

1 Einführung

Im Jahr 2013 legte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Aktionsplan vor, der u. a. als Ziel die Reduktion der Suizidzahlen bis 2020 um 10 % enthielt. 2014 erschien dann die WHO-Publikation »Preventing Suicide: A global imperative« (Stiftung Deutsche Depressionshilfe (Hrsg.) (2016) Suizidprävention: Eine globale Herausforderung). Gleich in der Einführung steht: »Es gibt keine einfache Erklärung dafür, warum Menschen durch Suizid sterben.« (S. 8)

Im Juni 2008 hat die *Europäische Union* unter dem Stichwort »Depression and suicide in Europe« in Fortsetzung ihrer gesundheits- und psychiatriepolitischen Entwürfe des letzten Jahrzehnts die hochrangige Bedeutung des Themas Prävention von Suizidmortalität und Depressionserkrankung in den Ländern Europas herausgestellt. 2005 wurde im sog. »Greenbook« der EU-Kommission für Gesundheit diese Orientierung bereits festgelegt, als die Reduktion von Drogenmissbrauch, von depressiven Erkrankungen und Suizidmortalität in der Europäischen Union zu Präventionszielen erklärt und den Mitgliedsländern in die jeweiligen gesundheitspolitischen Programme geschrieben wurde.

Diese »high level-conference« im Sommer 2008 geht von zwei wesentlichen Fakten aus: Die Depression als Erkrankung ist häufig in Europa, die Lebenszeitprävalenz liegt bei über 13 %, bei europäischen Männern bei 9 %, bei europäischen Frauen bei ca. 17 %. Der Einfluss von depressiven Erkrankungen auf die Lebensqualität ist dem einer schweren körperlichen Erkrankung gleichzusetzen. Des Weiteren sind depressive Erkrankungen zu einem hohen Grad mit anderen psychischen

Erkrankungen und insbesondere mit Alkoholmissbrauch und Angststörungen komorbid verbunden.

Im Jahr 2006 verstarben in den 27 EU-Ländern über 59.000 Europäer¹ durch Suizid – ca. 45.000 Männer und ca. 14.000 Frauen. Die Anzahl der durch Verkehrsunfälle im gleichen Jahr verstorbenen Menschen liegt bei ungefähr 50.000, also einiges darunter. Damit versterben 12 von 1.000 Bürgern der EU nicht an natürlichen Todesursachen, sondern durch Suizid. Nach Ansicht der EU-Kommission für Gesundheit stehen 90 % aller Suizide in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und im Wesentlichen mit affektiven Störungen. Geschätzt wird, dass etwa 60 % aller Suizide im Zusammenhang mit depressiven Störungen geschehen, aber auch mit Alkoholmissbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen (Wahlbeck und Mäkinen 2008).

Die entsprechenden Aktivitäten in der *deutschen Gesundheitspolitik* in den letzten zwanzig Jahren lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Im Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen »Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung« von 2000/2001 wird erstmals eine psychische Erkrankung, nämlich die Depression, als bedeutsames Ziel zukünftiger

1 Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in diesem Text bei personenbezogenen Bezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Diese schließt, wo nicht anders angegeben, alle Geschlechtsformen ein (weiblich, männlich, divers).

Gesundheitspolitik benannt. Das Forum des Bundesministeriums für Gesundheit »Gesundheitsziele.de« hat 2004 die Arbeitsgruppe »Depression« ins Leben gerufen, eine Expertenkommission, die über mehrere Jahre hinweg Ziele zu einer verbesserten Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation depressiver Erkrankungen formulierte; die entsprechende Publikation ist in der Zwischenzeit erschienen (BMG 2007) und beinhaltet auch Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung suizidaler Menschen. Die im Dezember 2009 verabschiedete S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie zum Thema »Unipolare Depression«, die von verschiedenen Fachgesellschaften unter der Leitung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in den letzten drei Jahren entworfen wurde, beinhaltet ein eigenes Kapitel »Management bei Suizidgefahr« und fordert ein direktes Ansprechen des Themas, eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung. Zudem gibt es auch Empfehlungen zu den Voraussetzungen einer stationären Einweisung sowie zur pharmako- und psychotherapeutischen Behandlung, wie auch zur Nachsorge bei suizidalen depressiven Patienten.

Seit 2002 existiert in Deutschland auch ein »Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)«, lange unter der Leitung von Schmidtke und Fiedler (Schmidtke und Fiedler 2007), heute von Schneider und Lindner (Glasow und Henry 2016). Abgesehen von den Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS) seit nun fünf Jahrzehnten einschließlich der dort zugehörigen »Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens« der DGS und des vor einigen Jahren entstandenen »Referats Suizidologie« der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) wurde damit eine be-

deutende weitere Initiative gestartet. Insgesamt wird offensichtlich, dass auf der gesundheitspolitischen sowie auf verbandspolitischer Ebene der Fachgesellschaften das Thema Suizidalität in den letzten Jahrzehnten einen neuen Stellenwert bekommen hat, sodass – und hier sei eine wichtige Hypothese gleich eingangs genannt – der Rückgang der Suizidzahlen und -raten in Deutschland in den letzten zwei Jahrzehnten auch im Zusammenhang mit einer deutlich verbesserten Wahrnehmung von Suizidalität, von Menschen in suizidalen Krisen und belastenden Lebenssituationen, in der Verbesserung des Erkennens und des Behandeln depressiver, aber auch anderer psychischer Erkrankungen, die mit erhöhter Suizidalität einhergehen können, interpretiert wird. Anfang der 2000er Jahre begann in Deutschland eine gesellschaftlich breite Diskussion um das Thema »Suizidbeihilfe/(ärztlich) assistierter Suizid«, die zur Formulierung des § 217 StGB führte und der letztlich 2020 vom Bundesverfassungsgericht wieder aufgehoben wurde. Die aktuelle Diskussion spannt sich zwischen Suizidbeihilfe versus Suizidprävention aus. Wenn es ein Gesetz zur Beihilfe zum Suizid geben wird, muss es zwangsläufig auch ein Suizidpräventionsgesetz geben. Dass sich im Rahmen der Diskussion um »Suizidbeihilfe« mit Formulierung des ehemaligen § 217 StGB im Bundestag eine überfraktionelle Arbeitsgruppe gegen die Freigabe der Suizidbeihilfe gebildet hat und auch vom Bundestag ein Projekt »Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven« auf den Weg gebracht wurde, ist bemerkenswert.

Das Thema Suizid und Suizidgefahr bzw. Suizidprävention ist heute Standard in den Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und in den Ausbildungsangeboten in allen »Psych«-Fächern, sei es die Ausbildung der Medizinstudenten, der Psychologen, die Ausbildung von Sozialpädagogen, Theologen oder auch Philosophen; sei es die Facharztweiterbildung oder die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten. In den so-

matischen Fächern scheint noch mehr Bedarf an Fort- und Weiterbildung zu bestehen, wie eine aktuelle Umfrage vermuten lässt (Wolferdsdorf, Schneider et al. 2020 unveröffentlicht).

Immer noch sterben in Deutschland mehr Menschen durch Selbsttötung als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen oder Aids zusammen (Fiedler und Schmidtke 2007, ► Tab. 1).

Tab. 1: Todesursachen in Deutschland 2005 und 2018 (Fiedler und Schmidtke 2007, Müller-Pein 2020; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stand Mai 2020)

Verstorben durch	Anzahl Verstorbene		Quelle
	2005	2018	
Mord und Totschlag	869	1.827	Bundeskriminalamt
Verkehrsunfälle	5.458	3.275	Statistisches Bundesamt
AIDS	720	440	Robert-Koch-Institut
Suizid	10.260	9.395	Statistisches Bundesamt

Daraus leitet sich die Verpflichtung ab, die Themen Suizidalität, Suizid und Suizidprävention sowie Hilfe für Menschen in suizidalen Lebenskrisen weiterhin und verstärkt nicht nur einer Fachöffentlichkeit, sondern im Bewusstsein der Allgemeinbevölkerung zu etablieren und damit die heute bereits bestehenden Hilfs-

möglichkeiten weiter zu verbessern. Denn, wie es anlässlich eines der letzten World Suicide Prevention Days im Rahmen einer Öffentlichkeitsaktion formuliert wurde: *»Keiner bringt sich gerne um!«* Suizidprävention ist ein gesundheitspolitisches Thema geworden, ganz im Sinne der WHO-Position (2014): *»Suizide sind vermeidbar«*.

1.1 Anmerkungen zur Geschichte des Suizids

Johann Wolfgang von Goethe (Sprengel 1985, S. 617) schrieb: »Der Selbstmord ist ein Ereignis der menschlichen Natur, welches, mag auch darüber schon soviel gesprochen und gehandelt worden sein als da will, doch einen jeden Menschen zur Teilnahme fordert, in jeder Zeitepoche wieder einmal verhandelt werden muss«. Und damit verlange die Frage des Suizids nach Lind (1999) jedem Menschen eine persönliche Stellungnahme ab und die Gesellschaft eines jeden Zeitalters sei gezwungen, diese Frage erneut zu thematisieren. »Jede Zeit kultiviert ihr Interesse am Selbst-

mord neu«, meint Roger Willemsen (2000, S. 13) im Vorwort seines Buches »Der Selbstmord« mit Briefen, Manifesten und literarischen Texten zum Thema und fährt später fort, dass sich *im Suizid grundsätzlich gesellschaftliche Fragen* stellten, auch wenn vergangene Epochen Pädagogik, Justiz, Moralphilosophie und Theologie gegen den Suizidenten in Stellung gebracht hätten. Die Sorge um ihn verrate ein gesteigertes Interesse am Einzelleben »und es habe andererseits kaum eine gesellschaftliche Institution gegeben, die sich durch den Suizid nicht in Frage gestellt und aufge-

rufen gefühlt hätte, ihm zu begegnen« (S. 17). Heute sei der Suizid weitgehend Arbeitsgebiet von Psychologie und Psychotherapie geworden und der wissenschaftliche Diskurs habe schon früh mit psychologischen, psychopathologischen, sozialpsychologischen, soziologischen und anthropologischen Argumenten operiert. Johann Wolfgang von Goethe, um noch einmal aus »Dichtung und Wahrheit« zu zitieren, meinte, dass keinem normalen und kultivierten Menschen das »temporäre ernste Selbsttötungsverlangen als ein der eigenen geistigen Verantwortung und der eigenen seelischen Macht ganz entzogenen Naturzwang als inneres, furchtbares »Muss« fremd bleibt« (zit. n. Simson 1976, S. 21); Goethe habe dies »die Krankheit zum Tode« genannt. Für den Juristen Simson (1976) bildet der »innere Selbstmordwunsch« eine naturbedingte und naturgewollte, heute in steigendem Umfang von menschlichem Dasein untrennbare, verzweifelte Reaktion auf Leid und Leiden. Und weiter meint er, zu Unrecht hätten Gesetzgeber, Richter und andere, die zu Wertungen berufen seien, den Suizid auf den Generalnenner »mangelnder sittlich-sozialer Standhaftigkeit« gebracht, die Tat auf dieser Basis mit einem Unwerturteil verbunden und dies in rechtlicher Konsequenz zum Ausdruck gebracht. In Wirklichkeit habe »ein Suizid selten nur eine einzige Kausalität« (ebd., S. 22). Damit sei die Spannweite der Betrachtung des Suizides in verschiedenen Zeitepochen, Kulturen und Ländern angedeutet, in denen sich einerseits Versuche finden, die Selbsttötung mit Hilfe strafrechtlicher Drohungen oder religiöser Ausgrenzung zu bekämpfen und zu bestrafen, oder andererseits Ansätze, sie als eine nicht selten gerechtfertigte, auf jeden Fall freie menschliche Entscheidung zu verstehen, zu respektieren und aus Strafgesetz und Strafpraxis herauszunehmen. Die aktuelle Diskussion (Wedler 2017, Borasio et al. 2017, Wolfersdorf 2020, Schneider et al. 2020) zeigt die Weite des Spannungsfeldes.

Suizidalität gibt es, seit es Menschen gibt. Nur der Mensch kann über die willentliche Been-

digung des eigenen Lebens nachdenken. Ob der Vorzeitmensch die Selbsttötung bereits kannte, ist nicht überliefert. Kein Denken und Verhalten hat jedoch im Laufe der Menschheitsgeschichte eine derartig unterschiedliche Beurteilung erfahren wie Suizidalität.

Der Historiker George Minois (1996) hat eine große Untersuchung des Suizides im christlichen Abendland von der Antike bis ins 20. Jahrhundert vorgelegt. Hier wird der Suizid in historischer, gesellschaftlicher, religiöser, juristischer und philosophischer Perspektive und in der Literatur beleuchtet. Nach Minois (1996, S. 16) galt bis Ende des Mittelalters ein religiöses Paradigma von Suizidalität, nämlich dass Suizidenten im Jenseits bestraft werden würden, denn der Suizid stelle sowohl eine Beleidigung Gottes dar, der das Leben geschenkt habe, als auch eine Beleidigung der Gesellschaft, die für das Wohl ihrer Mitglieder Sorge. Beides abzulehnen, die Gabe Gottes und die Fürsorge der Gesellschaft, seien als Vergehen angesehen worden, die weder von religiöser noch von politischer Seite her geduldet werden könnten. So galt in der frühen Neuzeit der Suizid sowohl im kirchlichen wie auch im weltlichen Recht als kriminelle und zu bestrafende Handlung (Lind 1999).

Allerdings, auch hier hatte der *Suizid im Mittelalter* bereits zwei Gesichter (Minois 1996, S. 31). Er schien fast ausschließlich bei dem »gemeinen Mann« zu grassieren und den Adeligen zu verschonen, denn diesem ersparten Ersatzhandlungen wie das Turnier, die Jagd, der Krieg oder auch der Kreuzzug den Suizid als Gelegenheiten, sich töten zu lassen und suizidale Neigungen zu »sublimieren«, während den Bauern und Handwerkern nur ein Strick oder das Wasser zur Verfügung stünden. Und dieser Unterschied spiegelte sich nach Minois (1996) auch im Recht und in der Moral wider, denn der indirekte Suizid des Adeligen galt als altruistisch, wenn letzterer sich für seine Sache aufopfere, oder hatte seine Ursache in der Liebe, im Zorn oder im Wahnsinn. In allen diesen Fällen sei er ent-

schuldbar gewesen. Der Suizid des Bauern dagegen wurde als egoistische und feige Tat verstanden, denn dieser entziehe sich seiner Verantwortung, in dem er sich heimlich erhänge. Sein Motiv sei die Verzweiflung, ein verhängnisvolles Laster, das ihm der Teufel eingegeben habe. Später weist Minois (1996, S. 64) darauf hin, dass dem Suizid übergroße Schwierigkeiten und Leiden des Daseins zugrunde lagen, nämlich Hunger, Krankheit, wirtschaftlicher Ruin, Tod naher Angehöriger, große Armut, Gefangenschaft und Angst vor Folter, oder auch Eifersucht. Es hätten die Suizide aus Gründen der Ehre – eine Kategorie, welche die Literatur den Adeligen vorbehalten habe – gefehlt. Allein die Ansicht, das Leben lohne sich nicht mehr, wurde schon als Zeichen von Wahnsinn und geistiger Zerrüttung verstanden, die man als »Melancholie« zu benennen begann. Damit war ein körperliches Leiden der Schwermut benannt, ein »Übermaß an schwarzer Galle«, die das Gehirn verdunkle und düstere Gedanken hervorrufe.

Dieser Gedankengang als Grundlage somatischen und theologischen Verständnisses von *Depressivität und Suizidalität* findet sich bereits bei der Mystikerin Hildegard von Bingen (1098–1179), die in der Vorphase zur Blüte der Kultur des Mittelalters als Repräsentantin des 12. Jahrhunderts, als Äbtissin der Klostersgemeinschaft der Benediktinerinnen in der Nähe von Bingen publikatorisch sehr aktiv war und in einem ihrer Werke »Causae et curae« depressive Männer und Frauen beschreibt (Hildegard von Bingen, zit. n. Lieburg 1992). Nach Hildegard von Bingen haben melancholische Männer eine düstere Gesichtsfarbe, auch seien ihre Augen ziemlich feurig und den der Vipern ähnlich. Depressive Frauen kommen dann nicht besser weg als die Männer, denn ihnen werden »mageres Fleisch, dicke Gefäße und mäßig starke Knochen« zugeschrieben, solche Frauen seien »windig und unstet in ihren Gedanken, auch übler Laune [...]«. Was die Verursachung der Melancholie angeht, bezieht Hildegard von

Bingen eine eindeutige Position, wenn sie in einer Vermischung der Vier-Säfte-Lehre und Vertreibung aus dem Paradies die Entstehung der Melancholie, d. h. »der schwarzen Galle« im menschlichen Körper im Zusammenhang mit dem Sündenfall Adams sieht. »Als aber Adam das Gebot übertreten hatte, wurde der Glanz der Unschuld in ihm verdunkelt, seine Augen, die vorher das Himmlische sahen, wurden ausgelöscht, die Galle in Bitterkeit verkehrt, die Schwarzgalle in Finsternis der Wortlosigkeit und er selbst völlig in eine andere Art umgewandelt. Da befahl Traurigkeit seine Seele und diese suchte bald nach einer Entschuldigung dafür im Zorn. Denn aus der Traurigkeit wird der Zorn geboren, woher auch die Menschen von ihrem Stammvater her die Traurigkeit, den Zorn und was ihnen sonst noch Schaden bringt, überkommen haben« (Woltersdorf 2008). Dieses Konzept der das Gehirn des Menschen umnebelnden schwarzen Galle – das aus dem griechischen abgeleitete Wort Melancholie heißt »Schwarzgalligkeit« – geht später in das Konzept der Erklärung suizidaler Handlungen ein. Es wird von einer Erkrankung des Wahnsinns gesprochen, oft »Melancholie« genannt, die suizidale Menschen als Opfer einer teuflischen Verzweiflung, als Ausdruck einer Besessenheit im krankhaften Sinne sieht. Ebenso ist auch vom »Raptus melancholicus« als der spontan aus einer depressiven Gestimmtheit heraus entstehenden suizidalen Handlung die Rede. Wer sich nachweislich im »Raptus melancholicus« suizidierte, wurde als »krank« mit christlichen Ritualien auf dem Friedhof beerdigt.

Nach Minois (1996) war Brunetto Latine einer der ersten, der diesen Gedanken im Mittelalter (um 1265) verwandte. Etwa ab dem 14. Jahrhundert, so Minois, sei es zu einer Milderung der Kriminalisierung des Suizids gekommen; Minois zitiert Jean Boutillier (gest. 1395), der beim Vorliegen von Krankheit, hier »Wahnsinn«, eine normale Beerdigung des Suizidenten forderte: »Wenn einer wegen Krankheit oder Wahnsinn oder durch

sonst ein Unglück wie den Verlust seiner Frau, seiner Kinder oder seiner Güter, in welchem Fall, wie man weiß, ein jeder der Verzweiflung anheim fällt, das Leben verliert, so darf er weder seiner Habe noch seines Leibes verlustig gehen: er darf nicht wegen Verbrechens hingerichtet werden, und er darf weder gehängt noch öffentlich vor Gericht gestellt werden: denn der Leib hat sich nicht gegen die Justiz vergangen, sondern gegen sich selbst« (Minois 1996, S. 67). Dabei erscheint der Suizid derart unmenschlich, dass er entweder nur durch das unmittelbare Eingreifen des Teufels oder durch die Erkrankung des »Wahnsinns«, bzw. »Melancholie«, zu erklären ist. Im ersteren Fall sei der Mensch Opfer einer teuflischen Verzweiflung, gegen welche die Kirche den Beistand der Beichte anbiete. Wer trotz dieser Hilfe dem Suizid erliege,

fahre zur Hölle. Im zweiten Fall sei der Unglückliche für seine Tat nicht verantwortlich und könne gerettet werden. Zudem erkenne die Literatur die Größe der Suizide aus Liebe und Ehre an und verleihe dem Adel damit sein eigenes Substitut für den Suizid.

In diesem Sinne hat sich auch die *Position der christlichen Kirchen* über die Jahrhunderte hinweg vom Verständnis (Konsil von Ancyra 340 n. Chr.) hin zur offiziellen Verurteilung des Suizidenten mit Verweigerung jeglicher Bestattung und mit Exkommunikation (z. B. Konsil von Toledo 693 n. Chr.) gewandelt. Dabei sind im Alten und Neuen Testament mehrere Suizide einschließlich des Opfertodes Jesu Christi geschildert, ohne Bewertung oder gar Verurteilung. Illhardt (1991) hat dazu eine Bewertungsgeschichte des Suizids zusammengestellt (► Tab. 2).

Tab. 2: Zur Bewertungsgeschichte des Suizides (nach Illhardt 1991)

Bewertung des Suizids	Quellen	Konzepte der Glücksuche	Begriff
Ambivalenz: Bewunderung und Ablehnung	Suizid des Sokrates, Philosophie der Stoa	Autarkie/Ataraxie gegen die Wechselfälle des Lebens	Selbsttötung, Freitod
Moralische und juristische Ächtung	Augustinus, Thomas von Aquin, Konzile von Braga (563) und Toledo (693)	Anerkennung einer natürlichen Ordnung	Selbstmord
Erklärung durch Neurophysiologie und Entwicklung	Auenbrugger, Osiander, Moritz	psychophysische Ausgewogenheit	»Selbstmord« als Krankheit
Entmoralisierung des Suizids	Hume, Theologie und Religionskritik	Selbstbestimmung in den Grenzen der Gegenseitigkeit	Suizid als Fachterminus

Das 18. Jahrhundert sollte dann, so Lind (1999, S. 45) das Jahrhundert der Infragestellung und teilweisen Veränderungen von strafrechtlichen und anderen Grundsätzen werden, und in einer Epoche zunehmender Säkularisierung konnte auch die von Kirche und Staat gemeinsam getragene *Verurteilung des Suizids*

nicht länger unwidersprochen hingenommen werden. Im 1743 erschienen Band von Zedlers Universallexikon (Zedler 1743, zit. n. Lind 1999, S. 45 ff.) wird zwischen einem »groben« und einem »subtilen« Suizid differenziert und ersterer als vorsätzlich gewalttätiges Handansichlegen definiert, letzterer als Verhalten,

durch das man sich zwar nicht suizidieren wolle, das gleichwohl aber »Anlass giebet, dass die Gesundheit verderbet und das Leben verkürzt wird«. Heftigkeit der Affekte, unordentliche Lebensart, Fressen, Saufen, übermäßige Arbeit, unnötiges sich in Lebensgefahr begeben, etwa beim Duell, werden aufgelistet. Als traditionelle mittelalterliche Verbotsargumente des Suizids werden angeführt, Suizid sei wider das Gesetz der Natur, verstoße gegen den Selbsterhaltungstrieb, der von Gott eingeplant sei, ignoriere den dokumentierten Willen Gottes und verletze alle Pflichten gegen sich selbst und den Nächsten. Als Ausnahme, in der nicht von einem »Selbstmörder« gesprochen werden könne, galt die Durchführung des Suizids in »Raserey« oder im »höchsten Grad der Melancholey«, ein Zustand, in dem jemand »also nicht wissen könne, was er thut«. Eine ausgesprochen radikale Gegenargumentation formulierte der französische Aufklärer Paul Heinrich Dietrich Baron von Holbach (Übersetzung 1978, S. 246), als er das Suizidverbot zurückwies mit dem Hinweis, Suizid sei weder ein Bruch der Verpflichtung gegenüber Gott noch gegenüber der Gesellschaft, denn jede Verpflichtung sei wechselseitig und eine Gesellschaft, »die uns kein Gut verschaffen kann oder will, verliert alle Rechte an uns«. Auch bei der Beziehung zwischen dem Menschen und Gott handle es sich um Verpflichtungen, die weder von Seiten des Menschen freiwillig eingegangen worden seien, noch von Seiten der Natur oder ihres Schöpfers wechselseitig behandelt würden, und er argumentiert, eine Natur »die darauf beharrt, unsere Existenz unglücklich zu machen, gebietet uns damit, sie zu verlassen; wenn wir sterben, erfüllen wir ebenso einen ihrer Beschlüsse, wie wir es getan haben, als wir ins Leben traten«.

Medizinische Publikationen reflektierten den Wandel der Einstellung gegenüber dem Suizid im 18. Jahrhundert. Damit wird postuliert, Suizid sei Ausdruck einer Krankheit, verursacht durch körperliche und/oder seelische Faktoren (Lind 1999, S. 86). Lind führt

den Arzt Melchior Adam Weikard an, der 1773 einen Artikel mit dem Thema »Der philosophische Arzt« publizierte und auf die grundsätzliche Feststellung des Suizids als Ausdruck einer Erkrankung abhob und konsequenterweise für die Abschaffung aller Suizidstrafen argumentierte. Die erste deutschsprachige Monografie über Suizid stammt von dem Wiener Arzt Leopold Auenbrugger (1722–1809), der in erster Linie als Erfinder der Perkussion als Untersuchungstechnik bekannt geworden ist, und erschien 1783 unter dem Titel »Von der stillen Wuth oder dem Triebe zum Selbstmorde als einer wirklichen Krankheit, mit Original-Beobachtungen und Anmerkungen«. Er definierte den Suizid als eine Gemütskrankheit, die sowohl seelische wie auch körperliche Ursachen haben könne, und führt einige Auslöser an, nämlich »eine vorhergesehene unvermeidliche Erniedrigung des überstolzen Eigensinns, [...] eine qualenvolle Sehnsucht nach einem verlorenen und unersetzlichen Gute, [...] ein unverdaulicher Verlust der wuchernen Habsucht und des Geitzes, [...] eine angstvolle Beklemmung der untröstlichen Kleinmüthigkeit – die verzweifelnde Vorstellung einer bevorstehenden peinlichen Noth, Armut, Unglück, Schande – die ununterbrochenen Vorwürfe eines bösen Gewissens und mehr dergleichen«. Interessanterweise nennt der Autor auch einige Hinweise für beginnende Suizidalität, nämlich Blässlichkeit des Körpers, kalte Stirn, Schlaflosigkeit, dann eine stille Gemütsart und die Meidung der Gesellschaft, die später in Schwermut, Gefühllosigkeit, plötzliche Gefühlsausbrüche, Seufzer und Äußerungen wie »mit mir ist es aus; mir ist nicht mehr zu helfen« (zit. n. Lind 1999, S. 91) übergingen und im Endstadium sich in Mistrauen, Zorn, Unruhe und Gefühllosigkeit verändern würden.

Man kann also zusammenfassen, dass *im Laufe der Frührenaissance und der frühen Neuzeit* sich die ursprüngliche Position, dass Suizid im kirchlichen wie auch im weltlichen Recht als sündhaft-kriminelle Handlung zu bestrafen sei, änderte und dass *ein aufkläreri-*

scher Diskurs den Suizid zunehmend als Ausdruck von Krankheit bzw. als Akt menschlicher Willensfreiheit diskutierte und für Straßlosigkeit plädierte. Zwischen diesen beiden Polen bewegt sich auch heute die Diskussion (z. B. Wedler 2017, Wolfersdorf 2020).

Die Bewertung von Suizidalität war also über die Jahrhunderte hinweg in den früheren Jahren nach Christus zuerst im Wesentlichen moralisch und juristisch nicht belastet, erfuhr dann zunehmend Ächtung von kirchlicher und weltlicher Seite, federführend

durch Augustinus, der die Selbsttötung in jeder Situation, auch zu Ehren Christi oder zur Rettung der körperlichen Keuschheit bei Frauen als einen Bruch des fünften Gebotes und als eine verabscheuenswerte Schändlichkeit verworfen hatte. Die Konsile von Arles (452), Orleans (533), Braga (563), Auxerre (613) und Toledo (693) folgten der Autorität von Augustinus. Die Verweigerung des kirchlichen Begräbnisses, die Exkommunikation und später auch die Verknüpfung mit der weltlichen Kriminalisierung folgten.

1.2 Suizidalität – »medizinisch-psychosoziales Paradigma«

Robert Burton schrieb 1621 (S. 325): »Selten endet die Melancholie tödlich, außer in den Fällen – und das ist das größte und das schmerzlichste Unglück, das äußerste Unheil –, in denen ihre Opfer Selbstmord begehen, was häufig geschieht. So haben schon Hippokrates und Galen feststellen müssen: Wenngleich sie den Tod fürchten, legen sie doch meistens Hand an sich, und das wird aller ärztlichen Kunst zum Verhängnis. Ihr äußerstes Elend peinigt und quält diese Menschen derart, dass sie keine Freude mehr am Leben finden und sich gleichsam gezwungen sehen, sich den Kelch anzutun, um ihr unerträgliches Leid abzuschütteln. So begehen einige in einem Anfall von Raserei, die meisten aber aus Verzweiflung, Sorge, Angst und Seelenpein Selbstmord, denn ihre Existenz ist unglücklich und jammervoll.« Hier wird also die Position formuliert, Suizid sei Ausdruck einer psychischen Erkrankung.

Der *französischer Reformpsychiater Esquirol* (deutsche Übersetzung 1838) hatte gemeint: »Der Selbstmord bietet alle Merkmale der Geisteskrankheit« und plädierte damit für eine medizinisch-psychiatrische Betrachtungsweise suizidaler Handlungen im Kontext von psychischen Störungen. Differenzier-

ter schrieb *Griesinger* (1845) als einer der Altväter der deutschen Psychiatrie im Kapitel 4 »Die Schwermuth mit Aeusserungen von Zerstörungstrieben« seines Buches »Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende«: »Nicht die ganze psychologische und ätiologische Geschichte des Selbstmords gehört der Psychiatrie an – was auch einzelne Autoritäten sagen mögen [Anmerkung: Er bezieht sich hier auf die oben gemachte Äußerung des französischen Reformpsychiaters Esquirol, eine Aussage, die dieser später selbst relativiert hat] – er ist nicht immer das Symptom oder das Ergebnis einer psychischen Krankheit. Da ist es es nicht, wo die Stimmung des Lebensüberdresses in einem gewissen richtigen Verhältnis zu den gegebenen Umständen, zu den aeusserlich nachweisbaren psychischen Ursachen steht. Wenn ein feinführender Mensch sich tötet, um den Verlust seiner Ehre oder eines anderen, mit seinem geistigen Sein aufs innigste verwachsenen, hohen Gutes nicht zu überleben, wenn Jemand den Tod einem in tiefem Elend, in Schande, in stets sich erneuerndem geistigem und körperlichem Leiden hinzubringenden Leben vorzieht, so ist vielleicht seine Berechtigung hiezu von Seiten der

Moral anzufechten, aber es liegt kein Grund vor, einen solchen für geisteskrank zu halten – der Widerwille gegen das Leben und der Vorsatz zur Selbstvernichtung entspricht der Stärke der widrigen Eindrücke und die That wird mit Besonderheit beschlossen und vollführt. Die Fälle dieser Kategorie sind indessen entschieden die weit selteneren; meistens beruht der Trieb zum Selbstmorde entweder auf ausgebildeter Melancholie mit allen Zeichen derselben oder (noch häufiger) auf einem der Schwermuth wenigstens nahe stehenden Zustand mäßiger aber allgemeiner schmerzlicher Verstimmung, der auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit liegt. [...] Zuweilen sieht man ganz plötzlich bei bisher Gesunden den Trieb zum Selbstmord, als eine Form des Raptus Melancholicus, mit Umnebelung des Bewußtseins und allen Zeichen großer Exaltation auftreten [...]. Weit häufiger kommen schnelle Entschlüsse zum freiwilligen Tod, denen unmittelbar die Ausführung folgt, ohne dass eine Spur von Delirium vor läge; bei näherer Untersuchung findet man alsdann sehr häufig, dass schon längere Zeit ein Zustand von Hypochondrie, von steter Reflexion auf den eigenen Gesundheitszustand vorausging, dass sich die Kranken über eine Unmöglichkeit wie früher zu denken und zu wollen, über allgemein Ermattung mit wagen Symptomen körperlichen Uebelbefindens namentlich einiger Verdauungsstörung beklagten.«

Fast hundert Jahre später, am 20. April 1910, referierte David Ernst Oppenheim, ein Wiener Gymnasiallehrer, bei den Diskussionen der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung über eine Schrift von Dr. Baer »Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Eine sozial-hygienische Studie«, die 1901 in Leipzig erschienen ist und sich besonders mit dem kindlichen und dem sog. »*Schülerelbstmord*« befasste (Etzersdorfer 2019). Dieses letztere Wort zieht sich durch die gesamte suizidologische Literatur des letzten Jahrhunderts, auf der Suche nach einem besseren tiefenpsychologischen bzw. psychoanalytischen Verständ-

nis der Selbsttötung von Schülern (Kächele 2008). Der damalige Vorsitzende, Alfred Adler, regte an, über die Disposition zur Suizidalität zu sprechen, die Psychologie des Suizidenten zu beleuchten, die Frage nach den Motiven aufzuwerfen und den Einfluss der Suggestion durch Presse oder Schule zu thematisieren. Freud selbst äußerte sich kritisch, aus den landläufigen Statistiken sei kein Urteil über die Sache zu gewinnen und die sorgfältige Untersuchung einzelner Fälle trage mehr zur Erkenntnis bei. Über 100 Jahre später spricht die WHO davon, es gebe keine einfache Erklärung für Suizid (2016, S. 8). Im Schlusswort der Diskussion, die an einem zweiten Abend fortgesetzt wurde, hält Freud fest, dass »[...] eine eigentliche Lösung des Problems in unserem Sinne nicht geglückt zu sein scheint. Es darf nicht vergessen werden, dass der Selbstmord nichts anderes ist als ein Ausgang, eine Aktion, ein Ende von psychischen Konflikten und dass es sich darum handelt, den Tatcharakter und die Überwindung der Widerstände zu erklären« (Nunberg und Federn 1977, Band II, S. 466). Er deutet die Richtung seiner weiteren Überlegung dort bereits an: »Der Zugang zum Selbstmordkomplex vom Studium der Kranken liegt in der Melancholie, über deren Wesen derzeit nichts bekannt ist; besonders ist deren Mechanismus noch gar nicht studiert« (ebd.). Einige Jahre später findet Freud die theoretische Fundierung in seinem Aufsatz »Trauer und Melancholie« (Freud 1917): »Wir wussten zwar längst, dass kein Neurotiker Selbstmordabsichten verspürt, der solche nicht von einem Mordimpuls gegenüber anderen auf sich zurückwendet [...] nun lehrt uns die Analyse der Melancholie, dass das Ich sich nur dann töten kann, wenn es durch die Rückkehr der Objektbesetzung sich selbst wie ein Objekt behandeln kann, wenn es die Feindseligkeit gegen sich richten darf, die einem Objekt gilt« (S. 438–439).

In der heutigen Sprache der Suizidologie könnte also festgestellt werden, dass neben dem Jahrhunderte lang gültigen religiösen

Paradigma bereits im Mittelalter der Zusammenhang zwischen Melancholie und Suizidalität formuliert und Suizidalität der Charakter eines Symptoms zugewiesen wurde, wenngleich dabei auch ein theologischer Bezug hergestellt wurde. Griesinger hat bereits zwischen einem Krankheitskonzept und einem Krisenkonzept von Suizidalität unterschieden und auch Verständnis für suizidale Handlungen in einem nicht-krankhaften Zusammenhang, einem für ihn adäquaten Zustand zwischen einem Ereignis und der suizidalen Reaktion, geäußert. Sigmund Freud arbeitete vor dem Hintergrund eines Verständnisses von Depression (damals als Melancholie bezeichnet) den Beziehungsaspekt und das »Selbstmörderische« heraus. Der narzisstische Aspekt ist in »Trauer und Melancholie« über die Beschreibung des »narzisstischen Typus der Objektwahl« bereits aufgenommen, wurde jedoch erst später mehr in den Vordergrund gerückt. Paul Federn (1929), ebenfalls Mitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, formuliert einige Jahre später: »Kaum jemals bringt jemand sich um, solange eine Person, die für den Gefährdeten maßgebend ist, mit dem sich sein Über-Ich identifiziert oder die sein Über-Ich gebildet hat, oder eine Person, die er liebt, ihn, so wie er ist, am Leben erhalten will, und das unter allen Bedingungen. Und das ist die wichtigste libidinöse Selbstmordprophylaxe« (Federn 1929, S. 388). Damit formuliert Federn zwei zentrale Grundzüge von Suizidprävention, nämlich Suizidprävention als Beziehungsarbeit und Suizidprävention im Kontext von Werten, also der Sinnhaftigkeit einer Person im Leben.

Die *soziologische Diskussion* Ende des 19. Jahrhunderts geht von der klassischen Arbeit von Emil Durkheim »Der Suizid« aus, wobei als Vorläufer das 1879 in Mailand erschienene Buch »Il suicidio« von Enrico Morselli bzw. das in Wien erschienene Buch von Tomas Masaryk (1891) »Der Selbstmord als soziale Erscheinung« gelten. Insbesondere Masaryk, der heute vor allem als erster Staatspräsident

der Tschechoslowakei bekannt ist, hat bereits auf die sozialen Zusammenhänge hingewiesen, die Durkheim dann in seiner Konzeption des altruistischen und anomischen Suizids konzeptuell fasste.

Es gab also *bereits im 19. Jahrhundert eine aufstrebende psychiatrische und soziologische Suizidologie* in Europa, die sich dann nicht nur mit epidemiologischen Fragen bzw. Krankheitskonzepten von Suizidalität beschäftigte, sondern die schon damals therapeutische Empfehlungen wie die sog. moralische Behandlung im Sinne einer frühen, aus heutiger Sicht an einem Narzissmuskonzept orientierten Psychotherapie entwickelte. Auf dieser Vorgeschichte konnten die Altväter der Psychoanalyse aufbauen. In Freuds Werk lassen sich Überlegungen zur Suizidalität durch die gesamte Schaffenszeit nachweisen und verschiedene Erklärungsmodelle unterscheiden (Etzersdorfer, 1998). Eine frühe Beschäftigung insbesondere mit dem »Schülerselbstmord« fand schon 1910 in Freuds Mittwochsgesellschaft statt, und die gut dokumentierte Diskussion lässt auch heute noch erstaunlich aktuelle Überlegungen finden (Etzersdorfer, 2019). Das bekannteste und expliziteste Erklärungsmodell für Suizide entwarf Freud in »Trauer und Melancholie« (Freud, 1917) sowie danach u. a. in »Jenseits des Lustprinzips«, wo er 1920 den Suizid als Triebabwertung des Thanatos oder Todestriebes beschrieb, entsprechend der zweiten Triebtheorie, die er in dieser Arbeit einführte. Einer der wichtigsten und bis in die heutige Zeit hinein wirksamen Ansätze war dann die Auffassung von Menninger (1938), der Suizidalität als Ausdruck von – primär unbewussten – Wünschen sah, zu töten, getötet zu werden oder zu sterben. Menninger beschäftigte sich erstmals auch mit chronischer Suizidalität und nahm generell eine enorme Erweiterung dessen vor, was er unter suizidalem Verhalten verstand. Neben Drogenmissbrauch subsumierte er darunter etwa auch Essstörungen oder viele neurotische Erkrankungen. Bedeutsam waren auch die Publikationen von Gaupp im Jahr