

Suizid und Suizidgefährdung¹

Prof. Dr. Franz Ruppert, Katholische Stiftungsfachhochschule München

1	Erscheinungsformen und Vorkommen.....	1
2	Auslöser und Motive für Suizid	4
3	Theorien und Erklärungsansätze	6
3.1	Mythen über den Suizid	6
3.2	Klassische Psychoanalyse.....	7
3.3	Narzißmus-Modell von Henseler und Reimer (1981).....	8
3.4	Suizid aus Sicht der Objektbeziehungstheorie	8
3.5	Suizid aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie	9
4	Intervention, Beratung und Therapie bei suizidalen Klienten und Patienten	11
4.1	Psychiatrie und Psychopharmaka	11
4.2	Hilfe aus Sicht der Narzissmustheorie	12
4.4	Hilfreiche Haltungen für Beratung und Therapie.....	13

1 Erscheinungsformen und Vorkommen

Selbsttötungen sind einerseits ein sehr rätselhaftes Phänomen: Warum bringt sich ein Mensch selbst um, wenn es doch einen natürlichen Selbsterhaltungstrieb gibt? Wenn Menschen sogar unter widrigsten Umständen (z.B. in Kriegssituationen) um ihr Überleben kämpfen, während z.B. ein Jugendlicher, dem in seinem Elternhaus nichts zu fehlen scheint, sich erschießt?

Andererseits scheint das Faktum der Selbsttötung auch leicht nachvollziehbar. Kann man es nicht irgendwie nachfühlen, wenn ein Mensch, der schwere Schuld auf sich geladen hat, der alles verspielt hat, sich selbst das Leben nimmt, weil er für sich keinen Ausweg mehr sieht? Und wenn Menschen sich millionenfach gegenseitig umbringen, warum sollten sie dann nicht auch dazu neigen, selbst Hand an sich zu legen?

Die Verwendung des Begriffes „Mensch“ ist aber geeignet, wesentliche Unterschiede in der menschlichen Art zu übersehen. Ein Blick auf die vielen menschlichen Kulturen auf der Erde offenbart ja, wie unterschiedlich wertvoll ein Menschenleben angesehen wird. Da gibt es Gesellschaften, in denen scheint ein Menschenleben so gut wie nichts zu bedeuten, und wieder andere, in denen um jedes Jahr mehr Leben mit allen Mitteln gerungen wird.

Ebenso macht das Thema Selbsttötung darauf aufmerksam, wie unterschiedlich die männliche und weibliche Art der Lebensbewältigung ist. Adolf Hitler und Eva Braun haben sich zwar gemeinsam umgebracht. Ihre Motive, ihr Leben selbst zu beenden, waren aber höchst unterschiedlich. Während Hitler der Schande entgehen wollte, besiegt in die Hände seiner Feinde zu fallen, wollte Eva Braun als frischvermählte Ehefrau nach soviel Jahren des Wartens auf ihren Mann, ihm treu und ergeben in den Tod folgen.

Begrifflichkeit.- Schon in der Wahl der Begrifflichkeit kommen unterschiedliche Wertungen des Faktums zum Ausdruck:

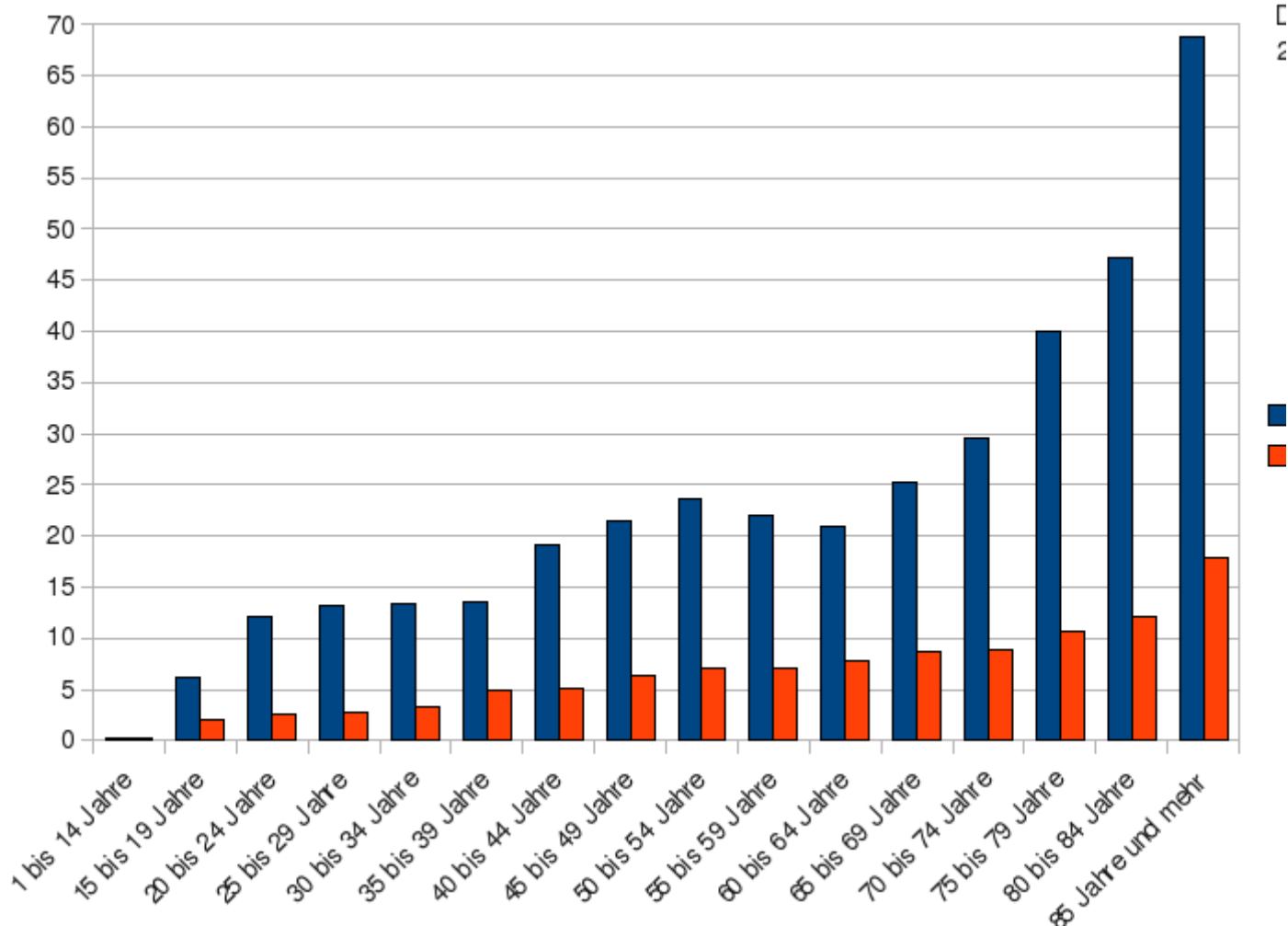
- "Selbstmord": hat einen aggressive Beiklang, betont strafrechtliche Aspekte;
- "Freitod": entspricht einer existentialistischen Position, betont die Freiheit des Menschen, sein Leben selbst zu beenden;

¹ Stand Dezember 2009

- "Selbsttötung": ist ein neutralerer Begriff ebenso wie die lateinische Übersetzung „Suizid“. Dieser Begriff schafft eine „klinische“ Distanz zum Geschehen, d.h. er vermeidet es am ehesten, Gefühle wie Trauer, Wut, Schuld oder Resignation hervorzurufen.
- Selbstmordneigung/Suizidalität: latent vorhandene Neigung, sich das Leben zu nehmen, „aus dem Leben zu scheiden“, „gehen zu wollen“.

Vorkommen.- Seit 1980 fallen die Suizidraten (Fälle pro 100.000 Einwohner) in Deutschland. Lagen sie 1980 absolut bei 18.451 (23,6 je 100.000 Einwohner), so waren es 2007 nur noch fast halb so viele, nämlich 9.402 (11,4 je 100.000 E.). 2007 waren dies 1,1% aller Todesfälle. Die Sterblichkeit durch Suizid korreliert sehr deutlich mit dem Alter und dem Geschlecht. Von der Gruppe der 15-19jährigen mit Raten von 2,1 (weiblich) bzw. 6,2 (männlich) bis zur Gruppe der über 85jährigen steigen die Suizidraten mit zunehmenden Alter bis auf Werte von 17,9 (weiblich) und 68,7.

Sterblichkeit durch vorsätzliche Selbstbeschädigung nach Altersgruppen und Geschlecht, je 100.000 Einwohner



Daten aus [Statistisches Bundesamt Deutschland: GENESIS-Online](#), Statistiken 23211 "Todesursachenstatistik" und 12411 "Fortschreibung des Bevölkerungsstandes"

Verdeckter Suizid.- Bei den Drogentoten sind mindestens 18% als verdeckter Suizid anzusehen ("Sucht als Selbstmord auf Raten"). Viele Unfälle sind bewusste oder unbewusste Selbsttötungen (z.B. Verkehrsunfälle). Da bei vielen Toten die Todesart gerichtsmedizinisch nicht eindeutig zu bestimmen ist oder nicht weiter untersucht wird, gibt es auch hier eine Dunkelziffer nicht bekannt werdender Suizide (im übrigen auch von Morden, vgl. Sellin und Weber, 2001).

Suizidversuche.- Auf einen vollzogenen Selbstmord kommen ca. 10 Suizidversuche. Die Süddeutsche Zeitung berichtet über die Ergebnisse einer auf Europa bezogenen WHO-Studie: „Die höchsten Raten an Suizid-Versuchen werden in Finnland, Frankreich, England und Dänemark gefunden, die niedrigsten in Spanien und Italien. Die deutschen Raten liegen mit 91 pro 100.000 bei Männern und 116 pro 100.000 bei Frauen etwas unterhalb des europäischen Mittelwerts. Das Verhältnis Suizid zu Suizidversuch beträgt etwa 1 zu 10.“ (Süddeutsche Zeitung vom 9./10. März, 2002, S. 13)

Epidemiologie.- Epidemiologisch gibt es also einige Auffälligkeiten bei Suiziden:

- Drei- bis viermal so viele Männer wie Frauen töten sich; von den 9.402 Suiziden 2007 in Deutschland wurden 7009 von Männern und 2393 Suizide von Frauen durchgeführt.
- Wesentlich mehr Frauen als Männer unternehmen den Versuch, sich umzubringen, ohne dabei dann zu sterben;
- Die Pubertät und Adoleszenz (14 bis 24 Jahre) ist eine Hochrisikozeit für Suizidversuche, die glücklicherweise selten zum Tod führen.
- Mit zunehmenden Lebensalter steigen die erfolgreich durchgeführten Suizide pro 100.000 Einwohner. Besonders stark steigen die Suizidraten ab dem Altern von 70 Jahren an.
- Auch bei wirtschaftlicher Depression scheinen die Suizidraten zu steigen.
- Durch reine Persönlichkeitstests konnte die Suizidneigung nicht vorhergesagt werden (Untersuchungen wurden mit Patienten gemacht, die erfolglose Suizidversuche hinter sich hatten und solchen, die als suizidgefährdet in psychiatrische Krankenhäuser eingeliefert wurden).

Weitere Details zur Epidemiologie bei Fricke, Schmidtke & Weinacker (1997).

Suizidformen.- Bezüglich der Art und Weise, wie ein Suizid durchgeführt wird, gibt es ebenfalls einige Besonderheiten:

- Von den 241 Menschen, die 2001 in München selbst ihr Leben beendeten, starben 29% durch Erhängen, 27% durch Tablettenvergiftung und 22% durch einen Sturz aus großer Höhe.
- Männer wählen die grausameren und brutaleren Methoden (v.a. Erschießen, Pulsadern aufschneiden), Frauen vergiften sich eher mit Medikamenten oder gehen ins Wasser. Wie es scheint, wollen Männer auch bei der Selbsttötung eher Täter als Opfer sein. Sie rufen z.B. die Polizei an, um sich kurz nach deren Eintreffen demonstrativ zu töten. Frauen wählen offenbar auch bei Suiziden eher die Opferrolle. Sie warten eher darauf, gerettet zu werden.
- Die Suizidarten sind oft auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Besonderheiten besser zu verstehen (z.B. Gasöfen verleiten zum Vergiften mit Kohlenmonoxid, Autos dazu, gegen eine Mauer oder einen Baum zu fahren), manche Suizidmethoden sind kulturspezifisch (z.B. sich die Kugel geben, wenn die Ehre verletzt ist; Harakiri in Japan).
- Suizidformen können eine verdeckte Bedeutung haben (z.B. Sich Vergasen kann in Zusammenhang stehen mit den Gaskammern der Nazis – eine unbewusste Sühnetat eines Nachkommens von Tätern)

Manche Suizidformen erzeugen bei denen, die den Suizid als erste entdecken, starke traumatische Erlebnisse. Wenn z.B. ein Kind seinen erhängten Vater findet, ist es mit Sicherheit schwer traumatisiert. Auch U- und S-Bahn-Schaffner leiden häufig unter einem posttraumatischen Belastungssyndrom, nachdem sich ein Suizidant vor ihr Fahrzeug geworfen hat.

Risikogruppen.- Bei folgenden Personen muss mit erhöhter Suizidgefahr gerechnet werden:

- Menschen, die Suizid direkt oder indirekt ankündigen,
- Menschen, die bereits ein- oder mehrmals einen Suizidversuch unternommen haben (niedrigere Schwelle, Suizid als Problemlösestrategie),
- Menschen mit schweren Depressionen,
- Menschen mit psychotischen Verwirrungen,
- Menschen mit Süchten,
- alte und vereinsamte Menschen (Motive sind das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, chronische Krankheiten oder unerträgliche Schmerzzustände).

Durch das Ausfüllen einer Checkliste bei Telefonanrufen bei Hilfseinrichtungen (z.B. Telefonseelsorge) können demographische Daten und Verhaltensmerkmale Suizidgefährdeter ermittelt werden. Nach Davison und Neale (1975, S. 218 ff) gilt in den USA als besonders suizidgefährdet: Ein Mann mittleren Alters, geschieden und alleinstehend, bereits mit Selbstmordversuchen belastet. Je detaillierter der Selbstmordplan, desto größer die Gefahr. Besonders suizidgefährdet ist auch jemand, dem sich Suizidgedanken aufdrängen, solche Vorstellungen in ihm bereits ein gewisses Eigenleben führen. Nach einer Studie, die an der Uni Graz durchgeführt wurde, sind Männer im Alter zwischen 60 und 70 Jahren am ehesten geneigt, ihrem Leben ein Ende zu setzen.

2 Auslöser und Motive für Suizid

Leben- und Sterbenwollen als konkurrierende Motive.- Grundsätzlich sind bei jedem Menschen Leben- und Sterbenwollen konkurrierende Motivkräfte, es kommt darauf an, was stärker ist. Z.B. greifen manche bei einem Suizidversuch sogar noch im Koma nach dem Telefon und organisieren unbewusst Hilfe. Nach Giernalczyk (1997) gibt es möglicherweise keine Biographie, in der nicht irgendwann einmal auch Selbsttötungsgedanken auftauchen. Bestimmte Erlebnisse und Situationen scheinen jedoch Selbsttötungsgedanken zu verstärken.

Krisen als Suizidauslöser.- Eine psychologische Definition von Krise betont den Aspekt, dass durch bestimmte Ereignisse ein Mensch in seinen Bewältigungsstrategien emotional überfordert wird. Dabei kann man zwei Formen von Krisen unterscheiden:

a) traumatische Krisen (Tod eines geliebten Menschen, schwere Krankheit, Verlust des Arbeitsplatzes ...), die nach einem bestimmten Erlebensmuster verlaufen:

- Schock,
- Reaktionsphase (4-6 Wochen): Verdrängung, Verleugnung, Schuldgefühle, Vorwürfe, Suizidgedanken,
- Bearbeitungsphase (6-12 Monate): allmähliches Lösen,
- Neuorientierung: verarbeitete Enttäuschung, stabilisiertes Selbstwertgefühl.

b) Lebensveränderungskrisen (z.B. Trennung von einem Partner, Auszug von zuhause), die schleichend verlaufen.

Suizidmotive.- Folgende Motive liegen nach tiefenpsychologischem Verständnis Suiziden und Suizidversuchen häufig zugrunde:

- Wunsch nach einer Auszeit, nach einer Pause wegen Überforderung;
- einen Appell senden wollen;
- Rache, um bei anderen Schuldgefühle zu erzeugen (sich z.B. vorstellen, wie die Eltern am Grab um einen weinen);
- Versuch, Liebe zu erzwingen;
- Versuch, erlittenes Unrecht auszugleichen;
- "erpresserische Suizidalität": Ankündigung von Suizid mit parasuizidalen Handlungen; das eigene Leben wird sozusagen als Geisel genommen, um es gegen andere als Erpressungsobjekt zu verwenden;
- Autoaggression;
- nicht akzeptierte persönliche Eigenschaften (z.B. Homosexualität);
- Wunsch nach Reinkarnation;
- Wunsch nach Wiedervereinigung mit einer geliebten Person;
- Bedürfnis körperliche und seelische Leiden zu beenden (z.B. als Folge von sexuellem Missbrauch oder von Schamgefühlen bei schulischem Versagen).

"Präsuizidale Verengung"- Bei diesem Konzept, das von Erwin Ringel entwickelt wurde (Ringel, 1984), geht man davon aus, dass einer Selbsttötung bzw. einem Selbsttötungsversuch bestimmte Verhaltens- und Erlebensweisen vorausgehen:

- zunehmende Einengung der eigenen Handlungsmöglichkeiten (z.B. durch Arbeitslosigkeit, Partnerverluste);
- selektive Wahrnehmung bedrohlicher Umweltinformationen;
- hauptsächlich negative Gefühlslagen;
- Einengung von Beziehungen (Abbruch, Rückzug);
- Einengung der Werte (Interessens-, Sinn-, Glaubensverlust);
- Aggression gegen die eigene Person.

Es kommt dann immer mehr zu

- bewussten Suizidgedanken,
- Suizidphantasien und sich aufdrängende Suizidimpulse,
- Einem Verlust an Distanzierungsmöglichkeit,
- massiven Hilferufe und Suizidankündigungen.

Vor dem Suizid herrscht oft eine trügerische Ruhe: Suizidgedanken beherrschen das gesamte Denken und Handeln, die Kommunikation über die Selbstmordabsicht wird dann eingestellt.

Reaktionen des sozialen Umfelds auf Suizid.- Ein Selbstmordversuch war früher unter Strafe gestellt. Wenn sich heute in Deutschland jemand umbringen möchte, ist das nicht strafbar. Auch wenn ich davon weiß, und nichts dagegen mache, bin ich juristisch dafür nicht zu belangen. Wer jedoch als suizidal erkennbar ist, dem darf mit dem Hinweis „erhebliche Selbstgefährdung“ durch eine polizeilich veranlasste Zwangseinweisung in die Psychiatrie die Freiheit zum Suizid genommen werden.

Auch die Haltung der Kirchen gegenüber dem Suizid ist toleranter geworden. Der Selbstmord wird zwar grundsätzlich als sündhaft angesehen, weil er eine anmaßende Haltung gegenüber Gott zum Ausdruck bringt, doch wird mittlerweile auch anerkannt, dass sich der Selbstmörder in einer Zwangslage und seelischen Notsituation befindet, in der er nicht mehr frei entscheiden kann.

Suizide und Suizidandrohungen rufen im sozialen Umfeld meist heftige Reaktionen hervor:

- Suizidandrohungen machen hilflos, ärgerlich, aggressiv gegen den Suizidalen, werden als Erpressung empfunden ("Dann bring' Dich doch endlich um!").
- Manche Ärzte stoßen dem Suizidalen z.B. besonders roh den Entgiftungsschlauch in die Speiseröhre, verordnen starke Psychopharmaka, veranlassen auch ohne Anzeichen für eine Psychose eine psychiatrische Zwangseinweisung.
- Suizid erzeugt bei Verwandten und Freunden Schmerz, Scham, Schuldgefühle, Verwirrung und allgemeines Verstörtsein, mitunter auch Schuldgefühle, dass man weiterlebt, während der andere tot ist.
- Ein Psychotherapeut, Arzt, Sozialarbeiter hat Angst um seinen guten Ruf, wenn sich sein Patient/Klient umbringt.
- Der Suizid eines Klienten löst bei auch bei professionellen Helfern oft eine Suche nach dem Schuldigen als Abwehr von Trauer aus.
- Gefahr: Der Helfer erlebt sich dem Suizidalen nicht nur real gegenüber als hilflos - was er in Bezug auf die Möglichkeit, dass der andere sich umbringen kann, wenn er möchte, tatsächlich ist, - sondern auch in der Situation als handlungsunfähig (konkordante Gegenübertragung), was er aber nicht ist!

3 Theorien und Erklärungsansätze

3.1 Mythen über den Suizid

Manche Annahmen zum Suizid und zur Suizidneigung sind zwar in der Gesellschaft weit verbreitet, sie scheinen jedoch nicht zu stimmen:

- Selbsttötung ist von kosmischen Einflüssen abhängig (Sonnenflecken, Mondphasen) - dazu gibt es keine Befunde;
- Selbsttötung ist wetterabhängig (Föhn, Hitze, graue Stimmung, Luftdruck, Luftfeuchtigkeit ...) - keine Beweise vorliegend;
- Suizidneigung ist genetisch ererbt - es gibt keine Beweise für diese Auffassung;
- Religionszugehörigkeit schützt vor Suizid - im Prinzip ja, wenn die Religion Suizid als Sünde definiert, die Religionszugehörigkeit kann aber auch nur formal bestehen und ist daher kein aussagekräftiger Maßstab für die wahre Überzeugung eines Menschen (dagegen spricht auch: Märtyrertum im Christentum, "heilige Krieger" im Islam);
- Suizid ist schichtspezifisch - das Suizidvorkommen ist nicht schichtabhängig (kein Fluch der Armen oder eine Krankheit der Reichen), jedoch unternehmen Studenten oder Arbeitslose überproportional viele Suizide;
- Selbstmörder sind verrückt - Selbstmörder sind zum Zeitpunkt der Tat wohl sehr unglücklich, aber nicht grundsätzlich psychisch gestört oder psychotisch;
- wer vom Selbstmord spricht, tut das nicht - mindestens 75% kündigen ihren Selbstmord an, wer einen Suizid ankündigt, ist höchst gefährdet;
- Suizide werden ohne Vorwarnung begangen - dagegen spricht: z.B. jemand macht unerwartete Geschenke, sagt, die Welt sei ohne ihn besser; Suizidgefährdete sind oft auch sehr ruhelos;
- Selbstmordgefahr wird durch verbesserte emotionale Stimmung verringert - im Gegenteil: Personen begehen häufig Suizid, wenn sich ihre Stimmung zu heben beginnt, dies trifft v.a. bei depressiven Patienten zu, die z.B. stimmungsaufhellende Medikamente einnehmen;

- Selbstmord ist Ausdruck für den eindeutigen Wunsch zu sterben - die meisten Menschen haben eine ambivalente Einstellung zu ihrem eigenen Tod. Die überwiegende Mehrzahl derer, die nach einem Suizidversuch gerettet werden, sind froh darüber.

Wie häufig bei psychologischen Sachverhalten werden auch bei Thema Suizid vordergründige, z.T. völlig an den Haaren herbeigezogene Deutungen akzeptiert. Möglicherweise weil damit zumindest der Eindruck entsteht, es gäbe eine Erklärung für die rätselhaften Phänomene seelischer Verwirrungen. Vielleicht kann so zumindest eine theoretische Distanz zu einem beunruhigenden Sachverhalt wie z.B. die Selbsttötung hergestellt werden.

Betrachtet man die oben angeführten möglichen Gründe für Selbsttötungen, so können sie meines Erachtens allerhöchstens den Stellenwert von Bedingungen haben, die bei vorhandener Ursache den Prozess eventuell beschleunigen. Sie selbst aber haben keine ursächliche Kraft. Ein Beispiel für die theoretische Hilflosigkeit, Ursachen, Bedingungen und Folgen gut zu differenzieren, zeigt das Beispiel in Kasten 1. Wie soll eine Aknecreme tatsächlich bewirken können, dass ein junger Mann ein Flugzeug chartert und damit in ein Hochhaus rast? Warum bringen sich nicht alle Menschen um, die entstellende Krankheiten haben und depressiv sind? Und auf welchen Genen konkret soll sich die Suizidneigung vererben?

Kasten 1: „Pickel auf der Seele“ (Süddeutsche Zeitung vom 15.1.2002, Wissenschaftsmagazin)
 Ein 15-Jähriger hat sich vorletzte Woche durch einen spektakulären Todesflug das Leben genommen: Er bohrte sich mit einem Sportflugzeug in einen Wolkenkratzer in Florida. Seitdem gibt es Spekulationen darüber, ob Aknemedizin den Jungen suizidgefährdet machte. Der Beipackzettel seines Medikaments Roccutan nennt Depressionen als eine mögliche Nebenwirkung des Wirkstoffes Isotretinoin. ‚Depressionen sind während der Therapie aufgefallen, aber nicht zu einem höheren Prozentsatz als ohne Therapie‘, meint ein Sprecher der Firma Hoffmann-LaRoche, die das Medikament herstellt. Mehrere Studien hätten zwischen der Arznei, die seit über 20 Jahren auf dem Markt ist, und Selbstmord keinen Zusammenhang zeigen können. Roccutan wird von Hautärzten nur bei schwerster Akne eingesetzt; weltweit haben es rund zwölf Millionen Patienten verwendet. ‚Uns sind solche Zusammenhänge auch noch nicht aufgefallen‘, sagt Rudolf Happle von der Universität Marburg. Vielmehr glaubt er, dass Jugendliche, die unter einer entstellenden Krankheit leiden, eher depressiv werden können als andere. Auch sei eine Veranlagung zum Freitod nicht auszuschließen. Berichten der Washington Post zufolge hatten seine Eltern als Teenager zweimal versucht, sich gemeinsam umzubringen.“

3.2 Klassische Psychoanalyse

Nach Ansicht von Sigmund Freud ist der Suizid

- eine nach innen gerichtete Aggression des Aggressionstriebes,
- ein Mord an einem bösen Introjekt (der Selbstmörder will also gar nicht sich selbst töten, sondern z.B. seine Mutter, die ihn enttäuscht hat) und damit auch
- ein Beleg, dass sich der Todestrieb hier Geltung verschafft.

„Freud (1917) und Abraham (1912) ... 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 Urverstimmung und lassen eine ausgeprägte Ambivalenz von Liebe und Hass entstehen. Der Hass muss dem als unverzichtbar erlebten Objekt ge-

genüber 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 werden. Suizid und Suizidhandlung stellen für Freud und Abraham den Ausdruck eines Tötungswunsches dar, der in Form von Rache- oder Mordtendenzen gegen das eigene Selbst angewandt wird, aber anderen Personen gilt. Die Aggression wird gleichsam um den Preis der Selbstaufgabe des Ichs umgekehrt.“ (Moeller und Jaeggi, 2002, S. 44)

3.3 Narzißmus-Modell von Henseler und Reimer (1981)

Der Begriff dieser Theorie kommt von einer literarischen Gestalt (der Jüngling Narzissus in Ovids - Metamorphosen), die sich in ihr Spiegelbild verliebt und sich dann im Wasser ertränkt, um sich mit dem Spiegelbild zu vereinen. Die Narzissmus-Theorie basiert auf folgenden Annahmen:

- Narzißmus ist nicht Egoismus, sondern ein labiles Selbstwertgefühl, das sich in verengter sozialer Wahrnehmung äußert.
- Eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur ist gekennzeichnet u.a. durch Größenphantasien, gesteigertes Bedürfnis nach Selbstdarstellung und Bewunderung, große Angst vor Ablehnung und Kritik, Abwertung anderer, Verleugnung von unangenehmen Tatsachen.
- Bei einer narzißtischen Persönlichkeit kommt es durch Trennungs-, Verlust- und Kränkungs-erlebnisse zu einer Dekompensation des labilen narzißtischen Gleichgewichts.
- Gelingt die Kompensation nicht durch Abwehrmechanismen (Verleugnung des Verlustes, Verdrängung von Schamgefühlen), so kommt es zu einer Regression: Suizidalität als Ausdruck des Wunsches nach einem "harmonischen Primärzustand".
- Suizid als Versuch, der beschämenden Situation zu entkommen nach dem Motto: "Besser tot als mittelmäßig!"

Nach Henseler und Reimer neigen narzißtisch Gekränkte zu Abwertungen ("Gemessen an dem bin ich ja noch super!") wie zu Idealisierungen ("Mit einem solchen Menschen zu tun zu haben, adelt mich selbst. Ich habe den besten Therapeuten!"). Beides wirkt für ihr niedriges Selbstwertgefühl stabilisierend. Für manche ist es bereits eine Kränkung, dass sie Hilfe brauchen. Deshalb müssen sie das Helfen entwerten. Indem sie den Helfer auf ihre positiven Seiten hinweisen, verunmöglichen sie das Gespräch über ihre Kränkung und es kommt zu einem gemeinsamen Höhenflug mit dem Helfer, der den Absturz aber nicht verhindern wird (siehe auch Giernalczyk, 1995).

Bsp. depressiver Suizidaler: Ein Patient ist gekränkt, weil er auch auf einen wohlwollenden Therapeuten nicht zu gehen kann.

3.4 Suizid aus Sicht der Objektbeziehungstheorie

Die Objektbeziehungstheorie ist ebenfalls eine Variante psychoanalytischer Theoriebildung, die sich von der klassischen Triebtheorie abgrenzt. In Bezug auf das Thema Suizid ist an dieser Stelle insbesondere auf die Theorie von Jürgen Kind hinzuweisen. Dieser sieht in der Suizidalität eines Menschen den Versuch, aus dem Lot geratene Beziehungen wieder zu regulieren: „Suizidalität wird von mir daher nichts 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.“ (Kind, 1996, S. 13)

Jürgen Kind unterscheidet zwei Formen der Suizidalität: den fusionären und den antifusionären Suizid. „Der Suizid erscheint vor dem Hintergrund eines enttäuschten Wunsches nach einem hinreichend guten Objekt (Winnicott, 1969) als ein Versuch, sich mit dem idealisierten Objekt 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. ... 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 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 Problemlöseversuch bezeichnet werden. Sie hoffen, ihr Beziehungspartner löse den Konflikt für sie stellvertretend in angemessener Weise, besser als sie es konnten. ... Die Interaktion mit einer Person, die sich selbst aufgegeben hat (‚Typus II‘), verläuft weitaus affektärmer, sie ist eher als resignativ zu kennzeichnen. Die Suche nach einem ‚alle Hoffnungen verkörpernden Objekt‘ (Rhode-Dachser, 1987, s. 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, dass diese sie ebenfalls aufzugeben drohen. Die Klienten konstellieren die Beziehung so, das die Umwelt Tendenzen des Abschiebens, Nicht-ernst-Nehmens, Vergessens, Sich-nicht-Einlassens entwickeln. ... 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.“ (Moeller und Jaeggi, 2002, S. 48 f.)

3.5 Suizid aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie

Der von mir geprägte Begriff der „systemischen Psychotraumatologie“ ist der Versuch, zwei Theoriekonzepte mit einander zu verknüpfen:

- die Erkenntnisse über die vielfältigen und weitreichenden Folgen seelischer Traumatisierungen (Ruppert 2002) und
- der entwicklungspsychologische Ansatz und die Theorie der Gesetzmäßigkeiten der seelischen Bindung und der dadurch ermöglichten generationsübergreifenden Auswirkungen von Traumatisierungen (Ruppert 2005).

Weiterhin gehören zu diesem theoretischen Rahmen:

- die Theorie der multiplen Identität, die sich insbesondere aus der Traumatheorie ableitet (Ruppert 2007),
- das Konzept der symbiotischen Verstrickungen (Ruppert 2010).

Mit Hilfe der Aufstellungsmethode lassen sich die seelischen Bindungen und die generationsübergreifenden Auswirkungen von Traumatisierungen anschaulich darstellen. Auch in der Einzelarbeit mit Patienten verdeutlicht die Symbolisierung von Personen und seelischen Zuständen

durch Platzhalter (z.B. Kissen), wie Bindungs- und Traumagefühle (Liebe, Wut, Angst, Schuld ...) von einer Generation zur anderen weitergegeben werden.

In meiner eigenen therapeutischen Praxis bestätigt es sich immer wieder, dass Patienten mit Selbstmordneigung auf ein Trauma im Familiensystem reagieren und mit früh verstorbenen Eltern, Großeltern oder Geschwistern in einem emotional-energetischen Kontakt stehen. So hatte eine junge Frau eine extreme Selbstmordneigung, bei der sich in der Familienaufstellung zeigte, dass es ihre Seele zum verstorbenen Großvater, dem Vater des Vaters, hinzog. Dieser Großvater war tot in einem Fluss gefunden worden und es war unklar, ob es sich um einen Unfall oder einen Selbstmord gehandelt hatte. Der Vater der Patientin war zum Zeitpunkt des Todes seines Vaters erst 14 Jahre alt. Er hatte zuvor bereits mit 7 Jahren seine Mutter verloren, die an Krebs gestorben war.

Deutlich wurde in der Arbeit mit der Patientin, dass ihr Vater nicht in der Lage gewesen war, den Tod seiner Eltern wirklich zu verarbeiten und zu betrauern. Obwohl er es immer vermieden hatte, über seine Eltern und die Umstände ihres Todes zu sprechen, spürte seine Tochter den von ihm nicht verarbeiteten Schmerz. Sie brachte durch ihre Traurigkeit das zum Ausdruck, was ihr Vater nicht ausleben konnte. Indem dieser Zusammenhang in der Einzeltherapie wie in einer Aufstellung ans Licht kam, konnte sich die Patientin aus dem Sog der symbiotischen Verstrickung mit ihrem Vater lösen. Wie sie selbst es formulierte, merkte sie erst jetzt, dass sie eine Verantwortung für ihr eigenes Leben hatte und sich nicht länger darauf hinausreden konnte, dass sie so traurig ist und es ihr schlecht geht. Kurze Zeit später bat auch der Vater um eine therapeutische Behandlung, in deren Verlauf er sich mit dem Tod seines Vaters versöhnen konnte.

An diesem Beispiel zeigt sich eine häufig zu beobachtende Dreigenerationen-Abfolge im Umgang mit schweren Traumata in einem Familiensystem:

- Vertreter der ersten Generation erleiden einen schweren Schicksalsschlag,
- die Vertreter der zweiten Generation spalten das Trauma ab und verdrängen die Erinnerung daran. Sie können weiterleben, indem sie ihre Bindungsgefühle reduzieren und diesbezüglich auf Sparflamme leben, ihre Gefühle verdrängen oder betäuben (z.B. mit Arbeit oder Alkohol),
- die dritte Generation „saugt“ unbewusst die abgespaltenen Gefühle auf und lebt damit in fremden Gefühlen, denen sie oft hilflos ausgeliefert ist. Um den Eltern nahe zu sein, sucht ihre Seele nach der Person, auf welche die Seele des Elternteiles fixiert ist. Dort findet das Kind die Bindungsgefühle, welche es selbst haben möchte. Es „identifiziert“ sich auf diesem Wege mit dem Toten. Seine unbewusste Strategie auf der seelischen Ebene lautet: Wenn ich so bin, wie der Tote, den meine Mutter oder mein Vater so sehr lieben, dann lieben sie auch mich.

Suizidalität ist so gesehen keine Sehnsucht zu sterben oder ein wirkliches Streben in den Tod. Sie ist der Wunsch eines Kindes nach einer seelischen Bindung, die mit Gefühlen verbunden ist. Da das Kind diese Bindung bei seinen traumatisierten Eltern nicht finden kann, sucht es in deren Seele nach dem Punkt, an dem die Eltern noch lieben konnten. So gesehen ist Suizidalität paradoxerweise der Wunsch nach wirklichem Leben.

Eine Enttäuschung oder Kränkung alleine reicht meiner Erfahrung nach also nicht aus, einen Selbstmord zu begehen. Eine aktuelle Krise (z.B. Trennung von einem Partner) kann vermutlich nur die kindlichen Verlassenheitsgefühle wachrufen, die latent bereits vorhanden sind. Daher sollte man bei der Frage nach den Ursachen von Suizidalität und durchgeführten Suiziden nicht am Vordergründigen haften bleiben, sondern nach Ursachen in der Familiengeschichte suchen

(z.B. Gab es bereits einen Selbstmord im väterlichen oder mütterlichen Familiensystem? Ist die Mutter früh gestorben? Starb ein Geschwister früh?)

Für Kinder ist es eine schwere seelische Hypothek, wenn ihnen ihre Eltern mit Selbstmord drohen und sie merken, dass ihre Eltern gehen wollen. In meiner Praxis gestehen viele Eltern offen ein, dass sie eigentlich nur wegen der Kinder am Leben geblieben sind. Es ist daher verständlich, wenn Kinder entweder auf Distanz zu ihren Eltern gehen oder an deren Stelle Selbstmordversuche begehen und andere Krankheitssymptome entwickeln (z.B. Magersucht), um ihre Eltern zum Bleiben zu zwingen.

Droht ein Partner dem anderen mit Selbstmord, wenn dieser ihn verlässt, zerbricht in der Regel das, was die Partner noch verbinden könnte. Die Erpressung, aus Angst und Schuldgefühlen zu bleiben, verletzt das Prinzip des freiwilligen Entschlusses zu einer Partnerschaft. Derjenige, der mit Suizid im Falle einer Trennung droht, agiert damit unbewusst aus einer Kinderrolle heraus. Es ist daher angemessen zu fragen, was ist ihm in seiner Kindheit passiert, dass er jetzt so handelt?

Suizidalität und andere seelische Symptomatiken.- Folgt man der systemischen Sichtweise von Suizidalität wird auch besser verständlich, warum andere psychische Symptomatiken zwar oft mit Suizidalität einhergehen, aber nicht zwingend damit verknüpft sind:

- Magersucht führt dann eher zum Tod, wenn zu dem familiären Zerwürfnis – die Eltern können sich weder lieben, noch können sie sich trennen -, und der Unmöglichkeit für das Kind, eine seelische Bindung zu den Eltern aufzubauen, eine Suiziddynamik wie oben beschrieben hinzutritt. Ansonsten kippt das magersüchtige Verhalten in bulimisches Verhalten um, wenn die Magersüchtige ihren Hunger nicht länger unterdrücken kann und es kommt zum Wechsel zwischen Hunger- und Fressphasen.
- Depressionen stellen nach meiner Ansicht generell einen Ausdruck nicht bewältigten Abschieds, d.h. einer Auflösung oder erheblichen Schwächung seelischer Bindung an geliebte Menschen dar. Aber nur wenn diese Menschen, wie oben beschrieben, auf traumatische Weise ums Leben gekommen sind und nicht entsprechend betrauert werden konnten, ist Depressivität mit Suizidalität verknüpft.
- Ähnliches gilt für Psychosen: Psychosen sind nach meiner Erfahrung die Konsequenz von tabuisierten Verstößen gegen die Grundregeln für den Aufbau und Erhalt von Familiensystemen (Inzest, geleugnete Vaterschaft, schwere Schuld durch unterlassene Hilfestellung oder gar Mord an Systemangehörigen). Psychose- und Suiziddynamik können, müssen daher nicht gemeinsam auftreten. Sie tun das, wenn zu seelischen Dynamik, die Verwirrung erzeugt, die beschriebene Suiziddynamik hinzukommt (Ruppert, 2002). Aus einem Suizid kann sich eine seelische Verwirrung entwickeln, wenn er verheimlicht und tabuisiert wird. Der Tote findet auf diese Weise keinen Frieden innerhalb des seelischen Bindungssystems einer Familie, in der die Mitglieder symbiotisch miteinander verstrickt sind.

4 Intervention, Beratung und Therapie bei suizidalen Klienten und Patienten

4.1 Psychiatrie und Psychopharmaka

Die allgemeinärztliche oder psychiatrische Diagnose „Suizidalität“ dient oft zur Rechtfertigung, einen Menschen in eine psychiatrische Anstalt auch gegen seinen Willen einzuweisen und dort einer Zwangsbehandlung zu unterziehen (Fixierungen an ein Bett in einem Überwachungsraum, Aufenthalt in einer geschlossenen Abteilung, Zwangsmedikation). Die Psychiatrie ist aber keinesfalls ein sicherer Ort, an dem Suizide verhindert werden. Selbst in geschlossenen Abteilungen finden Patienten Mittel und Wege, sich umzubringen. Auch nach der Entlassung aus der Psychiatrie begehen sehr viele Menschen Suizid.

Es gibt sogar Gründe dafür anzunehmen, dass sich die rein medizinische Behandlung mit Medikamenten förderlich auf die Selbstmordneigung psychiatrischer Patienten auswirkt. Gerade die als modern angepriesenen Antidepressiva scheinen die Tendenz eher noch zu befördern, Selbstmord zu begehen, weil sie innere Unruhe- und Spannungszustände auslösen. Sogar bei nicht Suizidalen scheinen sie Selbstmordgedanken zu provozieren: „Eine Studie, die an der Harvard Medical School durchgeführt wurde, zeigte deutlich, dass das bekannte neuere Antidepressivum Fluoxetin (Prozac, Fluctin, Fluctine) intensive Suizidgedanken auslösen kann. Durchschnittlich 26 Tage nach Beginn der Behandlung wurden die Patienten von intensiven Suizidgedanken gequält. Dieser Zustand war heftiger als alles, was sie je zuvor erlebt hatten. Die selbstzerstörerischen Gedanken quälten die Betroffenen noch bis zu drei Monaten nach Absetzen des Prozac. Es müsse auch bei Patientinnen mit Suizidgedanken gerechnet werden, die zuvor weder jemals suizidal gewesen noch Selbstmordversuche durchgeführt hatten (Teicher & Glod, 1990).“ (Rufer, 2001, S. 241 f.)

Es mag zwar für den sozialpädagogischen Berater oder psychologischen Therapeuten eine persönlich entlastende Vorstellung sein, einen suizidalen Patienten in die Obhut der Psychiatrie zu übergeben, gewonnen ist damit in der Praxis aber nicht viel. Durch medizinische Behandlungen wird der Klient oder Patient nicht von seiner Suizidneigung geheilt. Er wird im Gegenteil durch die Klinikeinweisung möglicherweise weiter traumatisiert und stigmatisiert. Er hat ab jetzt die Diagnose „psychisch krank“ – was immer diese Diagnose konkret und inhaltlich heißen mag, sie führt zu einer Negativspirale in seinem weiteren Lebenslauf. U.a. wird der Patient von den Psychiatern wegen seiner „Krankheit“ dazu angehalten, Psychopharmaka zu nehmen, möglichst viele und möglichst lange. Der Patient gerät damit langfristig in die Abhängigkeit von Psychiatern.

4.2 Hilfe aus Sicht der Narzissmustheorie

Aus Sicht der Narzissmustheorie erweist es sich als hilfreich:

- nach dem kränkenden Auslöser für den Suizidversuch suchen, der verdrängt und verleugnet wird (Zeitraum: Stunden bis maximal ein Tag vor dem Suizidversuch);
- Verständnis für das Gefühl der Kränkung zeigen;
- Abwertungen als Berater/-in "schlucken" und nicht deuten, nicht als Anlass für Kränkungen des Suizidalen nehmen;
- Idealisierungen freundlich annehmen, auf das Selbstheilungspotential des Menschen selbst verweisen;
- sich nicht überbewerten lassen (Omnipotenzphantasien widerstehen);
- keine gemeinsamen "Höhenflüge" starten (Ablenkungsversuche);
- resignative Suizidalität nicht mit echter Besserung verwechseln.
- Deutung zum Zusammenhang zwischen dem kränkenden Anlass und den vermuteten unbewussten Problemen anbieten;
- von dort aus eventuell weiter gehen und nach ähnlichen kränkenden Erlebnissen in der Geschichte dieses Menschen fragen;

- frühere Problemlösestrategien erfragen;
- bestehende Wünsche an das Leben thematisieren.

Oft wird die Frage gestellt, hilft dem Suizidalen ein Vertrag mit dem Helfer?

- Ein solcher Vertrag kann als Stütze empfunden werden, aber auch als zusätzlicher Druck;
- Oft wird dabei der Trick angewandt: "Bevor Sie etwas machen, um sich das Leben zu nehmen, rufen Sie mich bitte vorher an."

Von 1.000 Klienten der Arche, eines speziellen Beratungsinstitution für Selbstmordgefährdete und deren Angehörige in München, bringen sich pro Jahr 1 - 5 tatsächlich um. Ein Klient, der Kontakt aufgenommen hat, sollte an einen geeigneten Therapeuten weitervermittelt werden und solange weiter gestützt werden, bis ersichtlich ist, dass er bei diesem Therapeuten in guten Händen ist.

4.3 Hilfe aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie

Aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie ist es die wesentliche Aufgabe herauszufinden, durch welches Trauma im Familiensystem die Selbstmordneigung des Patienten ausgelöst wird. Das bislang Tabuisierte und Verschwiegene muss ans Licht gebracht werden, um diesem Vorfall seine unheilvolle Wirkung zu nehmen. Die Fokussierung alleine auf die Gefühle des Patienten hilft in der systemischen Arbeit nicht weiter, weil diese oft nicht das eigentliche Problem darstellen, da sie gar nicht seine eigenen, sondern übernommene Gefühle sind.

Auch Suizidalität ist nur ein Symptom für ein nicht bewältigtes Trauma im Herkunftssystem des Patienten. Psychotherapie ist daher immer Arbeit mit dem gesamten relevanten seelischen Bindungssystem der betroffenen Person. Daher kann es oft hilfreich sein, auch mit einem Elternteil eines suizidalen Jugendlichen zu arbeiten.

Intervention bei Suizidgefährdung durch Aufstellungen.- Man kann hier mit zwei Strategien arbeiten:

- dem Suizidgefährdeten wird über eine Familienaufstellung die unbewusste Identifizierung bzw. seine symbiotische Verstrickung mit einer Person aus dem Familiensystem aufgezeigt;
- durch die Gegenüberstellung mit dieser Person (die durch einen Stellvertreter seelisch repräsentiert wird) wird im deutlich gemacht, dass die geliebte Person dieses Opfer gar nicht will. Im Gegenteil: Der Suizidgefährdete kann spüren - wenn er hinsieht -, dass die Liebe dieser Person größer ist als seine eigene Liebe, ihr in den Tod zu folgen.

Interessant erscheint mir auch der Gesichtspunkt, dem suizidalen Patienten zu vermitteln, dass mit seinem Sterben keinerlei Probleme gelöst werden, sondern nur neue geschaffen werden. Der Suizid schafft auch für die, die dann mit diesem Faktum weiterleben müssen, erhebliche seelische Probleme. Das Problem kann dann bis in die Enkel und Urenkelgeneration weitergehen.

4.4 Hilfreiche Haltungen für Beratung und Therapie

Der professionelle beraterische und psychotherapeutische Umgang mit suizidalen Menschen richtet sich danach, welches Ursachenmodell für die Selbstmordabsichten wir unseren Handlungsstrategien zugrunde legen. Wer einem individuumszentrierten Modell folgt, wie dies die

Psychoanalyse und Tiefenpsychologie mit ihrer Narzißmustheorie nahe legt, wird anders vorgehen als ein systemisch arbeitender Therapeut oder Berater. Dennoch gibt es einige allgemeine Empfehlungen im Umgang mit selbstmordgefährdeten Menschen.

Empfehlungen für das Beratungsgespräch.- Eine Erfolgsgarantie für Therapeuten und Berater im Kontakt mit suizidalen Menschen gibt es nicht. Als "grobe Kunstfehler" kann man aber ansehen:

- Bestreiten, dass der Suizidale sich das Leben nehmen darf;
- jemand den Selbstmord einfach nur ausreden wollen;
- Ratschläge erteilen, trösten, ermahnen, Verallgemeinern, Herunterspielen;
- neugieriges Ausfragen und Ausforschen
- sich von der Hoffnungslosigkeit des Klienten/Patienten anstecken lassen.

Wichtig ist:

- Suizidgedanken und -handlungen direkt ansprechen.
- Nicht mit dem Notarzt drohen, einfühlend darauf drängen, dass der Suizidale sich helfen lässt.
- Auf der Gefühlsebene bleiben, sich nicht auf intellektuelle Diskussionen einlassen.
- Solange es der Klient wünscht, eine verlässliche Beziehung anbieten, aber nicht aufdrängen.
- Langfristiges Ziel ist es, wirkliche Trauer um den Verlust einer geliebten Person anregen.

Was tun nach einem Suizid? – Wie erwähnt erleiden Angehörige durch den Suizid eines ihrer Familienmitglieder in der Regel einen traumatischen Schock. Es kommt in der Folge zu immer wiederkehrenden Frage wie: „Warum hat er/sie das mir/uns angetan?“, „Habe ich versagt oder irgendjemand anderer – andere Familienangehörige, Lehrer, Therapeuten ...?“ Schuldgefühle oder Vorwürfe an andere aber helfen in keinem Fall weiter, sie nähren die Illusion, das, was geschehen ist, rückgängig machen zu können. Sie führen mitunter sogar zu Rachephantasien (gerichtliche Anklage von Ärzten oder Therapeuten) und verbauen damit den heilenden Weg in die Trauer und machen verbittert.

Selbsthilfegruppen für Angehörige von Suizidanten sind meines Erachtens sinnvoll, wenn sich ihre Mitglieder gegenseitig darin unterstützen, seine seelischen Ursachen zu verstehen, selbst wieder zum Leben zurückzukehren und nicht in einem Zwischenstadium zwischen Leben und Tod zu verharren. Oft leiden nämlich die Geschwister von Suizidanten erheblich darunter, dass sie ihre im Schock über das tragische Ereignis stecken bleibenden Eltern, emotional nicht mehr erreichen können. Die Ausbreitung des Traumas über mehrere Generationen ist damit vorprogrammiert.

Literatur:

Davison; G. C. & Neale, J. M. (1975). Klinische Psychologie. München: Urban & Schwarzenberg.

Fricke, S., Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1997). Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. In T. Giernalczyk (Hrsg.), Suizidgefahr - Verständnis und Hilfe. (S. 25-33). Tübingen: dgvt-Verlag.

Giernalczyk, T. (1995). Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung. München: Kösel.

Giernalczyk, T. (Hrsg.) (1997). Suizidgefahr - Verständnis und Hilfe. Tübingen: dgvt-Verlag.

Henseler, H. & Reimer, C. (1981). Selbstmordgefährdung. Stuttgart: grommema-holzboog.

Kind, J. (1996). Suizidal. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Moeller, H. & Jaeggi, E. (2002). Didaktische Überlegungen zur Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten, Fachrichtung Tiefenpsychologie, am Beispiel von Krisenintervention und Suizidalität. *Psychodynamische Psychotherapie*, 1, 37 – 50.
- Ringel, E. (1984). *Selbstmord – Appell an die anderen*. München: Christian Kaiser Verlag.
- Rufer, M. (2001). Psychopharmaka – fragwürdig Mittel zur Behandlung von fiktiven Störungen. (S. 225 – 268). In Martin Wollschläger (Hg.), *Sozialpsychiatrie*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ruppert, F. (2002). *Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie*. München: Kösel.
- Ruppert, F. (2005). *Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen*. Stuttgart: Pfeiffer Verlag.
- Ruppert, F. (2007). *Seelische Spaltung und innere Heilung. Traumatische Erfahrungen integrieren*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Ruppert, F. (2010). *Symbiose und Autonomie. Symbiotische Verstrickungen und Liebe jenseits von Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag. (in Vorbereitung)
- Sellin, F. & Weber, K. (2001). *Todesursache: Natürlich. Warum die meisten Morde unentdeckt bleiben*. Hamburg: rowohlt.
- Süddeutsche Zeitung „Suizid ist kein Akt der Freiheit“ vom 9./10.3.2002