

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 59 (1988)
Heft: 10

Artikel: Gespräch mit Fachleuten der Psychiatrischen Klinik Königsfelden zum Thema Selbsttötung : hinter dem Suizid steht meist eine leidende Seele
Autor: Ritter, Erika
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-810748>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Hinter dem Suizid steht meist eine leidende Seele

Von Fachblatt-Redaktorin Erika Ritter

1910 formulierte der Psychiater Alfred Adler: «Der Selbstmord ist ein individuelles Problem, das soziale Ursachen und Folgen hat.» Der Freitod (Suizid) eines Menschen steht am Ende einer langen Entwicklung, als Abschluss eines Krankheitsprozesses, der in die Verengung führt und letztlich für den Betroffenen keinen anderen Schluss mehr zulässt. In der Schweiz sterben jährlich ungefähr gleichviele Menschen durch die eigene Hand wie durch einen Unfall. Dabei liegt die Dunkelziffer noch bedeutend höher. Hinter vielen ungeklärten Unfällen – zum Beispiel mit dem Fahrzeug – könnte ein versteckter Selbstmord stehen. Sei dies, um der Familie die Belastung eines Suizids zu ersparen, oder aus Versicherungsgründen.

Der VSA hat sich für die diesjährige Altersheimleiter-Tagung in Zug das Thema gestellt: «Ist der Tod noch zu retten?» Selbstmord, Suizid, ist eine mögliche Form zu sterben, ein Tod, der in seiner Ausführungsform verschiedene Möglichkeiten offenlässt, der aber letztlich auf der Resignation einer zutiefst verletzten Seele beruht. Die Fachblatt-Redaktion hat sich mit Fachleuten über das Thema der Selbsttötung unterhalten. Für sie gehört der Umgang mit Suizidgedanken, -versuchen und gelungenem Suizid zur täglichen Arbeit. Als Gesprächspartner stellten sich zur Verfügung: Dr. Hossein Sobhani, Leitender Arzt am Ambulatorium der Psychiatrischen Klinik Königsfelden, Dr. André Bolliger, stellvertretender Direktor der Klinik (statistische Unterlagen) sowie Pfarrer Peter Manternach, katholischer Klinikseelsorger.

Für die Angehörigen, selbst im engsten Kreis, kommt der Freitod häufig überraschend. «Aber doch nicht dieser Mensch.» Für den Psychiater lassen sich einige Vorzeichen feststellen. Bezeichnend sind etwa: Der Suizidgefährdete verlernt das Lachen, er kommt nicht mehr schwimmen, er ändert sein Verhalten in Bezug auf Hobbies und Beziehungen. Es bildet sich die präsuizidale (vorsuizidale) Problematik heraus. Das Suizidproblem ist nicht nur mit psychiatrischen und psychologischen, sondern auch mit soziologischen, ethischen, juristischen, philosophischen und theologischen Fragen verbunden.

1600 Schweizer pro Jahr

In der Schweiz nehmen sich jährlich rund 1600 Menschen nachweisbar das Leben. Das Risiko, durch Selbstmord zu sterben, steigt mit zunehmendem Alter markant an und ist bei Männern etwa dreimal so hoch wie bei Frauen. Bei Frauen besteht ein geringeres Risiko, obwohl sie häufiger depressiv erkranken. Bei 19 bis 42 Prozent der Selbstmorde lagen in der Vorgeschichte Suizidversuche vor. Zehn Prozent der Menschen, die einmal einen misslingenden Versuch zur Selbsttötung unternahmen, begehen dann innerhalb von zehn Jahren tatsächlich Selbstmord. Auch bei Partnern und Freunden von Selbstmördern besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen. In der Statistik zeigt sich überraschend, dass in Deutschland die Häufigkeit der Selbstmorde, insbesondere bei der männlichen Bevölkerung, während der beiden Weltkriege rapide zurückging. Dieser Rückgang ist nicht endgültig geklärt.

94 Prozent seelische Erkrankungen

Eine nachträgliche Untersuchung von 134 Suizidfällen hat gezeigt, dass bei 94 Prozent eine psychiatrische Erkrankung vorlag, bei vier Prozent eine schwere körperliche Krankheit. Bei zwei Prozent war weder eine körperliche noch eine seelische Krankheit zu diagnostizieren. Eine entsprechende Untersuchung bei 104 Selbstmordversuchen in der Stadt Basel ergab bei 19 Prozent Neurosen, bei 16 Prozent depressive

Entwicklungen, bei 12 Prozent depressive Neurosen (psychogen bedingte Depressionen), und endogene Depressionen, bei 9 Prozent Spätdepressionen, bei 8 Prozent Schizophrenien (Geisteskrankheiten) bei 6 Prozent reaktive Depressionen und bei 5 Prozent Kurzschlusshandlungen. In den restlichen Fällen wurden verschiedene Diagnosen gestellt. Keine psychiatrische Diagnose konnte nur bei 6,7 Prozent nachgewiesen werden. Aus derselben Studie ist ersichtlich, dass in Heidelberg und in Basel 6 bis 8 Prozent aller Aufnahmen der medizinischen Notfalldienste Suizidpatienten betreffen. Hier zeigen sich die Ursachen in abnormen Erlebnisweisen (55 Prozent), Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit (23 Prozent), schweren Depressionen (7 Prozent), Schizophrenien (7 Prozent), hirnorganischen Psychosyndromen (4 Prozent); keine erkennbare psychiatrische Störung bei 4 Prozent der Fälle.

Der Einfluss von Depressionen

Die Untersuchungen beweisen den grossen Einfluss von Depressionen (45 bis 70 Prozent) auf das Suizidverhalten. Eine kranke Psyche, eine gestörte Umwelt oder körperliche Beschwerden sind starke Komponenten. Bei einer Erkrankung der Psyche erlebt der Mensch eine vitale Verstimmung. Er verliert die Freude, Interessen, Entschlussfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Vitalität, erlebt eine Selbstentwertung und damit Selbstverachtung, Schuld- und Versagensgefühle. Dazu kommt eine dauernde geistige und körperliche Müdigkeit. Vor allem in den schlaflosen Nachtstunden denkt er permanent über sein «trauriges» Schicksal nach, grübelt über seine «Verfehlungen», über seine «sinnlose» Zukunft. Angst macht sich breit, Angst vor Versagen, schwerer Krankheit und vor dem Tod. Es können zusätzlich Suizidgedanken und -impulse auftauchen, die vom Hoffen auf baldiges Sterbenkönnen, ohne organisch krank zu sein, bis hin zum vollendeten Suizid-Versuch reichen können: ein sicheres Zeichen einer bestehenden Depression.

Die Suizidalität entwickelt sich unter langsam zunehmendem Stress. Der Suizid ist Symptom einer Krankheit, sei diese nun

körperlicher oder psychischer Art. Besonders *schlimm* wird es, wenn *jeglicher Kontakt* zu einem Mitmenschen fehlt. Viele Menschen spüren diesen Mangel an Wärme und Geborgenheit gerade in Zeiten gefühlvollen Erlebens, wie der Weihnachtszeit. Untersuchungen in der Schweiz und in Schweden haben gezeigt, dass 11 bis 15 Prozent der Suizidpatienten 28 bis 35 Jahre nach dem Selbstmordversuch durch Suizid gestorben waren.

Jede Krise trägt die Chance der Entwicklung in sich

Wegen Suizidgefahr wurden 1987 202 Patienten (14,7 Prozent) an die Psychiatrische Klinik Königsfelden zugewiesen. Das Ambulatorium der Klinik hatte sich in dieser Zeitspanne mit rund 110 Selbstmordversuchen auseinanderzusetzen; sei dies in direkter Form bei der Krisenintervention, sei es beim ärztlichen Konsiliardienst (Beratungsdienst) in den Spitälern von Baden, Aarau, Laufenburg, Brugg, Zofingen und Leuggern. In erster Linie geht es um die Abklärung, ob für den Patienten nach wie vor Selbstmordgefahr besteht. «Ein belastender, aber auch ein schöner Job», wie Dr. Hossein Sobhani, leitender Arzt am Ambulatorium, im Gespräch feststellte. «Gerade in Krisenzeiten lässt sich beim einzelnen viel erreichen, denn die Krise trägt Wachstumspotential und Entwicklungsmöglichkeiten in sich. Diese Chance gilt es zu nutzen. Man darf und kann den Suizidalen nicht einfach als «Schwachkopf» bezeichnen. Der Suizidversuch kann ein Druckmittel und eine Demonstration sein, oder aber eine echte Not. Der Fachmann muss entscheiden, wie ernst eine Selbstmorddrohung ist.»

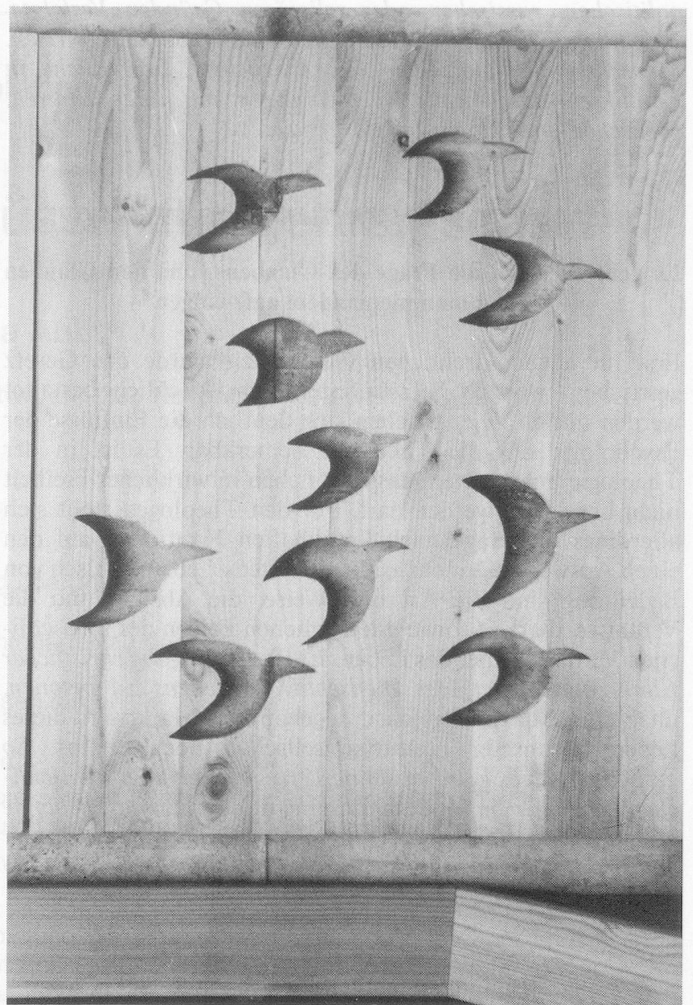
Was muss der Arzt beachten, um helfen zu können?

Wird ein Suizidaler ins Spital eingeliefert, muss entschieden werden, ob sich eine Einweisung in die psychiatrische Klinik aufdrängt. Ist die Suizidgefahr abgeklungen? Flammt sie bei einer Entlassung zu Hause wieder auf? Hat sich die auslösende Situation geändert? War es ein Akut-Entschluss oder liegen tiefergreifende Gründe vor?

Besteht eine akute Suizidgefahr mit einem starken Drang nach Sterben, so kann der behandelnde Arzt eine Zwangseinweisung in die Klinik veranlassen, um den Patienten vor einer unüberlegten Handlung und deren schweren Konsequenzen zu schützen. Bei dieser Gruppe von Menschen besteht zumeist körperlich oder psychisch eine erkennbare Krankheit. Nur in ganz wenigen Fällen handelt es sich um einen sogenannten «Bilanz-Selbstmord», der auf weltanschaulichen Gründen beruht. Der echt Kranke ist behandlungsbedürftig und -fähig. Beim Bilanzselbstmord ist ein Einfluss durch Aussenstehende weniger möglich.

In einem ersten Gespräch mit dem Patienten muss der Psychiater die *seelischen Ressourcen* abklären. Wie stellt sich die Lebensgeschichte dar? Welche Sorgen hat der Patient? Wie hat er bisher auf Streßsituationen im Leben reagiert (Prüfungen, Lehrstelle)? Wie steht es um seine seelische Kraft? Wie steht es um die Kraftvorräte in seiner Umgebung (Familie)? Bestehen religiöse Bindungen? Es kommt vor, dass sich Menschen in Not bei der «Dargebotenen Hand» melden und dann an die Klinik verwiesen werden können. «In der Krise muss die Klinik ohne Hausarzt handeln. Der Kontakt mit ihm wird nachher hergestellt.»

«Suizidalität entsteht bei gehemmter und gegen sich selber gerichteter Aggression. Hinweise auf Selbstmordgefährdung



Wohin?

(Bild rr.)

geben das Vorkommen von Suiziden in der Familie oder in der näheren Umgebung (Suggestivwirkung), früher unternommene Suizidversuche, direkte oder indirekte Suiziddrohungen, Äusserungen konkreter Vorstellungen über die Art der Durchführung und Vorbereitungshandlungen zu einem Suizid, oder auch unheimliche Ruhe sowie Selbstvernichtungs-, Sturz- oder Katastrophenträume. Beim Abschätzen der Suizidalität gilt es, den Beginn oder das Abklingen depressiver Phasen und/oder Mischzustände zu beachten, auch ängstlich agitiertes Gepräge, Affekt- und Aggressionsstauungen, schwere Schuld, und Insuffizienzgefühle, biologische Krisenzeiten (Pubertät, aussergewöhnliche Konfliktsituationen, Klimakterium, Vereinsamung im Alter), langdauernde Schlafstörungen, unheilbare Krankheiten oder Krankheitswahn, Alkoholismus oder Toxikomanie.»

Wer ist speziell gefährdet?

Am häufigsten geschieht Selbstmord durch Tabletteneinnahme, Tabletten in Kombination mit Alkohol, Schnitt ins Handgelenk, Erschiessen, Stürze aus grosser Höhe oder den Sturz vor den Zug. Wie bereits erwähnt, kann bei ungeklärten Autounfällen die Dunkelziffer von Suiziden hoch sein. Gefährdet sind Menschen mit zerrütteten Familienverhältnissen während der Kindheit; Gefährdungen sind ebenso Krisen bei Verlust von Bezugspersonen oder primäres Fehlen mitmenschlicher Kontakte (Liebesenttäuschungen, Vereinsamung, Ausgestossensein), der Verlust der Arbeit, das Fehlen eines Aufgabenkreises, finanzielle Sorgen oder das Fehlen religiöser Bindungen. *Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko sind betagte Menschen, besonders wenn sie chronisch krank, einsam und verarmt sind, Depressive, Süchtige aller Art, aus*

politischen, rassistischen oder religiösen Gründen Verfolgte, Flüchtlinge, Kriminelle, Menschen mit emotionalen Krisen, Menschen in finanzieller Not, Arbeitslose, Jugendliche in Konflikten und Auseinandersetzungen mit ihrer Umwelt, Menschen nach einem Suizidversuch.

Ethische Fragen um den Freitod

Es geht auch um die Frage des Glaubens, und den Glauben kann man niemandem aufzwingen

Erst im neuen kirchlichen Gesetzbuch wurde das Gesetz gestrichen, wonach Selbstmörder nicht kirchlich bestattet werden dürfen. Hier machen sich deutlich die Einflüsse der Psychologie auf die Theologie bemerkbar. Es ist in der Theologie unbestritten, dass das Leben in wirklicher Freiheit nicht abgekürzt werden darf. Für den Theologen stellt sich allerdings die Frage nach krankhaften Fixationen auf den einen Ausweg aus einem «sinnentleerten» Leben. Ethisch von Bedeutung sind die Art und Weise, die Absicht und die Verantwortbarkeit sowie die möglichen Folgen des menschlichen Verfügens über das Leben. *Es ist die Aufgabe christlicher Ethik, den Wert jedes menschlichen Lebens zu betonen, unabhängig davon, welchen sogenannten Marktwert dieses Leben in unserer Leistungsgesellschaft noch erfährt. So gesehen kann es keine absolute Verfügbarkeit über menschliches Leben geben, sondern nur eine limitierte. Die Theologie gesteht zu, dass das Leben um höherer Güter willen in seiner Gültigkeit eingeschränkt und unter Umständen riskiert werden kann.*

Recht auf menschenwürdiges Sterben

Leben ist endlich, begrenzt, sterblich und muss von daher nicht einfach um jeden Preis erhalten beziehungsweise verlängert werden. Hier hat es der Theologe einfacher als der Arzt mit seiner Verpflichtung, Leben unbedingt zu erhalten. Deshalb folgt zum Beispiel auch aus dem Recht des Menschen auf ein menschenwürdiges Leben notwendigerweise sein Recht auf ein menschenwürdiges Sterben. So ist von der Theologie her passive Euthanasie als «humane Medizin» anzusprechen. Es ist auch nicht möglich, die Frage des Suizids norm-ethisch zu behandeln, ohne die suizidale Persönlichkeit zu berücksichtigen. In den letzten zwanzig Jahren ist das Gespräch zwischen den Humanwissenschaften und der praktischen Theologie entstanden und wird weitergeführt. Von der Theologie werden die Ergebnisse der psychiatrischen, psychoanalytischen und soziologischen Forschung zur Kenntnis genommen. Dazu trug im wesentlichen die Grundannahme

bei, dass es sich beim Suizid in der Regel um den Abschluss einer psychisch-abnormen und unter Zwangsimpulsen stehenden Entwicklung handelt.

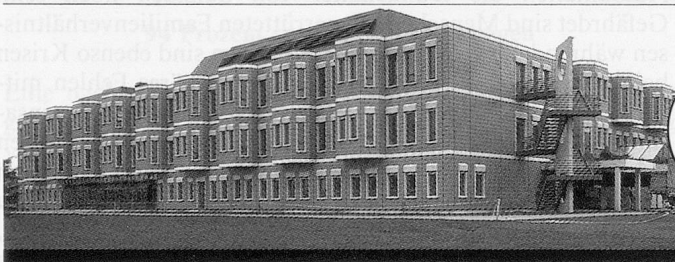
Nicht bloss retten, auch Lage verbessern

In der Seelsorge steht der Beitrag in der suizidalen Krisen-Intervention und Krisen-Prävention im Vordergrund. Oft wählt der Suizident eine Methode, bei der ihm «ein Türspalt offensteht, so dass die andern dann die Tür aufreissen können, um ihn zurückzuholen ins Leben». Es ist aber dem Patienten nicht damit geholfen, dass man ihn nach der Lebensrettung wieder den gleichen Umständen ausliefert, die ihn zum Selbstmordversuch getrieben haben. Es ist in der Tat ein schwer zu lösendes ethisches Problem, inwieweit Menschen berechtigt sind, einen Suizidpatienten am Sterben zu hindern, wenn sie nicht zugleich in der Lage und bereit sind, seine Lebenssituation so zu verbessern, dass es nicht zu einer erneuten Suizidhandlung kommt.

Gewissensentscheid der andern achten

Pfarrer Manternach sagt: «Theologisch gesehen hat der Mensch zwar nicht das Recht, sein Leben als lebensunwert zu beurteilen und es sich daraufhin zu nehmen. Doch ist die Begründung hierfür an den Glauben gebunden, dass das Leben eine Gabe Gottes ist und dass der Glaube an Gottes Treue auch die Kraft gibt, ein versehrtes Leben durchzustehen. Da man diesen Glauben jedoch niemandem aufzwingen kann, wird man aufgrund dessen auch keinen Menschen zum Weiterleben zwingen dürfen. Man könnte auch sagen: Wenn einem Menschen die Sinnfrage nicht deutlich gemacht werden kann (das heisst, das Leben als Reifung), dann muss Suizidverhütung nicht um jeden Preis stattfinden; der Gewissensentscheid des andern ist zu achten. Um den suizidalen Menschen zur Sinnfindung zu helfen, bedarf es eines grossen Engagements des Helfers. Wenn ich als Helfer überzeugt bin, dass der Ausweg des Suizidalen kein Weg zur Freiheit ist, dann muss meine Zuwendung zu ihm und seine Bindung an mich so intensiv sein und so lange dauern, bis er die in den Tod lockenden Signale nicht mehr als unwiderstehlich erlebt. Erst dann kann ich helfen, neuen Sinn zu finden. Das wird nicht anders gehen, als dass meine Zuwendung zu ihm seine erste neue Sinnerfahrung wird.» Hilfen sind nach Pfarrer Manternach auch in der lebendigen Gemeinde zu finden, in Pfarrgemeinden, Vereinen, Besuchsrunden. Sie vermitteln Geborgenheit und Kommunikation. In der Glaubensunterweisung der Kirchen ist der Akzent auf die mitfühlende Liebe Gottes und damit auf Vertrauen und Geborgenheit zu legen.

**Wissen Sie warum man sich im
Hôpital de Zone in Yverdon-les-Bains
für das Warmhaltegeschirr
CALDOMET® - Quadro entschieden hat ?**



Wenn Sie es wissen möchten,
dann sollten Sie unbedingt noch heute
die Informations-Broschüre
«Speisenverteilung im
Spital und Heim»
kostenlos anfordern!

Coupon

Bitte senden Sie mir kostenlos die
CALDOMET® Informations-Broschüre
«Speisenverteilung im Spital und Heim».

Name/Vorname: _____

Spital/Heim: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Einsenden an: Berndorf Luzern AG,
CH-6014 Littau
Tel.: 041/57 35 35

