue Lösungsmöglichkeiten gefunden werden, oder ob es zur Dekompensation kommt. Überschießende Dekompensation (Manie, aggressive Impulsdurchbrüche, spontaner Suizid) oder regressive Dekompensation (Somatisierung, Drogenkonsum, Psychose, Depression, Bilanzsuizid) sind auf dem Höhepunkt der Krise, dem Höhe- und Wendepunkt, zu befürchten. Wird neue Unterstützung verfügbar, d. h. werden vorhandene Ressourcen problemlösend genutzt oder neue Unterstützung durch Außenhilfen zugeführt, kann die Dekompensation verhindert werden. Die erfolgreich gemeisterte Krise geht zumeist mit persönlichem Wachstum, einem Zuwachs an personaler Kompetenz, neuen Möglichkeiten und Lösungswegen, einher. Die Krise kann also auch als Chance für Innovation angesehen werden. Wird die Dekompensation zwar mit aller Kraft vermieden, die Krise jedoch nicht bewältigt, ist eine Beschädigung der Person zu befürchten.

Unabhängig davon, ob die suizidale Krise durch einen inneren (neurotischen) Konflikt ausgelöst ist, der nicht lösbar erscheint oder der Anlass der Krise auch außerhalb der Person liegt und von objektivierbaren äußeren Faktoren begleitet wird, sind die psychodynamischen Entwicklungsstadien (s. Abb. 4) vor einer Suizidhandlung recht ähnlich:

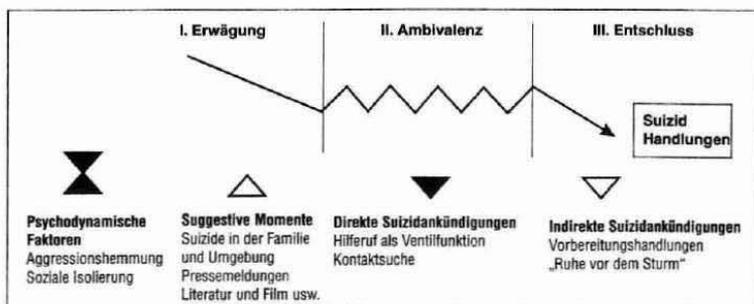


Abbildung 4: Entwicklungsstadien vor einer Suizidhandlung (nach Pöldinger 1968; aus Finzen, 1997, S. 44)

4.2 Krisendiagnostik

Suizidprophylaxe

Da es in der Suizidprophylaxe um schnelles, zupackendes Intervenieren der Behandlerinnen und Behandler geht, ist es wichtig, Diagnoseinstrumente zur Verfügung zu haben, die die Möglichkeit eines schnellen Überblicks eröffnen. Eine in der Krisenintervention bewährte Diagnosemöglichkeit stellen die fünf Säulen der Identität nach Petzold dar.

Die fünf Säulen der Identität nach Petzold (1993b, S.1037)

- *Leiblichkeit* – Gefährdung der leiblichen Integrität führt zu Krisen
- *Soziales Netzwerk* – sein Zusammenbruch oder seine Beschädigung durch den Verlust wichtiger Bezugspersonen stellt eine existentielle Bedrohung dar.
- *Arbeit und Leistung* – Verlust der Arbeit oder der Leistungsfähigkeit wird zumeist krisenhaft verarbeitet
- *Materielle Sicherheit* – ebenso
- *Werte* – sind so bedeutsam weil dieser Bereich noch tragen kann, selbst wenn die anderen Säulen der Identität bereits beeinträchtigt sind. Der Verlust von Werten und/oder des Lebenssinns wiegt dann besonders schlimm.

Eine Krisendiagnostik anhand der Identitätssäulen verschafft neben dem schnellen Überblick ein Verständnis für die Schwere der Krise. Als Faustregel kann gelten: Je mehr Säulen der Identität labilisiert oder beschädigt sind, desto tiefgreifender wird die Krise erlebt. Der Behandler und die Behandlerin kann aufgrund der im Erstgespräch explorierten Daten zudem eine systematische Interventionsplanung vornehmen.

Inventar zur Abschätzung der Suizidalität

Eine sichere Möglichkeit Suizidalität zu quantifizieren, gibt es nicht. Risikolisten, Fragenkataloge oder Kriterienlisten (vgl. Pöldinger, 1982; Henseler, 1983) stellen unseres Erachtens lediglich Orientierungshilfen dar. Suizidale Klienten und Klientinnen sollten nicht in dieser hochformalisierten Form abgefragt werden, denn es besteht die Gefahr, dass sie sich durch Diagnosen mit Hilfe von Fragebögen in ihrer Verzweiflung nicht angenommen fühlen. Ketzerrisch formuliert könnte man sagen: Hoch strukturierte Instrumente zur Abschätzung des Suizidrisikos schützen eher die Behandler und Behandlerinnen, die sich u. U. durch die Ergebnisse in Scheinsicherheit wiegen. Haenel und Pöldinger (1986) führten in den Jahren 1980-82 eine u. a. testpsychologische Untersuchung an ca. 500 Frauen bei stationärer Behandlung nach einem Suizidversuch durch. Im Farbpyramidentest und Rohrschachtest zeigte sich, dass suizidale Frauen unter labiler Affektivität, depressiver Verstimmung und mangelnder Verarbeitungsfähigkeit leiden, diese Affekte aber kaum äußern können. Der Rosenzweig Picture-Frustration Test belegte die starke Autoaggressivität in Folge mangelnder Durchsetzungsfähigkeit, geringer Frustrationstoleranz und destruktiver Konfliktbewältigung (Haenel & Pöldinger, 1986). Auch diese Befunde untermauern die Tatsache, dass das ausführliche Erstinterview eines Menschen in der suizidalen Krise durch nichts zu ersetzen ist. Ziel des Erstkontaktes ist die Herstellung einer vertrauensbasierten Beziehung, die Einschätzung der akuten Suizidgefahr und Verhütung einer suizidalen Handlung (Wolfersdorf, 1993).

Im direkten Kontakt sprechen folgende Risikofaktoren für Suizidalität

- Psychische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie, Sucht
- Zustände mit: Hoffnungslosigkeit, Resignation, Isolation, Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Wahn, Halluzinationen, Panikzustände
- Suizidale Krisen oder Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Narzisstische Kränkungen
- schwierige soziale Situation, biologische Krisensituationen
- Gefühl des Ausgeliefertseins, mangelnde erlebte Kontrolle

Suizidale Menschen spielen oft mit dem Tod, wobei es anderen überlassen wird, sie zu retten. Bei über 80 % der Suizide gibt es Vorankündigungen, diese sollten also unbedingt ernst genommen werden. Dinge sollten beim Namen genannt und indirekte Hinweise aufgegriffen werden. Ambivalenzen zwischen dem Wunsch zu sterben und dem zu leben, zwischen der Hilfesuche und deren Ablehnung sollten angesprochen werden. Eine „Lebensmüde“ hängt noch am Leben, sonst würde sie keine Hilfe suchen. In der Einschätzung von Anlass, Motiv und Ursachen für suizidales Verhalten, welche gemeinsam mit der oder dem Betroffenen erarbeitet werden sollten, liegt eine Chance mehr zu verstehen, um dann nach der Herausarbeitung der Ambivalenz Alternativen herauszufinden, wie er oder sie weiterleben kann. Häufig wird nur eine Lebenspause gesucht, weshalb es Sinn macht, jemanden aus der Krisensituation herauszunehmen und die „Pause“ produktiv zu nutzen (Rupp, 1996).

Konkrete Fragen zur Abschätzung von Suizidalität

- Haben Sie Suizidgedanken?
- Seit wann haben Sie diese Suizidgedanken?
- Gibt es einen Anlass für die Suizidideen?
- Weshalb sind Sie so verzweifelt, dass Sie keinen anderen Ausweg sehen?
- Haben Sie einen Plan, wie Sie sich umbringen wollen?
- Haben Sie bereits konkrete Vorbereitungen getroffen?
- Haben Sie mit jemandem darüber gesprochen oder schon einen Abschiedsbrief geschrieben?
- Gab es früher schon Selbstmordgedanken oder -versuche?
- Gibt es Angehörige oder Bekannte, die sich das Leben genommen haben?

4.3 Krisenintervention

„Alle reden von Krisenintervention, vom Wie aber nicht“ (Henseler, 1981, S. 71).

Als Krisenintervention wird das Gesamt der Maßnahmen verstanden, die den Bewältigungsprozess einer suizidalen Krise fördern und Dekompensation verhindern. Es ist entscheidend für die Krisenintervention, in welchem Stadium des Krisenverlaufs (s.o.) eine Person sich befindet. Ziel ist die Stabilisierung gefährdeter Bereiche durch Entlastung, Relativierung, Beruhigung, ökonomische Hilfen, Einführung des Realitätsprinzips, um die Regulierungsmöglichkeiten zu restituieren. Krisenintervention ist immer interdisziplinär anzulegen, sie bezieht sich auf:

- Soziotherapeutische Maßnahmen
- Psychotherapeutische Maßnahmen
- Pharmakologische Maßnahmen.

Psychotherapeutische Interventionen, so zeigt es die Literatur, unterscheiden sich im Bereich der Krisenintervention wenig. Suizidprophylaxe erscheint als ein eklektizistisches Unterfangen (Leuzinger-Bohleber & Grützig-Seebrunner, 1997; Minsel, Lohmann & Beute, 1980; Reiter, 1975). Die Krisenintervention umfasst höchstens fünf bis zehn Sitzungen und findet im Sitzen statt. Sinnvoll kann es sein, dass die Krisenintervention nach der Symptomreduktion, der Stabilisierung der Persönlichkeit und der Lösung der aktuellen Krise in eine psychotherapeutische Behandlung übergeleitet wird. Schulenübergreifend lassen sich folgende Empfehlungen zur Krisenintervention geben:

- Sofort eingreifen
- Hohes Aktivitätsniveau zeigen
- Selbstheilungskräfte unterstützen – nicht heilen wollen
- Emotional stützen und Zuwendung zeigen
- Kathartische Reaktionen ermöglichen und unterstützen, z. B. Trauer, Wut, Schmerz, Schuld zu zeigen
- Bei drohender affektiver Überschwemmung, Möglichkeiten der Eindämmung und Steuerung vermitteln
- Hoffnung und Optimismus vermitteln,

- Nicht oder nur sehr vorsichtig deuten bzw. interpretieren
- Stützen in der Konfrontation mit der Realität, Verleugnungen und Realitätsverzerrungen entgegenwirken
- Regression im Dienste des Ich unterstützen (Pharmaka, kurze Krankenschreibung)
- Schädlicher Regression (sozialer Rückzug, Alkohol- und Tablettenabusus, etc.) entgegenwirken
- Wichtige Bezugspersonen einbeziehen.

Das Arbeitsbündnis

Als entscheidend für eine gelungene Krisenintervention kann die emotionale Bindung an den Berater oder die Beraterin gelten. Ist das Arbeitsbündnis tragfähig, kann die emotional/kognitive Einengung im Sinne von Ringel (s. unter 1) aufgebrochen werden. Krisenerleben zeichnet sich durch den Zusammenbruch des Zukunftshorizontes und des Antizipationsvermögens aus. Auch die Vergangenheit scheint verloren gegangen zu sein. Aufgrund der krisentypischen kognitiven Einengung kann der Klient oder die Klientin sich nicht mehr mit der Vergangenheit identifizieren, geschweige denn aus ihr lernen. Krisenerleben ist gekennzeichnet durch das Gefühl, aus dem subjektiven Zeitkontinuum herausgefallen zu sein. Gemeinsam gilt es, die hinter der Suizidalität stehende Motivstruktur herauszuarbeiten. Appellative Anteile des suizidalen Erlebens, der Wunsch nach Ruhe und die fremd- und autoaggressiven Aspekte der Suizidalität sollten im Laufe der Krisenintervention deutlich werden. Die Ambivalenz zwischen lebensbejahendem Erleben (Bindungen, Verpflichtungen) und dem Wunsch zu sterben, der häufig ein Ruf nach Veränderung ist, sollte prägnant herausgearbeitet werden. Dabei ist es üblich, dass bei Suizidalität, die aus der narzisstischen Kränkung resultiert, die Betroffenen nach einer neuen Bezugsperson suchen. Diese Lücke können die Beraterin und der Berater nutzen, indem sie die ihnen entgegengebrachte positive Übertragung annehmen und erst im Verlauf durcharbeiten. In der Suizidprophylaxe geht es um Absprachen, die Struktur geben, was auch bedeutet, den Klientinnen aktiv nachzugehen, wenn sie zu einem vereinbarten Termin nicht erscheinen.

Es soll nicht verschwiegen werden, dass die Arbeit mit suizidalen Menschen Therapeuten und Therapeutinnen mit massiven Ängsten konfrontieren kann. Ohnmacht, Hilflosigkeit, Überforderung, Bedrohung der therapeutischen Identität, eigene Todesängste sind zwar als Gegenübertragungsphänomene versteh- und handhabbar, bergen aber auch die Gefahr therapeutischer Kunstfehler, zum Beispiel:

- Provokationen persönlich zu nehmen,
- Sich übermäßig abzugrenzen,
- Dem Klienten oder der Klientin die Verantwortung abzunehmen,
- In negatives Gegenübertragungsagieren zu verfallen,
- Bagatellisierungstendenzen des Klienten/der Klientin mitzumachen,
- Zu rasch nach positiven Veränderungsmöglichkeiten zu suchen und Suizidversuche als rein demonstrativ abzuklassifizieren (vgl. Finzen, 1997).

Konkrete Hilfen für die Behandler und Behandlerinnen

- Machen Sie Auswirkungen und Folgen eines Suizids auch für die Angehörigen und Freunde klar.
- Finden Sie Gründe heraus, die bisher vom Suizid abhielten.
- Treffen Sie Verabredungen, Absprachen, für kurze Zeitabstände (max. über 24 h).
- Beziehen Sie Angehörige mit ein.
- Stellen Sie eine Verbindung zur Lebensgeschichte her.
- Bilden Sie Koalitionen mit den Anteilen, die leben möchten.
- Bringen Sie bisherige Problemlösungsstrategien ins Bewusstsein.
- Erarbeiten Sie ein Verständnis für den Charakter der Krise und eine adäquate Bewältigungsform.
- Stärken Sie das Selbstwertgefühl, gewähren Sie Werterhaltung und die Entdeckung neuer Werte.
- Wirken Sie Isolierung und sozialem Rückzug entgegen.
- Sorgen Sie für eine Balance zwischen Nähe und Distanz.
- Führen Sie eher kurze, dafür mehrere Gespräche; hierdurch wird das Maß an Zuwendung gefördert.
- Legen Sie den Focus auf die Prüfung und Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit.
- Beleuchten Sie kritisch die Absprachefähigkeit, auf die Sie sich verlassen können müssen.
- Vermerken und reflektieren Sie eigene Reaktionen.

Explizit sind keine frauenspezifischen Interventionstechniken entwickelt worden. Es empfiehlt sich aber, in Suiziddiagnostik und -intervention die geschlechtsspezifische Perspektive einzunehmen (s. o).

Stationäre Aufnahme

Gefragt ist also ein sehr hohes Maß an Wahrnehmungsfähigkeit in der intersubjektiven Situation. Am Ende des Erstkontaktes ist es unter Umständen trotz aller Bemühungen erforderlich, eine stationäre Behandlung oder gar eine Zwangseinweisung auf eine psychiatrische Station einzuleiten. Diese Maßnahme wird von den Patientinnen ganz unterschiedlich bewertet. Für die einen ist eine stationäre Unterbringung mit viel Angst vor Stigmatisierung und Kontrollverlust verbunden, die anderen erleben es als Entlastung, aus ihrem Umfeld, der festgefahrenen Situation und dem Gefühl, eingeeengt zu sein, herauszukommen.

5 Wirksamkeitsuntersuchung suizidprophylaktischer Maßnahmen

Möller (1992) berichtet über neun Studien mit einer Experimental- und einer Kontrollgruppe, wobei die experimentelle Gruppe nach einem Suizidversuch mit einem spezifischen therapeutischen Programm (stationäre Behandlung, ambulante Sitzungen, Hausbesuche, nachgehende Betreuung) behandelt wurde, während der Kontrollgruppe eine allgemein übliche Nachbetreuung (Diagnosestellung und Vermittlung an ambulante Psychotherapie) zuteil wurde. Nur in einer dieser Studien wurden in der Experimentalgruppe in der Folgezeit signifikant weniger Suizidversuche unternommen als in der Kontrollgruppe. Es sei an dieser Stelle jedoch auf die erheblichen methodischen Schwierigkeiten verwiesen, die Wirksamkeitsnachweise beim Vergleich einer Routinebehandlung mit einer spezifischen Behandlung suizidaler Patienten und Patientinnen aufwerfen. Das Ausbleiben eines Suizids ist zwar ein Erfolgskriterium, aber nicht das einzige. In der Untersuchung ging es um kleine Fallzahlen und lange Beobachtungszeiträume.

Suizidprävention durch Krisenintervention

Zum Abschluss stellen wir kurz zwei Erhebungen aus der praktischen Arbeit in der Krisenintervention vor. Die ambulante und stationäre Krisenintervention ist ein wichtiger Bestandteil der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung geworden.

In einer qualitativen Untersuchung aus dem Jahr 1993 in einem Berliner ambulanten Krisendienst (K.U.B.) ergaben sich folgende Ergebnisse: Drei Viertel der Klientinnen waren Frauen und 15 % der Hilfesuchenden hatten Suizidgedanken. Besonders wichtig zur Bewältigung der Krise war den Befragten ein verständnisvoller, einfühlsamer Umgang, der zu Klärung der Situation beitrug. 22 % gaben an, dass sie, wenn sie die Gelegenheit zu einem Beratungsgespräch nicht gehabt hätten, akut gefährdet gewesen wären (Müller, Holz & Seyrer, 1997).

Ergebnisse der Basisdokumentation des Kriseninterventionszentrums der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Krankenhaus Moabit in Berlin im Jahr 1996 zeigten, dass etwa 30 % der Patienten unabhängig vom Geschlecht einen oder mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte verübt hatten. Bei ca. 50 % der Aufnahmen mit unterschiedlichen Krankheitsdiagnosen (v.a. Persönlichkeits- und Anpassungsstörungen) bestand Suizidalität. 68 % der Patienten im Erhebungszeitraum waren Frauen, bei mehr als der Hälfte der Patienten bestand der Krisenauslöser in einem Familien- Partner- oder Trennungskonflikt. In einer Katamnese im Jahr 1994 gaben die Patienten an, die Krise mit Hilfe der Gruppen- (56 %) und Einzeltherapie (45 %), dem Abstand vom Umfeld (36 %) und dem Austausch mit Mitpatienten (35 %) bewältigt zu haben (Mehrfachnennungen waren möglich). In einer zweiten Katamnese 1996 zeigte sich, dass für zwei Drittel der Befragten die gemeinsam erarbeitete und vom Patienten akzep-

tierte individuelle Weiterbehandlungsempfehlung von besonderer Bedeutung war, um zu der Selbsteinschätzung „insgesamt gebessert“ zu gelangen (Albrecht et al., 1996). Führt also u. a. eine gelungene Krisenintervention zu der gesunkenen Suizidrate bei Frauen? Frauen suchen sich offensichtlich in suizidalen Krisen eher Unterstützung und begeben sich häufiger in professionelle Hilfe. So kann gemeinsam ein Weg erarbeitet werden, der zu einem anderen Ausweg als dem Suizid führt.

Weiterführende Literatur

- Bronisch, T. (1995). *Der Suizid*. München: Beck.
- Finzen, A. (1997). *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen: Prävention-Behandlung-Bewältigung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gerisch, B. (1998). *Suizidalität bei Frauen. Mythos und Realität – eine kritische Analyse*. Tübingen: edition discord.

Internetseiten

- Die Internetseite für Menschen in Lebenskrisen: www.kummernetz.de
- Die Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Suizidprophylaxe (DGS): www.suizidprophylaxe.de
- Die Internetseite der Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen: www.nakos.de
- Die Internetseite der Telefonseelsorge: www.telefonseelsorge.de Bundesweit steht rund um die Uhr die Telefonseelsorge kostenlos unter der Rufnummer: 0800-111 0 111 für Menschen in Krisensituationen zur Verfügung. Kinder und Jugendliche wenden sich an die Rufnummer: 0800-111 0 333.

Literatur

- Abraham, K. (1912). Ansätze zur psychoanalytischen Erfahrung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. *Zentralblatt der Psychoanalyse*, 2, 302-311.
- Albrecht, J., Börger, K., Bruns, M., Domanski, C., Dormagen, H., Holland, H. & Jahnke, D. (1996). *10 Jahre Kriseninterventionszentrum der Psychiatrischen Abteilung, Krankenhaus Moabit*. Unveröff. 10. Jahresbericht, Berlin.
- Améry, J. (1976). *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Asberg, M. (1987). Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena. In H.J. Meltzer (ed.), *Psychopharmacology* (S.655-658). New York: Raven press.
- Baecheler, J. (1981). *Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord*. Frankfurt a. M.: Ullstein.
- Battegay, R. (1987). *Depression: psychophysische und soziale Dimension, Therapie*. Bern: Huber.
- Benjamin, J. (1990). *Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht*. Basel: Stroemfeld/Roter-Stern-Verlag.
- Blumenthal, S.J. & Kupfer, D.J. (eds.) (1990). *Suicide over the life cycle*. Washington: American Psychiatric Press.
- Bojanovski, J. (1979). Wann droht Selbstmord bei Geschiedenen? *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 125, 73-78.
- Bronisch, T. (1995). *Der Suizid*. München: Beck.
- Deneke, F.W. & Müller, R. (1985). Eine Untersuchung zur Dimensionalität und metrischen

- Erfassung des narzißtischen Persönlichkeitssystems. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 35, 329-341.
- Dorrmann, W. (1991). *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten*. München: Pfeiffer.
- Dührssen, A. (1967). *Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Durkheim, E. (1973). *Der Selbstmord. Soziologische Texte* 32. Darmstadt: Luchterhand (Original (1897) *Le suicide*).
- Everstine, D. S. & Everstine, L. (1992). *Krisentherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Federn, R. (1928). Selbstmordprophylaxe in der Analyse. *Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik*, 3, 379-389.
- Filipp, S. H. (1990) (Hrsg.). *Kritische Lebensereignisse*. München: Psychologie-Verlags-Union.
- Finzen, A. (1997). *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen: Prävention-Behandlung-Bewältigung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *GW Bd. 10*, S. 427-446. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Gerisch, B. (1993). Aspekte zum psychodynamischen Verständnis der Suizidalität bei Frauen. *Forum der Psychoanalyse*, 9, 198-213.
- Gerisch, B. (1998). *Suizidalität bei Frauen. Mythos und Realität – eine kritische Analyse*. Tübingen: edition discord.
- Haaken, J. (1983). Sex Differences and Narcissistic Disorders. *American Journal of Psychoanalysis*, 43, 315-324.
- Haenel, Th. & Pöldinger, W. (1986). Erkennen und Beurteilen der Suizidalität. In C. Reimer (Hrsg.), *Krisenintervention – Konsiliarpsychiatrie* (S. 106-132). Berlin: Springer.
- Hagemann-White, C. (1978). Die Kontroverse um die Psychoanalyse in der Frauenbewegung. *Psyche*, 32, 732-763.
- Heinrich, M., Wedler, H. & Wolfersdorf, M. (Hrsg.) (1998). *Suizidprophylaxe. Sonderheft der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS)*.
- Heinrich, M., Wedler, H. & Wolfersdorf, M. (Hrsg.) (1999). *Suizidprophylaxe*, 3-4, 121-129.
- Henseler, H. & Reimer, C. (1981). *Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie*. Stuttgart: frommann-holzboog.
- Henseler, H. (1990). *Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Henseler, H., Marten, R.F. & Sodemann, U. (1993). Kriterienliste als Screening-Instrument zur Erfassung von chronischer Suizidalität. *Nervenarzt*, 54, 33-41.
- Kind, J. (1996). *Suizidal – Die Psychoökonomie einer Sucht*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kreitmann, N. (1986). Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.E. Meyer, C. Müller u. E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (S. 87-106). Berlin: Springer.
- Kübler-Ross, E. (1984). *Interviews mit Sterbenden*. Gütersloh: Verlagshaus Mohn.
- Laux, G. (1992). Klinische Aspekte zur Abschätzung des Suizidrisikos. *Krankenhauspsychiatrie*, 3, 140-143.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Grüntzig-Seebrunner, M. (1997). Fokalthherapie – Krisenintervention – psychoanalytische Beratung. In W. Mertens (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (S. 322-329). Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Lindemann, E. (1965). The meaning of crisis individual and family living. *Teacher College Record*, 57, 310-315.
- Linehan, M.M. (1973). Suicide and attempted suicide: Study of perceived sex differences. *Perceptual and Motor skills*, 37, 31-34.
- Lindner-Braun, C. (1990). *Soziologie des Selbstmords*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lungershausen, E. (1990). Der Umgang mit dem suicidalen Patienten. In T.R. Payk (Hrsg.), *Psychiatrische Therapie. Erfahrungen und Perspektiven* (S. 11-17). Stuttgart: Schattauer.
- Minsel, W. R., Lohmann, J. & Bente, G. (1980). Krisenintervention. In W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie, Bd. II* (S.78-101). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Mitscherlich-Nielsen, M. (1978). Zur Psychoanalyse der Weiblichkeit. *Psyche*, 32, 669-694.

- Mitscherlich, M. (1985). *Die friedfertige Frau*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Möller, H.J. (1992). Rezidivprophylaxe nach Suizidversuch. Ein Vergleich unterschiedlich strukturierter Therapieangebote, *Psycho*, 18, 754-765.
- Moulton, R. (1991). Beruflicher Erfolg: Ein Konflikt für Frauen. In J. Alpert (Hrsg.), *Psychoanalyse jenseits von Freud* (S.171-193). Berlin: Springer.
- Müller, W., Holz, M. & Seyrer, Y. (1997). In T. Giernalczyk (Hrsg.) *Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe* (S. 157-166). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Paschenda, K & Wedeler, H. (1993). Suicide amongst the aged: Is it generally accepted in our society? In K. Böhme u. H. Wedeler (Hrsg.), *Suicidal behavior: The state of the art* (S.192-195). Regensburg: Roderer.
- Petzold, H. (1993a). Krisen der Helfer – Überforderung, zeitextendierte Belastung und Burnout. In U. Schnyder u. J.D. Sauvart (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (S. 161-175). Bern: Huber.
- Petzold, H. (1993b). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bd.1-3*. Paderborn: Junfermann.
- Pöldinger, W. (1982). Erkennen und Beurteilen der Suizidalität. In C. Reimer (Hrsg.), *Suizid. Ergebnisse und Therapie* (S. 13-23). Berlin: Springer.
- Reiter, L. (1975). Krisenintervention. In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (S. 457-489). München: Urban & Schwarzenberg.
- Ringel, E. (1953). *Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften Entwicklung*. Wien: Maudrich.
- Rohde-Dachser, C. (1986). Ringen um Empathie. Ein Interpretationsversuch masochistischer Inszenierungen. *Forum der Psychoanalyse*, 2, 44-58.
- Rohde-Dachser, C. (1987). Die Ausformung der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzißtischen und Borderline-Störungen. *Psyche*, 9, 773-799.
- Rupp, M. (1996). *Notfall Seele. Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfall- und Krisenintervention*. Stuttgart: Thieme.
- Schmidtko, A. (1988). *Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens*. Regensburg: Roderer.
- Schmidtko, A. (1992). Verhaltenstherapie. In H. Wedler, M. Wolfersdorf u. R. Welz (Hrsg.), *Therapie bei Suizidgefährdung*. Regensburg: Roderer.
- Schmidtko, A., Weinacker, B. & Fricke, S. (1998). Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. *Suizidprophylaxe, Sonderheft*.
- Teising, M. (1999). Suizid im Alter ist Männersache. Psychodynamische Überlegungen zur Erklärung. In G. Fiedler u. R. Lindner (Hrsg.), *So hab ich doch was in mir, das Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens* (S.99-120). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ulich, D. (1987). *Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wardetzki, B. (1991). *Weiblicher Narzißmus. Der Hunger nach Anerkennung*. München: Kösel.
- Wedler, H. (1989). Über Zahlen. *Suizidprophylaxe*, 6, 177-185.
- Winnicott, D.W. (1969). Objektverwendung und Identifizierung. In ders. *Vom Spiel zur Kreativität* (S.101-110). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wolfersdorf, M. (1993). Krisenintervention und Psychotherapie. In A. Finzen (Hrsg.), *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Leitlinien für den therapeutischen Alltag* (S. 74-94). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wolfersdorf, M. (1994). *Der suizidgefährdete Mensch. Zur Diagnostik und Therapie bei Suizidgefährdung – Eine Einführung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.