

SUIZIDPROPHYLAXE

Nr. 196

THEORIE UND PRAXIS

Deutsche Gesellschaft
für Suizidprävention (DGS)

Österreichische Gesellschaft
für Suizidprävention (ÖGS)

Initiative zur Prävention
von Suizid in der Schweiz
(IPSILON)



Basale Prinzipien der Therapie und Beratung
der Suizidalität – aus psychodynamischer Sicht

Basale Prinzipien der Beratung und Therapie
bei Suizidalität – die kognitiv-verhaltenstherapeutische
Perspektive

Ein Überblick über den Suizid in der platonischen
Philosophie – Theologische, ethische und
politisch-philosophische Dimensionen des Suizids
aus der Perspektive eines der einflussreichsten
Denker der westlichen Zivilisation

Brückensicherung an Autobahnen und Schnellstraßen
in Österreich – eine Initiative der ASFINAG und des
Instituts für Suizidprävention Graz

Suizide in Deutschland erneut ansteigend

Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V. (DGS),
der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) und der Initiative zur Prävention
von Suizid in der Schweiz (IPSILON)

Herausgeber		Redaktion
Uwe Sperling , Mannheim (Koordinierender Herausgeber) Claudius Stein , Wien, (Stellv. Koordinierender Herausgeber) Hellmuth Braun-Scharm , Erlangen	Thomas Bronisch , München Stephan Kupferschmid , Bern Jörg Schmidt , Bayreuth Wolfram Schulze , Mainz Manfred Wolfersdorf , Hollfeld, Bayreuth	Monika Schmidt , Berlin

Wissenschaftlicher Beirat 2024 - 2027

Anna Christ-Friedrich , Heilbronn Gert H. Döring , Kirchentellinsfurt Elmar Etzersdorfer , Stuttgart Werner Felber , Dresden Benigna Gerisch , Berlin Markus Jäger , Kempten Thomas Kapitany , Wien	Susanne Knappe , Dresden Ute Lewitzka , Dresden Reinhard Lindner , Kassel Thomas Niederkrotenthaler , Wien Martin Plöderl , Salzburg Barbara Schneider , Köln Hermann Spießl , Landshut	Martin Teising , Bad Hersfeld Tobias Teismann , Bochum Benedikt Till , Wien Gerd Wagner , Jena Heinz Weiss , Stuttgart Friedrich Wurst , Traunstein, Basel
--	--	---

Geschäftsstelle der DGS	Geschäftsstelle der ÖGS	Geschäftsstelle Ipsilon
DGS-Geschäftsstelle , c/o PD Dr. Gerd Wagner, Klinik für Psychiatrie und Psycho- therapie, Universitätsklinikum Jena Philosophenweg 3 07743 Jena E-Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de	Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention Lazarettgasse 14 A 1090 Wien	Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz Wieshofstrasse 102 8408 Winterthur

Manuskriptsendungen werden erbeten an die Kontaktadresse der Herausgeber:

E-Mail: herausgeber@suizidprophylaxe.de

Für Angaben über Indikation und Dosierung von Arzneimitteln übernehmen Verlag und Herausgeber keine Gewähr.
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit findet bei geschlechtsunterschiedlichen Wortformen jeweils nur eine (in der
Regel die männliche) Form in den Texten dieser Zeitschrift Verwendung, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Hinweise für Autoren finden Sie als Download auf der Homepage des Verlages (www.roderer-verlag.de).

Bezugsbedingungen: Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich. Sie kann beim Verlag oder bei einer Buchhandlung bestellt werden.
Der Bezugspreis beträgt im Jahresabonnement EURO 128,- zzgl. Porto EURO 6,40. Abonnementsbeginn jederzeit. Abbestellungen
zum Jahresende bis 30. September des laufenden Jahres. Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft und der Österreichischen
Gesellschaft für Suizidprävention erhalten laufend ein Exemplar der „Suizidprophylaxe“ im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zugesandt.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche
Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form — durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren — reproduziert oder in eine
von Maschinen, besonders Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Jede im Bereich eines
gewerblichen Unternehmens hergestellte oder benützte Kopie dient gewerblichen Zwecken gemäß § 54 (2 UrhG) und verpflichtet
zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Untere Weidenstrasse 5, 81543 München.

Verlag: S. Roderer Verlag, Postfach 11 05 06, 93018 Regensburg; Tel. (0941) 7992270
E-Mail: info@roderer-verlag.de, www.roderer-verlag.de

Index: This Journal is listed in PSYINDEX,
Excerpta Medica ISSN 0173-458-X

www.suizidprophylaxe.de

Inhalt

Heft 195

Editorial	4	DGS-Nachrichten	22
Dank an die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats 2020-2023	4	DGS-Frühjahrstagung 2024 Online am 12. April 2024	
Rauchzeichen		ÖGS-Nachrichten	22
Burkhard Jabs Werner Felber zum 80. Geburtstag	5	Protokoll der ÖGS Hauptversammlung 2023	
Beiträge		Buchbesprechung	
Martin Teising Basale Prinzipien der Therapie und Beratung der Suizidalität – aus psychodynamischer Sicht	6	Martin Schäuble Alle Farben Grau	25
Tobias Teismann Basale Prinzipien der Beratung und Therapie bei Suizidalität – die kognitiv- verhaltenstherapeutische Perspektive	10	Konrad Michel The Suicidal Person: A New Look at a Human Phenomenon	25
Konstantinos Koutsonasios Ein Überblick über den Suizid in der platonischen Philosophie – Theologische, ethische und politisch-philosophische Dimensionen des Suizids aus der Perspektive eines der einflussreichsten Denker der westlichen Zivilisation	14	Tagungskalender	
Ulrike Schrittwieser Brückensicherung an Autobahnen und Schnellstraßen in Österreich – eine Initiative der ASFINAG und des Instituts für Suizidprävention Graz	16	Der Suizid in der Bildenden Kunst	30
Franz-Josef Hücker Suizide in Deutschland erneut ansteigend	19	Werner Felber Panaiotis Krukliadis (geb. 1979) Aegean King and return of Theseus König Aegeus und die Rückkehr von Theseus	

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser der „Suizidprophylaxe – Theorie und Praxis“

nur selten dürften Sie wohl eine so kompakte substantielle Darstellung der basalen Prinzipien der Therapie und Beratung bei Suizidalität sowohl aus psychodynamischer Sicht als auch aus der kognitiv-verhaltenspsychotherapeutischen Perspektive an einem Ort versammelt finden, wie sie die beiden Beiträge am Anfang bieten. Sie gehen zurück auf zwei Vorträge, die in einem gemeinsamen Symposium auf der letzten Herbsttagung der DGS 2023 in Kassel gehalten und diskutiert wurden. Im Anschluss daran erhalten Sie einen Überblick über den Suizid in der Philosophie Platons, die bis heute Einfluss auf das abendländische Denken ausübt. Der Autor gibt auf dieser Grundlage den Anstoß, individuelle und gesellschaftsbezogene Überlegungen bei der ethischen Beurteilung des Suizids einzubeziehen.

Aktuelle suizidpräventive Maßnahmen stehen in einem Bericht über Brückensicherungsmaßnahmen an Autobahnen und Schnellstraßen in Österreich im Vordergrund. Einen Einblick in die im November 2023 vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Suizidstatistik für das Jahr 2022 erhalten Sie in einem

Beitrag, der herausstellt, dass die Suizidzahlen deutlich angestiegen sind. Wenn Sie an weiter aufgeschlüsselten Daten interessiert sind, können Sie diese auf der Webseite des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) unter <https://www.suizidpraevention.de/daten-und-fakten/suizidstatistiken> finden.

In den Mitteilungen der DGS lesen Sie die Ankündigung der diesjährigen Frühjahrskonferenz, die am 12. April online stattfinden wird. Sie befasst sich unter dem Titel „Reden hilft – Zuhören auch“ mit Fragen der Behandlung und Begleitung suizidaler Menschen vor, während und nach einem Klinikaufenthalt. Die ÖGS stellt in ihren Mitteilungen das Protokoll ihrer Hauptversammlung 2023 zur Verfügung. Und wie gewohnt finden Sie Beiträge in den Rubriken „Rauchzeichen“, „Buchbesprechung“, „Tagungskalender“ und „Der Suizid in der bildenden Kunst“.

Für die Herausgeber
Uwe Sperling

Dank an die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats 2020-2023

Der Ablauf der Amtszeit des wissenschaftlichen Beirats der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ (2020-2023) und der Start in die neue Amtszeit bietet den Herausgebern einen willkommenen Anlass, allen seinen Mitgliedern herzlich für die geleistete Arbeit zu danken. Durch Ihre bereitwillige Unterstützung können wir unseren Autorinnen und Autoren ein Peer-Review-Verfahren anbieten und damit die Qualität der Originalarbeiten absichern. Die Einschätzungen, Überarbeitungshinweise und Empfehlungen tragen seit Jahren wesentlich dazu bei, dass die Artikel in der „Suizidprophylaxe“ den wissenschaftlichen Erfordernissen entsprechen und für die Leserinnen und Leser klar und verständlich gestaltet werden. Dafür nochmals herzlichen Dank.

Für die neue Amtszeit 2024-2027 werden sich viele der bisherigen Mitglieder wieder im wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ engagieren und Ihre Expertise einbringen. Neu dürfen wir Herrn Prof. Dr. Tobias Teismann (Bochum), Herrn Prim. Dr. Thomas Kapitany (Wien) und Herrn PD Dr. Gerd Wagner (Jena) begrüßen und heißen Sie herzlich willkommen.

Für die Herausgeber
Uwe Sperling

Rauchzeichen aus dem DGS-Vorstand

Werner Felber zum 80. Geburtstag

Burkhard Jabs

Liebe Leserinnen und Leser,

das mir für diese Ausgabe zugeordnete Rauchzeichen möchte ich dafür nutzen, Sie an der Feier des nach ihm benannten Instituts aus Anlass des 80. Geburtstags von Prof. Werner Felber teilhaben zu lassen, die am 24. Januar, sechs Tage nach dem Ehrentag, stattfand. Ort des Geschehens war eine kleine Galerie in Dresden-Bühlau, in der die rund 30 Gäste gut Platz fanden. Das Programm sah eine bunte Abfolge von Wort- und Musikbeiträgen vor. Den Anfang bestritt ein Kunsthistoriker der früheren und mittleren Kunstgeschichte an der Universität Dresden mit einer Analyse eines Stillebens von Caravaggio, Prof. Jürgen Müller. Er konnte, ausgehend von dem Sujet und subtilen Details des Alterns der abgebildeten Früchte einen Bogen spannen zur Endlichkeit des Menschen, dem Werden und Vergehen überhaupt und natürlich auch zum Suizid, dem beherrschenden Thema in Werner Felbers Schaffen. Eine gelungene Synthese von Suizidforschung und bildender Kunst – Werner Felbers zweiter großer Leidenschaft (oder dritter, neben der Musik, das vermag ich nicht zu entscheiden).

Im nächsten Abschnitt führten uns Ute Lewitzka und Jörn Conell durch die Vita von Werner Felber, der seinerseits die Lebens- und Berufswege der beiden stark beeinflusst hat: Sie skizzierten anhand von Bildern seine Lebensstation: die Kindheit im Kreuzchor, seine Tätigkeit als Pfleger im Sächsischen Krankenhaus in Arnsdorf bei Dresden, dann das Studium der Medizin in Berlin und Dresden, seine Zeit der Weiterbildung an der damaligen „Medizinischen Akademie Dresden“ und schließlich, ab 1987, die lange Zeit als klinischer Oberarzt an der gleichen Klinik, die sich dann zur Uniklinik weiterentwickelte. Mit der „Promotion A“ und „Promotion B“, die der heutigen Habilitation entspricht, hatte Werner Felber dann endgültig zu seinem Thema gefunden: zum Lithium und damit zur Suizidprävention. Während die erste Studie bahnbrechende Daten zur rezidivprophylaktischen Wirkung des Lithiums lieferte, setzte er mit der zweiten, seiner „Typologie des Parasuizids“, Maßstäbe in der faktorenanalytischen Differenzierung von Suizidversuchen, die seiner langjährigen Betreuung von Parasuizidenten in der „Ambulanz für Suizidgefährdete“ seiner Klinik entsprangen. Diesen Studien folgten verschiedene Ehrungen (darunter zwei Hans-Rost-Preise der DGS!) und - nach den Ernennungen zum Privatdozenten und Professor - auch die zum kommissarischen Direktor; eine Stellung, die er bis zu seiner Emeritierung innehatte.

Nun folgte eine sehr persönliche Erinnerung von Prof. Bruno Müller-Oehrlinghausen, seinem Berliner Kollegen im „Lithium-Dreieck Berlin – München – Dresden“, wie dieser es nannte. Leider habe man sich erst nach der Wende persönlich kennengelernt, obwohl aus Dresden schon vorher hochwertige Langzeitdaten zur Lithium-Therapie gekommen seien. Diese hätten, gebündelt und gefördert durch die IGSLi-Gruppe, letztlich die wissenschaftliche Bestätigung für die hohe suizidpräventive Wirkung des Lithiums geliefert.

Noch persönlicher wurden die Erinnerungen von Prof. Joachim Morgner, meinem Vorgänger als Chefarzt der Psychiatrischen Klinik auf dem Weißen Hirsch, an erste Begegnungen in den 70er Jahren, an Weggefährten und an eine gemeinsame Reise nach Cambridge. Als einziger erwähnte er Monika Felber, die ihn über seine Klinik – sie war dort als „Oberschwester“ tätig – über viele Jahre mit Werner Felber verband. Sicher wäre noch vieles zu sagen gewesen über ihre Rolle in seinem Leben und Wirken nach dem Motto: „Hinter jedem erfolgreichen Mann steht eine kluge Frau!“

Zum Schluss trat noch einmal der Jubilar selbst ans Pult und brachte noch seine Begegnungen mit vielen Suizidforschern in Budapest und Szeged vor der „Wende“ in Erinnerung, die ihm später danach das Anknüpfen in der DGS leicht gemacht hätten.



Happy Birthday, lieber Werner, und: Ad multos annos!

PS: Dass es nun heute – nach langer Pause - wieder eine Suizid-Ambulanz an „seiner“ Klinik gibt, mag ihn mit besonderer Freude und auch mit Stolz erfüllen. Und: Wer den „Turm“ von Uwe Tellkamp besitzt, kann auf S. 702 ff. eine literarisch freie, aber eindeutige Beschreibung von Werner Felber mit Rauschbart, den er damals tatsächlich hatte, nachlesen...

Beiträge

Basale Prinzipien der Therapie und Beratung der Suizidalität – aus psychodynamischer Sicht¹

Martin Teising

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden einige wichtige theoretische Grundlagen psychodynamischer Therapie für suizidale Menschen dargestellt, ihre Anwendungsformen benannt und die therapeutische Vorgehensweise an zwei Fallbeispielen illustriert.

Schlüsselwörter: Psychodynamische Psychotherapie, Suizidalität, Beratung

Basic principles of therapy and counselling for suicidal tendencies from a psychodynamic perspective

Abstract

In this article, some important theoretical principles of psychodynamic therapy for suicidal people will be presented, its forms of application will be named and the therapeutic approach will be illustrated by means of two case examples.

Keywords: Psychodynamic psychotherapy, suicidal tendencies, counseling

Was heißt psychodynamisch?

Ein psychodynamisches Verständnis beruht auf einem psychoanalytischen Menschenbild und Krankheitsverständnis. Die Psyche des Menschen wird demnach von seinen vielfältigen lebenslangen und insbesondere von seinen frühen Beziehungserfahrungen dynamisch geprägt. Von prägender Bedeutung können insbesondere traumatische Erlebnisse sein, die die Verarbeitungskapazität der Psyche überfordern, sodass die mit dem Ereignis verbundenen Erlebnisqualitäten nicht verarbeitet und damit psychisch re-präsentiert werden, sondern überfallartig, unter Umständen auch noch Jahrzehnte nach dem Ereignis, immer wieder wie präsent sind.

Wesentlich für das psychodynamische Verständnis ist auch die Tatsache, dass viele psychische Prozesse unbewusst sind und dem Bewusstsein nicht zugänglich.

Das seelische Innenleben ist von psychischen Re-präsentanzen, ihren Konflikten und deren Abwehr geprägt. Symptome psychischer sowie psychosomatischer Erkrankungen, und auch Suizidalität, sind unbewusste Konfliktlösungsversuche.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Psychodynamische Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit denen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen sowie von Traumatisierungen unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.

Die am häufigsten angewendete Form psychodynamischer Psychotherapie ist die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (vgl. dort).

Im Unterschied zur analytischen Psychotherapie findet eine Konzentration des therapeutischen Prozesses durch die Begrenzung des Behandlungszieles statt. Regressive Prozesse, die in der psychoanalytischen Therapie auch durch das Setting gefördert werden, werden bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit ihrer geringeren Stundenfrequenz, und meist im Sitzen durchgeführt, eher vermieden.

Nach den Psychotherapierichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (vgl. dort) wird die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie angewendet, wenn eine längerfristige therapeutische Beziehung erforderlich ist. Sie wird in der Regel einmal wöchentlich durchgeführt und umfasst bei einer Krankenkassenfinanzierung bis zu 60 Stunden, kann bei Bedarf aber auch verlängert werden.

Als Sonderformen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können folgende Psychotherapiemethoden zur Anwendung kommen:

- Kurztherapie (12-24 Sitzungen)
- Fokalthherapie, zum Beispiel in Form notfallindizierter psychodynamischer Therapie Suizidaler

¹ Überarbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrages bei der DGS-Tagung 2023 in Kassel am 14. Oktober 2023

- Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung.

Psychodynamischer Ansatz zum Verständnis der Suizidalität

Suizidales Erleben verstehen wir als einen Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, geprägt durch Gefühle von Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung, die in Wut Erregung und Hass umschlagen kann (vgl. Lindner 2022).

Suizidalität umfasst alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf das Beenden des eigenen Lebens ausgerichtet sind. Sie ist Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der ein Mensch verzweifelt über sich selbst und sein eigenes Leben ist und keine Perspektiven sehen kann. Suizidalität ist ein individuell unbeständiges, psychisches Geschehen und verändert sich, abhängig von inneren und äußeren Einflüssen.

Es gibt stets auslösende Faktoren. Und so, wie es Auslöser und eine individuelle Veranlagung zur Entwicklung von Suizidalität gibt, gibt es auch Faktoren, die schützen. Dies sind so individuelle Aspekte, wie innere und soziale Flexibilität, die Einstellung zu Religion und Spiritualität und eine kreative und selbstbewusste Auseinandersetzung mit Endlichkeit und dem möglichen Verlust der Selbstständigkeit insbesondere im Alter. Vor allem nahe, lebendige und stabile familiäre und soziale Beziehungen, Mobilität, gutes Wohnen und ein ausreichender Lebensstandard tragen dazu bei, Menschen vor suizidalem Erleben zu bewahren. Sie stehen aber nicht immer und nicht allen in gleichem Ausmaß zur Verfügung. Die Auslöser suizidalen Erlebens sind oftmals Ereignisse, die die meisten anderen Menschen auch kennen aber von ihnen mehr oder weniger gut bewältigt werden. Es handelt sich häufig um Erfahrungen in Beziehungen zu anderen Menschen. Hierzu zählen Trennungen, Kränkungen oder Beschämung, Einsamkeit, die unzureichende Bewältigung geänderter Lebensumstände wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, finanzieller und ideeller Verluste und die psychosozialen Folgen körperlicher Einschränkungen oder schwerer Erkrankungen. Viele Menschen erleben solche Ereignisse als negative Veränderungen in Beziehungen, als Verluste von Selbstwert und Autonomie, verbunden mit Ohnmacht und großer Hoffnungslosigkeit bezüglich der Zukunft. Manchmal kann auch die Angst vor dem Eintreten dieser unangenehmen und bedrohlichen Situationen eine psychische Krise auslösen. Allerdings: fast alle Menschen machen derartige Erfahrungen, doch nur wenige werden dabei suizidal. Die subjektive Bedeutung, die der Betroffene einer äußeren Belastung bewusst oder unbewusst zuschreibt, bestimmt wesentlich mit, ob es zu einer Krise kommt und wie diese verläuft. Es muss also weitere Bedingungen geben, die zur Entwicklung von Suizidalität gehören.

Suizidale Krisen werden durch Kränkungen (englisch auch *mortifications*) ausgelöst, die das Selbstwertgefühl verletzen. Kränkungen werden häufig durch Verluste bewirkt, insbeson-

dere durch Verluste narzisstischer Selbstobjekte. Narzisstische Selbstobjekte sind solche, die eigentlich nicht um ihrer selbst willen gewählt und libidinös besetzt wurden, sondern die vornehmlich der Stabilisierung des eigenen Selbstwertgefühls gedient haben (Henseler 1974). Als Selbstobjekte dienen nicht nur konkrete Personen oder ihre Eigenschaften, sondern auch eigene körperliche geistige oder soziale Funktionen und Fähigkeiten.

Solche Verluste betreffen dann häufig

- die weibliche oder männliche Identität
- Einfluss und Macht (z.B. in Beruf, Familie und Gesellschaft)
- das Erleben von Abhängigkeit z.B. durch Pflegebedürftigkeit

Grundlegende Kränkungen menschlicher Existenz betreffen die „facts of life“, womit Erfahrungen der Abhängigkeit, des ausgeschlossen Seins und der eigenen Endlichkeit gemeint sind (vgl. Money-Kyrle, 1971).

Suizidenten wollen die Entscheidung über den Zeitpunkt und die Art des Sterbens selbst in der Hand behalten, sie wollen nicht überwältigt werden. Die suizidale Handlung ist in der Regel ein Versuch, eine Krise regressiv zu lösen. Illusionäre Wunschvorstellungen werden im Tod gesucht. Suizidenten sprechen oft davon, dass sie „endlich Ruhe haben und schmerzfrei sein wollen“. Gesucht wird ein paradiesisch anmutender Zustand, der auch als Fantasie des „Verschmelzens mit einer idealisierten Mutter“ beschrieben wurde. Meist nehmen Suizidenten bewusst nicht wahr, dass es sich um eine Wendung der Aggression gegen sich selbst handelt.

Als weitere suizidale Komponenten sind in der psychodynamischen Literatur die Vorstellung, von anderen tot gewünscht zu werden, beschrieben worden.

Suizidale Handlungen werden in den allermeisten Fällen angekündigt, sie beinhalten sehr häufig einen Hilferuf an andere, womit die Ambivalenz zum Ausdruck kommt, die in suizidalen Gedanken und in suizidalem Handeln meist enthalten ist.

Wie ein Mensch diese Ereignisse erlebt, welche Gefühle dazu gehören und welche Umgangs- und Lösungsmöglichkeiten genutzt werden, wird in vielfältigen Erfahrungen und Erlebnissen ausgebildet, besonders in Kindheit und Jugend. Hierzu zählen Erfahrungen von Gewalt, aber auch unbewältigte Ver-lusterfahrungen oder Schwierigkeiten in den Entwicklungsschritten, die jeder Mensch durchläuft. Viele Menschen können im Laufe des Lebens solche Erfahrungen bewältigen, einige aber bleiben sehr verletzlich, gerade für die Wiederholung von Verlust, Trennung und Ablehnung. Dann besteht eine Neigung, in ähnlichen Situationen wie früher mit derart unerträglichen Gefühlen konfrontiert zu sein, dass nur sehr radikale Lösungen möglich erscheinen. Diese Lösungen sollen unerträgliche Gefühle und Zustände beenden und zumeist unter großem Druck sofort ergriffen werden. Der Tod erscheint dann als eine Möglichkeit, der Situation zu entfliehen. Diese innere psychische Dynamik ist der Person selbst in der Regel nicht bewusst.

Oftmals befindet sie sich über längere Zeit in einem Zustand der Ambivalenz, nicht richtig leben und nicht richtig sterben zu können.

Die Fähigkeit zur Ambivalenz wird im Laufe der psychischen Entwicklung erworben und kann zugleich eine menschliche Fähigkeit und ein schwer auszuhaltendes Leiden sein: Menschen fühlen sich zerrissen zwischen unvereinbaren inneren Zuständen. Wenn man einem anderen Menschen sehr verbunden ist, kann das Gefühl, gerade von diesem Menschen sehr verletzt worden zu sein, sehr schmerzen und zu Abstand führen. Zuneigung und Liebe treffen auf Enttäuschung, Ärger und Hass. Der Suizid bietet dann eine scheinbare Lösung der Konflikte im Tod.

Im Erleben suizidaler Gedanken und Gefühle kann sich ein dringendes Bedürfnis nach einer Veränderung verbergen, die im Leben unmöglich scheint. Suizidale Menschen können zwischen dem Wunsch zu leben und dem Wunsch zu sterben stehen. Andererseits können Schwanken und Abwägen Möglichkeiten sein, Gegensätze zu ertragen und auch Lösungen im Leben zu finden.

Suizidale Menschen, die sich derart unter Druck fühlen, neigen auch dazu, in ihren Beziehungen zu wichtigen anderen Menschen diesen inneren Druck weiterzugeben. Durch Reden und Handeln kann dann im Anderen auch Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung erzeugt werden. Dagegen versucht sich dann die Person des nahen Umfelds zu schützen, indem sie die suizidale Person als unangenehm, „erpresserisch“ oder gar bösartig erlebt und ablehnende Gefühle entwickelt, obwohl sie dies eigentlich gar nicht will. Dieser Wiederbelebung der inneren Konflikte in der Außenwelt ruft erneut jene konflikthafter Beziehungsmuster hervor, die zuvor in anderen Beziehungen schon zur suizidalen Krise führten. Hier schließt sich der Kreis der suizidalen Entwicklung. Unterbrochen werden kann er nur, indem dieser endlose Ablauf allen Beteiligten bewusst wird und andere Möglichkeiten gefunden werden, die krisenhafte Situation anzugehen.

Gute innere Objekte sind ein unbewusster Niederschlag von entsprechenden Beziehungserfahrungen, die ein entsprechendes Selbstwertgefühl ermöglichen. Sie ermöglichen das Ertragen von Verlusten und äußerer Abhängigkeit und wirken ihrer kränkenden Wirkung entgegen.

Therapeutische und beratende Gespräche mit suizidalen Menschen

Mit suizidalen Menschen sollte möglichst umgehend Kontakt aufgenommen werden. Solange sie mit suizidalen Gedanken beschäftigt sind, kann durch den Kontakt und das Gespräch suizidales Handeln vermieden werden. Nach erfolgtem Suizidversuch wird das zugrunde liegende und auslösende Problem häufig schnell verdrängt. Die Chance über die innere Konfliktthematik sprechen zu können, ist höher, je früher der Kontakt aufgenommen wird. Im Vordergrund steht zunächst die

Suche nach dem Anlass für die Suizidalität. Auf den ersten Blick erscheint der Anlass häufig gar nicht zu gravierend, manchmal sogar eher banal. Erst im weiteren vertiefenden Gespräch wird die subjektiv schwerwiegende Bedeutung dieses Anlasses für die betroffene Person verständlich. Sie kommt in dem zentralen Beziehungskonflikt zum Ausdruck. Dann lässt sich ein gemeinsamer Nenner für Anlass und Konflikt herstellen.

Wenn die szenische Interaktion zwischen der suizidalen Person und dem Therapeuten beachtet wird, findet sich meist auch etwas von dem zentralen Konflikt in der aktuellen Beziehung wieder. Oft lebenslange Erfahrungen aus der Beziehung zu wichtigen Menschen werden auch auf den Therapeuten übertragen.

Anzustreben ist ein nicht-wertendes Gesprächsverhalten, bei dem Offenheit und Vertrauen vorherrschen und sich der suizidale Mensch in seiner Not angenommen fühlt. Todeswünsche, suizidale Gedanken und Absichten sollten offen angesprochen werden. Die Suizidalität sollte nicht verharmlost, aber auch nicht dramatisiert werden. Sofern etwas von der Beziehungsdynamik verstanden worden ist, sollte abgewogen werden, welche weiteren psychosozialen Hilfen sinnvoll sind. Das Spektrum sinnvoller Hilfsangebote kann von einer weiteren Beratung, unter Umständen mit Einbeziehung Angehöriger bis hin zu einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung reichen.

Zwei Fallbeispiele

1. Fall

Im Allgemeinkrankenhaus werde ich als psychiatrischer Konsiliararzt zu Herr F., einem 72jährigen, ehemaligen Automechaniker gerufen. Am Telefon erfahre ich vom behandelnden Stationsarzt, dass Herr F. mit einer Tablettenvergiftung in suizidaler Absicht aufgenommen worden war. Jetzt sei er wach und klage über diffuse Schmerzen. Der Hausarzt habe gesagt, das kenne er bei dem Patienten seit einigen Jahren, eine organische Diagnose sei ausgeschlossen.

Der Krankenstation wird Herr F. jetzt wegen seiner ständigen Klagen lästig. Er soll entlassen oder in ein Psychiatrisches Krankenhaus verlegt werden. Als Grund für seine Tabletteneinnahme habe er die Schmerzen angegeben, für die sich auch nach dem bisherigen Stand der Untersuchungen keine organische Erklärung finden lässt.

Zum Gespräch erscheint ein altersentsprechend, aber leidend und hager aussehender Mann mit gebeugtem Gang. Er sagt, dass ich ihm bestimmt nicht helfen könne. Seine Schmerzen habe er nicht mehr ertragen und deshalb die Medikamente genommen. Das werde nicht wieder vorkommen. Nach seiner Lebenssituation befragt, erfahre ich, dass vor drei Jahren seine Frau starb, danach sei alles nur „Kampf“ gewesen. Herr F. lebt im Hause seiner Tochter und deren Familie. Beiläufig sagt er, dass der Schwiegersohn am selben Tag ein neues Auto gekauft habe, „völlig unvernünftig“. Er habe nicht auf seinen Rat

als Autofachmann gehört, es habe alles keinen Sinn mehr. Der Patient verkneift sich bitter die Tränen. Ich habe den Eindruck, den aktuell kränkenden Anlass, der „das Fass zum Überlaufen gebracht hat“, gefunden zu haben.

Am nächsten Tag erfahre ich in der gemeinsamen Besprechung mit der Sozialarbeiterin, dass sich Herrn F.s Tochter an den Krankenhaussozialdienst gewandt hat, mit der Bitte, einen Heimplatz für ihn zu suchen. Ein Zusammenleben sei wegen der dauernden Klagen ihres Vaters seit dem Tod der Mutter für die Familie nicht mehr erträglich. Sie habe aber noch nicht mit ihm geredet. Die Lage des Patienten wird noch verständlicher. Bereits im telefonischen Bericht des Kollegen und dem Geschehen auf der Station stellte sich seine Situation dar: Herr F. klagte heftig, das Stationspersonal wollte sich von ihm befreien, ihn verlegen, weil es für ihn nichts tun könne. Seine entsprechende Bemerkung zu Beginn unseres Gesprächs: „Sie können mir bestimmt nicht helfen“, enthält eine Testfrage. Werde ich ihn am liebsten auch verlegen oder halte ich ihn aus, wenn er mit mir so kränkend verfährt?

Weil es gelungen war, seine abwertende Bemerkung nicht nur persönlich kränkend, sondern auch als Ausdruck seiner Lebenssituation aufzufassen, ergab sich ein Kontakt, der dann ambulant mit einer zwölfstündigen tiefenpsychologisch fundierten Kurzzeitpsychotherapie fortgesetzt wurde.

In diesen Gesprächen wurde deutlich, dass Herr F. sich nach dem Tode seiner Frau in der Familie wertlos fühlte. Besonders kränkend war der Kauf eines Autotyps gegen seine Empfehlung, am Tag der Tabletteneinnahme. Das Gefühl von Wertlosigkeit im Zusammenhang mit Abgeschobenwerden war für diesen Patienten die Wiederholung eines Traumas aus der frühen Kindheit, als die Mutter ihn, dreieinhalbjährig, in ein Heim gegeben hatte. Jetzt hatte die Familie dasselbe vor, auch wenn sie mit ihm noch nicht darüber gesprochen hatte. Die Bedeutung dieser Kränkung wurde verständlich.

Noch während des Klinikaufenthaltes konnte in einigen Familiengesprächen, die die Sozialarbeiterin führte, ein Arrangement akzeptabler Abgrenzung im häuslichen Zusammenleben gefunden werden. Dazu gehörten verschiedene Absprachen und Maßnahmen, zum Beispiel wurde Kontakt zu einer Seniorentagesstätte vermittelt. Der Patient fühlte sich unabhängiger von der Familie, aber er konnte bleiben, und die Familie der Tochter war entlastet. Für diese Familiengespräche konnte der stationäre Aufenthalt um einige Tage verlängert werden, was durch unsere gute Zusammenarbeit mit den internistischen Kollegen möglich war.

Der kränkende Anlass war also die Kaufentscheidung des Schwiegersohnes, der Hauptgrund für den Suizidversuch das Gefühl, nicht mehr gefragt zu werden, sondern überflüssig zu sein, der gemeinsame Nenner der jetzigen Situation und der Biographie ließ sich finden und bildete sich auch in der Interaktion sowohl mit dem Stationspersonal wie mit mir ab. Drei Jahre nach Abschluss der Behandlung begegnete ich dem Pa-

tienten zufällig in der Straßenbahn. Er begrüßte mich freudig und teilte mir mit, dass es ihm gut gehe.

2.Fall

Die 60jährige Frau T. suchte psychotherapeutische Behandlung nach dem Suizidtod ihrer 82jährigen Mutter, die sich vor einen Zug geworfen hatte. Die Familie, so sagte mir die Patientin, gebe ihr die Schuld für den Suizid der Mutter. Sie wies diese Schuldvorwürfe entschieden von sich, sie habe stets ihre eigenen Interessen zurückgestellt und sich bis zur Selbstaufgabe um die Mutter gekümmert. Mehr hätte sie nicht tun können. Nach dem Tod der Mutter vor einem halben Jahr finde sie aber keine Ruhe mehr und leide unter massiven Schlafstörungen. Sie habe jetzt selbst Suizidgedanken entwickelt und komme deshalb jetzt in Behandlung.

Die 82jährige Mutter war früher Tänzerin gewesen. Sie habe ihren Beruf sehr lange aktiv ausgeübt und später als Tanzlehrerin gearbeitet. Sie habe jede Gelegenheit genutzt, um auf der Bühne zu stehen. Auch im privaten Leben habe sie stets bewunderter Mittelpunkt sein müssen, dazu sei ihr jedes Mittel recht gewesen.

Die Tochter, meine Patientin, ist sich zeitlebens wie ein Schmuckstück ihrer Mutter vorgekommen. Sie fühlte sich von ihr benutzt, was ihr erst in den letzten Jahren klar geworden war. Wenn die Mutter Beschwerden hatte, machte sie die Tochter dafür verantwortlich. Die seinerzeit ungewollte Schwangerschaft der Tänzerin mit meiner heutigen Patientin, habe einen Einbruch in ihrer Karriere bedeutet. Gewissermaßen als Ausgleich für diese Schädigung, so die Patientin, habe sie dann der Mutter dienen müssen. Diese habe das Älterwerden als schrecklichen, ihren Körper zerstörenden Prozess erlebt, gegen den sie sich durch zahlreiche Schönheitsoperationen zu wehren versucht hatte. In den letzten Jahren habe sie ständig Psychopharmaka eingenommen, um ihre Angstzustände zu mildern. Tag und Nacht habe sie die Tochter angerufen, die dann meist zur Stelle war.

Nach einigen Monaten berichtet Frau T., dass sie am Tage vor dem Suizid ihrer Mutter ihre eigenen jugendlichen Liebesbriefe und Fotos von der Mutter zurückgefordert hatte, die diese in Verwahrung hatte. Die Mutter sträubte sich, die Tochter setzte sich durch. Es wird Frau T. deutlich, dass die Mutter diese Briefe benutzt hatte als wären sie ihre eigenen und als sei sie mit ihnen eine junge begehrenswerte Frau. Als ihr die Tochter diese Illusion nahm, zerstörte sie -- so zumindest die psychische Wahrheit meiner Patientin -- die Vorstellung der Mutter. Durch ihren Abgrenzungsschritt habe sie das illusionäre Selbstgefühl der Mutter zerstört und sie in den Suizid getrieben.

Frau T. wurde klar, dass sie mit dieser Vorstellung, für den Suizid der Mutter verantwortlich zu sein, genau das glaubte, was ihr die Angehörigen vorwarfen und sie vehement zurückgewiesen hatte. Die Abgrenzung, so Frau T.s Überzeugung, war nötig gewesen, aber für die Mutter tödlich. Mit dieser Auffassung erhielt Frau T. zugleich die Verbindung zur Mutter auf-

recht, denn sie, die Tochter, war für Leben und Tod der Mutter verantwortlich.

Im Laufe einer sechsmonatigen Psychotherapie mit zwei Wochenstunden wurde diese Erkenntnis mit Hilfe der Analyse der Übertragung möglich. Die Patientin hatte zu verstehen gegeben, dass sie sich für mich und mein Wohlbefinden verantwortlich fühlte. Wenn ich ihr z.B. eine für sie günstige Abendstunde anbot, fragte sie, ob das denn auch mit meinem Privatleben vereinbar sei. Sie befürchtete, es zerstören zu können, gleichzeitig gewann sie an Bedeutung und konnte sich aufgewertet fühlen. Ihre Skepsis, von mir missbraucht zu werden, zeigte sie in misstrauischen Fragen nach dem Forschungsprojekt, in dessen Rahmen diese Therapie stattfand.

Nachdem ihr klargeworden war, wie sehr sie sich in Beziehungen verantwortlich fühlt und dadurch -- wie in ihrer Lebensgeschichte -- Bedeutung gewinnt, konnte sie sich auch klar machen, dass die Schuldzuweisungen der Familie viel weniger heftig waren, als sie zunächst empfunden hatte; es ging um ihr eigenes Schuldgefühl. Diese blockierten ihren Trauerprozess, den sie in einer einjährigen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie weiter durchleben konnte.

Literaturverzeichnis

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf (Psychotherapierichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen)

<https://www.kbv.de/html/psychotherapie.php>

Henseler H (1974) *Narzißtische Krisen*. Reinbek: Rowohlt

Money-Kyrle R (1971) *The Aim of Psychoanalysis*. *International Journal of Psychoanalysis* 52:103-106

Lindner R (2022) *Psychodynamische Psychotherapie der Suizidalität*. *Psychodynamische Psychotherapie* 21: 57–168. DOI 10.21706/pdp-21-2-157

Eingegangen: 20.12.2023

Angenommen: 03.02.2024

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Martin Teising

Bad Hersfeld

E-Mail: Teising@t-online.de

Basale Prinzipien der Beratung und Therapie bei Suizidalität – die kognitiv-verhaltenstherapeutische Perspektive

Tobias Teismann

Zusammenfassung

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen haben sich als effektiv in der Prävention von Suizidversuchen erwiesen. Gemeinsamkeiten dieser Ansätze bestehen darin, dass (1.) der therapeutische Fokus explizit auf suizidales Erleben und Verhalten gelegt wird, (2.) die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und (3.) des informierten Konsens betont wird, (4.) die Behandlung auf einer individuellen Fallkonzeption basiert, (5.) individuell bedeutsame „suicide driver“ im Rahmen der Behandlung angegangen werden, (6.) der Vermittlung von Fertigkeiten besonderes Gewicht zukommt und – insbesondere mit Blick auf die Behandlung suizidaler Kinder und Jugendlicher – (7.) ein Einbezug von Angehörigen in die Behandlung nahe gelegt wird. Schlussendlich besteht Einigkeit darüber, dass verschiedene Therapieinhalte unabdingbar sind. Hierzu gehören die Risikoabschätzung, die Erstellung eines Notfallplans, die Zugangsbeschränkung zu letalen Mitteln, Psychoedukation und Skillsvermittlung.

Schlüsselwörter: Kognitive Verhaltenstherapie, Suizidprävention, ASSIP, CAMS

Basic principles of suicide prevention from a cognitive-behavioral perspective

Abstract

Cognitive-behavioral therapy has proven to be effective in preventing suicide attempts. These approaches have several commonalities: (1.) they explicitly focus on suicidal ideation and behavior, (2.) they emphasize the importance of the therapeutic relationship and (3.) informed consensus, (4.) they are based on an individual case conceptualization, (5.) they address significant “suicide drivers”, (6.) they emphasize skills training and (7.) recommend the inclusion of relatives into treatment - particularly with regard to the treatment of suicidal children and adolescents. Finally, there is agreement that various treatment methods are indispensable: risk assessment, safety planning, means restriction, psychoeducation and skills training.

Keywords: cognitive behavioral therapy, suicide prevention; ASSIP, CAMS

Einleitung

In Metanalysen konnte wiederholt gezeigt werden, dass eine suizid-fokussierte kognitive-verhaltenstherapeutische (KVT)

Behandlung effektiv ist hinsichtlich der Prävention von (erneuten) Suizidversuchen (Sobanski et al., 2021; Witt et al., 2021a). Grundsätzlich gibt es nur wenige psychosoziale Interventionen, die Suizidalität wirksam begrenzen (Fox et al., 2020) und auch von den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen konnten sich nur einzelne in randomisiert-kontrollierten Studien behaupten. Hierzu gehören die „Cognitive Therapy for Suicidal Patients“ (CT-SP; Wenzel et al., 2009), die „Brief Cognitive-Behavioral Therapy of Suicidal Patients“ (B-CBT; Bryan & Rudd, 2018) und das „Attempted Suicide Short Intervention Programm“ (ASSIP; Gysin-Maillart, 2021). In ersten Studien konnte für diese Programme eine Reduktion der Suizidversuchsrate um 50-80% gegenüber einer Treatment as Usual-Kontrollbedingung nachgewiesen werden (Brown et al., 2005; Gysin-Maillart et al., 2016; Rudd et al., 2015; siehe aber auch Arvilommi et al., 2022). Als effektiv hinsichtlich der Reduktion von Suizidgedanken (Swift et al., 2021) hat sich zudem das Programm „Collaborative Assessment and Treatment of Suicidality“ (CAMS; Jobes, 2023) erwiesen. CAMS versteht sich als ein therapeutisches Rahmenprogramm, welches von Therapeut:innen unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen (inkl. einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ausrichtung) für die Behandlung suizidaler Patient:innen genutzt werden kann.

All diese Therapieprogramme sind als Kurzzeitbehandlungen mit 3 bis 12 Sitzungen konzipiert und lassen sich (parallel oder sequentiell) mit weiteren Behandlungen kombinieren. Im Folgenden dienen diese vier Therapieprogramme der Ableitung basaler Prinzipien der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Suizidprävention.

Prinzip 1: KVT betont einen suizid-spezifischen Fokus

Den verschiedenen KVT-Programmen ist gemeinsam, dass suizidales Erleben und Verhalten den ausdrücklichen Fokus der therapeutischen Behandlung darstellt. Fokus der Behandlung sind somit Erlebensweisen, welche im individuellen Fall zur Eskalation und/oder Aufrechterhaltung von Suizidgedanken und suizidalem Verhalten beitragen. In diesem Sinne wird suizidales Erleben und Verhalten als ein eigenständiges, funktional unabhängiges Problem verstanden und nicht als Symptom oder Epiphänomen anderer Formen von Psychopathologie (vgl. Oquendo et al., 2008). Diese Betrachtungs- und Herangehensweise findet Unterstützung durch Metaanalysen, die darauf hindeuten, dass Psychotherapie dann einen suizidpräventiven Effekt hat, wenn suizidales Erleben und Verhalten explizit angegangen werden, nicht aber, wenn auf suizidassoziierte Aspekte, wie Depressivität, Angst, Hoffnungslosigkeit fokussiert wird (Meerwijk et al., 2016; Torok et al., 2020).

Prinzip 2: KVT weiß um die Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Die verschiedenen KVT-Programme betonen gleichermaßen die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Be-

handlung suizidaler Patient:innen. Insbesondere im Rahmen von CAMS (Jobes, 2023) und ASSIP (Gysin-Maillart, 2021) werden sehr gezielte Hinweise dazu gegeben, auf welche Weise eine gleichberechtigte, kollaborative Beziehung zu suizidalen Patient:innen etabliert werden kann. Zum Beispiel wird bei CAMS angeregt, dass Therapeut:innen sich während der Risikoabschätzung neben ihre Patient:innen setzen, um so die gemeinschaftliche Betrachtung suizidalen Erlebens zu betonen. Vor dem Hintergrund, dass sich in Untersuchungen oft nur ein moderater Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung, Suizidgedanken und suizidalem Verhalten findet (Huggett et al., 2022), wird jedoch – wie grundsätzlich in der KVT (Schulte, 1998) – davon ausgegangen, dass die therapeutische Beziehung eine absolut notwendige aber keine hinreichende Bedingung für Therapieerfolg ist.

Prinzip 3: KVT betont Transparenz

Die verschiedenen KVT-Programme betonen – nicht zuletzt mit Blick auf die Etablierung einer therapeutischen Beziehung – des Weiteren die Bedeutung eines transparenten Umgangs mit suizidalen Patient:innen: Der informierte Konsens gilt auch hier, d. h. Patient:innen müssen über alle Aspekte der Behandlung, inklusive der Frage bis wann ambulantes Arbeiten möglich ist und ab wann eine stationäre Behandlung nahegelegt oder veranlasst werden wird, aufgeklärt werden (Rudd et al., 2009). Darüber hinaus wird den Patient:innen sowohl ein „Störungsmodell“ zum Verständnis der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Eskalation suizidalen Erlebens und Verhaltens als auch ein „Veränderungsmodell“ zum Verständnis der geplanten therapeutischen Schritte vermittelt.

Prinzip 4: KVT fußt auf einer individuellen Fallkonzeption

Alle KVT-Programme wissen darum, dass suizidales Erleben und Verhalten auf unterschiedlichste Weise zustande kommen kann, starken Fluktuationen und einer erheblichen Dynamik unterliegt. Die Verursachung und die Entwicklung suizidalen Erlebens ist somit hochindividuell. Alle Therapieansätze bemühen sich daher darum, ein sehr genaues Verständnis davon zu entwickeln, wie Suizidalität im individuellen Fall „funktioniert“, d. h. welche Erlebensweisen dazu beitragen, dass Suizidgedanken oder suizidales Verhalten entstehen, bestehen und eskalieren. Im Rahmen von ASSIP und B-CBT (Bryan & Rudd, 2018) werden beispielsweise narrative Interviews genutzt, um ein gemeinsames Verständnis von der Entwicklung suizidalen Verhaltens zu erwerben. In der B-CBT wird suizidales Erleben sodann auf Basis des so genannten suizidalen Modusmodells konzeptionalisiert: Im Modus-Modell werden u. a. die kognitiven, emotionalen, physischen und verhaltensbezogenen Reaktionen, die bei einer Person mit akutem suizidalem Erleben assoziiert sind, differenziert; zudem werden auslösende Faktoren und überdauernde Vulnerabilitätsfaktoren identifiziert.

Prinzip 5: KVT fokussiert auf individuell relevante "Suicide Driver"

Auf der Basis des individuellen Fallkonzepts werden im weiteren Therapieverlauf kognitiv-verhaltenstherapeutische Standardmethoden verwendet, um die so genannten „suicide drivers“ (Jobes, 2023), d. h. individuell bedeutsame Risikofaktoren für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Eskalation suizidaler Krisen zu modifizieren. Innerhalb einer manualisierten Rahmenstruktur können somit sehr unterschiedliche Inhalte in den Fokus der Behandlung genommen werden: Während in einer Behandlung die Überzeugung eine Last für andere zu sein mit Hilfe kognitiver Infragestellungsmethoden angegangen wird, kann es in einer anderen Behandlung darum gehen, die Überzeugung sozial nicht zugehörig zu sein, mit Hilfe von Situations- und Lösungsanalysen anzugehen und in einer weiteren Behandlung wird möglicherweise ein Problemlösetraining genutzt, um Hoffnungslosigkeitserleben zu begrenzen. Im Einzelfall können also sehr unterschiedliche therapeutische Techniken genutzt werden (Teismann & Friedrich, 2022); bedient wird sich hierbei allerdings durchgängig am Standardrepertoire der KVT-Interventionstechniken.

Prinzip 6: KVT betont die Vermittlung und das Training von Fertigkeiten

Insbesondere mit Blick auf die Prävention von suizidalem Verhalten ist allen KVT-Programmen schließlich gemeinsam, dass sie versuchen, Patient:innen Fertigkeiten an die Hand zu geben, um suizidalen Eskalationen zukünftig anders begegnen zu können (Dimeff et al., 2023). Mit diesem Ziel wird in allen Ansätzen ein Notfallplan für die Überwindung suizidaler Eskalationen erarbeitet, d. h. es wird versucht, Patient:innen ein niedrigschwelliges Handlungsrepertoire zur Verfügung zu stellen, um zu verhindern, dass Suizidgedanken in suizidales Verhalten münden. In der CT-SP (Wenzel et al., 2009) werden darüber hinaus Skills zum Umgang mit Hochstress und ein Problemlösetraining vermittelt. In der B-CBT gehören Achtsamkeits- und Entspannungstrainings sowie konkrete Anleitung zur Infragestellung belastender Annahmen und Überzeugungen zum therapeutischen Repertoire. Die Anwendung der entsprechenden Fertigkeiten wird in der CT-SP und der B-CBT zum Therapieende schließlich in einer sogenannten Rückfallpräventionsübung erprobt. Hierbei werden Patient:innen angeleitet, sich imaginativ in eine zurückliegende und eine zukünftige suizidale Krise hineinzusetzen und den Einsatz von Bewältigungsstrategien in sensu zu erproben. Die Technik dient am Ende der Behandlung sowohl zur Konsolidierung der Therapieinhalte, als auch zur Kontrolle, ob Patient:innen in der Lage sind, die entwickelten Strategien – zumindest in der Vorstellung – einzusetzen.

Prinzip 7: KVT betont den Einbezug von Angehörigen

Die Wirksamkeit von KVT-Programmen ist für die Behandlung von suizidalen Kindern und Jugendlichen bislang nur unzureichend belegt (Witt et al., 2021b). Weitgehend Einigkeit besteht

gleichwohl darüber, dass der Verbesserung des familiären Unterstützungssystems zentrale Bedeutung zukommt, sodass der Einbezug von Familienangehörigen in die Behandlung suizidaler Kinder und Jugendlicher dringend empfohlen wird (Glenn et al., 2019). In der Behandlung suizidaler Erwachsener wird der Einbezug von Angehörigen und/oder Freunden nahegelegt, die Behandlungsprogramme sind jedoch weniger strikt hierauf ausgelegt. Instruktiv erscheint in diesem Zusammenhang jedoch eine aktuelle Pilotstudie in der suizidale Patient:innen ausschließlich paartherapeutisch behandelt wurden (Khalifan et al., 2021). Eine derartige Herangehensweise bietet den Vorteil, dass die Belange und Nöte von Angehörigen suizidaler Patient:innen unmittelbar mit in den Blick genommen werden können. Es sei jedoch betont, dass es sich bei dieser Vorgehensweise nicht um ein basales Prinzip der KVT-Suizidprävention handelt und eine alleinig paartherapeutische Behandlung sicher auch mit Nachteilen einhergehen kann (beispielsweise könnten eigene Belastungen des Partners oder der Partnerin ein offenes Gespräch über Suizidalität erschweren).

Fazit

Über die beschriebenen Prinzipien hinaus besteht innerhalb der verschiedenen Programme Einigkeit darüber, dass bestimmte Therapieinhalte unabdingbar sind (Dimeff et al., 2023): Mit allen suizidalen Patient:innen muss eine Risikoabschätzung vorgenommen werden, es muss ein Notfallplan erstellt werden und die Zugangsbeschränkung zu letalen Mitteln muss thematisiert werden. Darüber hinaus müssen Patient:innen psychoedukativ über die Behandlung aufgeklärt werden und es müssen Fertigkeiten zum Umgang mit suizidalen Eskalationen erarbeitet werden.

Die Betonung der Gemeinsamkeiten der verschiedenen KVT-Programme sollte letztlich jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese sich hinsichtlich Prozessgestaltung, Umfang und empirischer Absicherung zum Teil erheblich voneinander unterscheiden: KVT ist nicht gleich KVT. Zukünftige Studien werden darüber entscheiden, welche spezifischen KVT-Programme sich in Forschung und klinischer Praxis tatsächlich bewähren werden.

Literatur

Arvilommi P, Valkonen J, Lindholm LH, Gaily-Luoma S, Suominen K, Ruishalme OM, Kukkonen M, Sihvola H & Isometsä E (2022) A randomized clinical trial of Attempted Suicide Short Intervention Program versus Crisis Counseling in preventing repeat suicide attempts: a two-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 91:190–199. <https://doi.org/10.1159/000521072>

Brown GK, TenHave T, Henriques G, Xie S, Hollander J & Beck AT (2005) Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. a randomized controlled trial. *JAMA* 294:563–570. doi: 10.1001/jama.294.5.563

Bryan CJ & Rudd MD (2018) *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention*. New York: Guilford Press

- Fox KR, Huang X, Guzmán EM, Funsch KM, Cha CB, Ribeiro JD & Franklin JC (2020) Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin* 146:1117–1145. doi: 10.1037/bul0000305
- Dimeff LA, Jobes DA, Tyndal T et al. (2023) Using the delphi method for determining key performance elements for delivery of optimal suicide-specific interventions in emergency departments. *Archives of Suicide Research* 27:246–260. doi: 10.1080/13811118.2021.1984347
- Glenn CR, Esposito EC, Porter AC & Robinson DJ (2019) Evidence base update of psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 48:357–392
- Gysin-Maillart A (2021) Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Göttingen: Hogrefe
- Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M & Michel K (2016) A novel brief therapy for attempted suicide: Two-year follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine* 13:e1001968. doi: 10.1371/journal.pmed.1001968
- Huggett C, Gooding P, Haddock G, Quigley J & Pratt D (2022) The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 29(4):1203–1235. <https://doi.org/10.1002/cpp.2726>
- Jobes DA (2023) *Managing suicidal risk: a collaborative approach*. New York: Guilford Press
- Khalifian CE, Leifker FR, Knopp K, Wilks CR, Depp C, Glynn S, Bryan C & Morland LA (2022) Utilizing the couple relationship to prevent suicide: A preliminary examination of Treatment for Relationships and Safety Together. *Journal of Clinical Psychology* 78(5):747–757. doi: 10.1002/jclp.23251
- Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS & Lee KA (2016) Direct and indirect psychosocial and behavioral interventions to prevent suicide and suicide attempt: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 3:544–554. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00064-X
- Oquendo M, Baca-Garcia E, Mann J & Giner J (2008) Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *American Journal of Psychiatry* 165:1383–1384
- Rudd MD, Brown GK, Jobes DA, Joiner T, Cukrowicz K & Silverman M (2009) Informed consent with suicidal patients: rethinking risks in (and out of) treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 46:459–468
- Rudd MD, Bryan CJ, Wertenberger EG et al. (2015) Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow up. *American Journal of Psychiatry* 172:441–449. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14070843
- Schulte D (1998) *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe
- Sobanski T, Josfeld S, Peikert G & Wagner G (2021) Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review. *Psychological Medicine* 51:2525–2540
- Swift JK, Trusty WT & Penix EA (2021) The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 51(5):882–896. doi: 10.1111/sltb.12765
- Teismann T & Friedrich S (2022) *Therapie-Tools: Suizidalität und Krisenintervention*. Weinheim: Beltz
- Torok M, Han J, Baker S, Werner-Seidler A, Wong I, Larsen ME & Christensen H (2020) Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Digital Health* 2:25–36. doi: 10.1016/S2589-7500(19)30199-2
- Wenzel A, Brown G & Beck AT (2009) *Cognitive therapy for suicidal patients: scientific and clinical applications*. Washington, D.C, London: American Psychological Association
- Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E & Hawton K (2021a) Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Systematic Review*: CD013668. doi: 10.1002/14651858.CD013668.pub2
- Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E & Hawton K (2021b) Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*: CD013667. doi: 10.1002/14651858.CD013667.pub2

Eingegangen: 08.11.2023

Angenommen: 30.01.2024

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Tobias Teismann
Forschungs- und Behandlungszentrum
für Psychische Gesundheit
Ruhr-Universität Bochum
Massenbergstraße 9-13
44787 Bochum
E-Mail: tobias.teismann@rub.de

Um die digitale Version zu lesen, können Sie entweder den QR-Code einscannen (z. B. mit Ihrem Smartphone oder Tablet) oder den Link in Ihren Browser kopieren, um das Heft online abzurufen:

Link: <https://roderer-verlag.de/sp196>

Bitte verwenden Sie, wenn Sie bei der Öffnung der Datei dazu aufgefordert werden, folgendes Passwort: **sp196** (bitte auf Groß- und Kleinschreibweise achten)

QR-Code:



Ein Überblick über den Suizid in der platonischen Philosophie

Theologische, ethische und politisch-philosophische Dimensionen des Suizids aus der Perspektive eines der einflussreichsten Denker der westlichen Zivilisation

Konstantinos Koutsonasios

Zusammenfassung:

In der platonischen Philosophie wird Suizid als komplexes ethisches Thema betrachtet, das theologische, ethische und staatsphilosophische Aspekte umfasst. Platons Ansicht der unsterblichen Seele führt zu einer grundsätzlichen Ablehnung des Suizids als Widerspruch zur göttlichen Ordnung. Trotz dieser grundsätzlich negativen Sicht, erkennt Platon an, dass es in extremen Notlagen oder bei staatlichen Strafen Ausnahmen geben kann. Seine Ethik basiert auf Vernunft und den vier politischen Kardinaltugenden: Weisheit, Tapferkeit, Besonnenheit und Gerechtigkeit. Diese prägen seine Sicht auf den Suizid und betonen die Verantwortung des Individuums gegenüber der Gemeinschaft. Platons Philosophie verbindet individuelles Wohlergehen mit dem der Gemeinschaft und sieht das Leben der Bürger als Gemeineigentum des Staates. Insgesamt lehnt Platon eine starre Moralität ab und betont stattdessen die Bedeutung des Kontextes und individueller Umstände bei der ethischen Bewertung von Suizid.

Schlüsselwörter: Platon, Suizid, Philosophie

An Overview of Suicide in Platonic Philosophy

Theological, ethical and political-philosophical dimensions of suicide as seen by one of the most influential thinkers in Western civilisation

Abstract

In Platonic philosophy, suicide is regarded as a complex ethical issue, encompassing theological, ethical, and political-philosophical aspects. Plato's view of the immortal soul leads to a fundamental rejection of suicide as a contradiction to divine order. Despite this generally negative stance, Plato acknowledges exceptions in extreme distress or state-imposed penalties. His ethics are based on reason and the four cardinal political virtues: wisdom, courage, temperance, and justice. These shape his view on suicide, emphasizing the individual's responsibility towards the community. Plato's philosophy connects individual well-being with that of the community and views the lives of citizens as communal property of the state. Overall, Plato rejects rigid morality, instead highlighting the importance of context and individual circumstances in the ethical assessment of suicide.

Keywords: Platon, Suicide, Philosophy

In der platonischen Philosophie^{1,2} wird die Frage des Suizids durch ein komplexes Geflecht von theologischen, ethischen und staatsphilosophischen Erwägungen behandelt.

Platons theologische Vorstellungen, die stark von seinem orphisch-pythagoreischen Hintergrund beeinflusst sind, sehen die Seele als unsterblich und göttlichen Ursprungs an, weshalb Suizid als Handlung gegen die göttliche Ordnung betrachtet wird. Besonders aufschlussreich ist seine Verwendung des Begriffs „φρουρά“ (phrouará) im „Phaidon“ im Zusammenhang mit der Diskussion über die Unsterblichkeit der Seele und Suizid. Dort erklärt er:

„Denn was darüber in geheimen Lehren gesagt wird, dass wir Menschen wie in einer Feste (φρουρά) sind und man sich aus dieser nicht selbst losmachen und davongehen dürfe.“^{2,3}

In dieser Passage wird der Begriff „φρουρά“ im Kontext des göttlichen Aufsehens über die menschliche Existenz verwendet. Er suggeriert, dass der Körper eine Art Gefängnis für die Seele darstellt, aus dem man nicht vorzeitig entkommen sollte, da dies gegen die göttliche Ordnung verstößt. Das hat unmittelbare Auswirkungen auf Platons Sicht des Suizids: Ein vorzeitiges Verlassen dieses „Gefängnisses“ wäre ein Akt des Ungehorsams gegenüber der göttlichen Ordnung und somit unethisch.

In der altgriechischen Sprache aber hat das Wort „φρουρά“ oft auch eine militärische oder wachsame Konnotation; es kann eine „Wache“ oder „Garde“ bezeichnen. Diese Bedeutung fügt der erzieherischen Funktion der „φρουρά“ in Platons Konzept eine zusätzliche Dimension hinzu. Der Körper als „Wache“ oder „Garde“ der Seele könnte daher nicht nur Beschränkungen auferlegen, sondern auch eine Art von Disziplin oder Training für die Seele bieten. Ähnlich wie eine militärische Wache nicht nur dazu dient, den Ort zu begrenzen, den sie bewacht, sondern auch Ordnung und Struktur aufrechterhält, könnte der Körper in ähnlicher Weise als eine erzieherische Wache für die Seele dienen. Die Idee der Reinkarnation in Platons Theologie spielt eine wichtige Rolle. Durch den natürlichen Zyklus der Wiedergeburten erfolgt eine kontinuierliche Erziehung der Seele, mit dem finalen Ziel einer ewigen Befreiung vom Körper und einem Verweilen in der Welt der Ideen. In diesem Sinne wäre Suizid eine Flucht vor der Disziplin und dem Training, das für die Entwicklung und Reifung der Seele erforderlich ist. Für Suizidenten beschreibt Platon im Mythos von Er im letzten Buch der Politeia die Konsequenzen oder Strafen nicht im Detail, sondern es wird darauf hingewiesen, dass die Strafen für sie schlimmer sind als für andere Verbrecher („μείζους ἔτι τοῦς μισθοῦς διηγείτο“) 4. Es ist aber interessant, dass Platon

im Rahmen des gleichen Mythos kurz darauf einen Moment der Seelenwanderung beschreibt, in dem die Seele von Ajax, dem Sohn des Telamon, die Wahl trifft, im nächsten Leben als Löwe wiedergeboren zu werden 5. Ajax, der in den Überlieferungen nach seiner Demütigung Suizid beging (Schammotiv) 6, scheint die mit dieser Handlung verbundenen Bestrafungen zu entgehen.

Eine Möglichkeit, dieses scheinbare Paradoxon zu erklären, könnte sein, dass Ajax als ein heroischer Charakter angesehen wird, dessen Taten und Motivationen in einem anderen Licht betrachtet werden. Sein Suizid könnte als eine Art ehrenvolle Tat interpretiert werden, angesichts der Umstände der Demütigung und des Verlustes der Anerkennung, die er erlitten hat.

Man muss jedoch betonen, dass Platon niemals an seinen theologischen Annahmen festhält. Einen absoluten Wert haben nur Schlussfolgerungen, die allein durch vernunftbezogene Dialektik entwickelt werden.

Platon gründet sein ethisches System auf der Vernunft. Wie in Nestles Buchtitel „Vom Mythos zum Logos“ deutlich wird, ersetzt die ethische Autorität des Logos die ethische Autorität des Mythos. Überlieferte und internalisierte Überzeugungen werden im Licht der Vernunft überprüft, und so entsteht ein neues moralisches Wertesystem 7. Maßgeblich für die platonische Ethik sind keine gottgegebenen Gebote, sondern der Begriff der politischen Tugenden im Kontext der Gemeinschaft und des Staates. Platons Ethik identifiziert vier politische Kardinaltugenden: Weisheit, Tapferkeit, Besonnenheit und Gerechtigkeit. Jede dieser Tugenden hat spezifische Implikationen für das Verständnis des Suizids. Beispielsweise könnte jemand, der Suizid begeht, als unweise, feige, unbesonnen oder ungerecht angesehen werden. Er begehe einen Mord an „den nächsten aller Verwandten und den, welcher für den liebsten und teuersten gilt“⁸: sich selbst.

In diesen Fällen lässt er in seinem Dialog „Nomoi“ als postmortale Strafe vorschlagen, dass die Gräber dieser Personen an abgelegenen, un bebauten Orten liegen sollten, wo niemand sonst begraben wird. Diese Orte sollen namenlos und ohne Inschriften sein, um sicherzustellen, dass die Suizidenten in der Nachwelt keine Ehre oder Erinnerung erfahren. 9 Eine gravierende Konsequenz, wenn man die Wichtigkeit des Nachruhms („ὑστεροφημία“) im antiken Griechenland bedenkt.

Jedoch könnte in Ausnahmefällen auch der Suizid als eine ethisch neutrale oder sogar tugendhafte Handlung betrachtet werden. In Fällen, bei denen der gegen sich handelnde Mensch „einen schmerzvollen und aussichtslosen Zustand erlebt hat“, oder „durch eine unvermeidbare Schande, die ihm das Leben verleidete, dazu gezwungen oder getrieben wurde“², 10, oder wenn er bei einer chronischen Krankheit, die sein Leben schwer beeinträchtigt, ärztliche Hilfe anzunehmen verweigert 11, wird der Suizid nicht als moralisch verwerflich angesehen. Platon scheint hier Verständnis für die Grenzen des menschlichen Durchhaltevermögens zu zeigen und erkennt an, dass es

Situationen geben kann, in denen der Suizid als eine Art Befreiung von unerträglichem Leid betrachtet werden kann.

Es gibt auch Fälle, in denen Suizid als eine staatsbürgerliche Pflicht angesehen wird, etwa wenn er als Strafe vom Staat verordnet wird¹⁰, als präventive Schutzmaßnahme im Fall einer „krankhaft kriminellen Natur“ gefordert wird¹², oder als heldenhafte Selbstopferung erwartet und geehrt wird (wie beim mythischen König Kodros^{13, 14}). In solchen Fällen tritt die Verantwortung gegenüber dem Gemeinwohl in den Vordergrund.

Schließlich darf man nicht übersehen, dass in der platonischen Philosophie das Wohl der Gemeinschaft eng mit dem Wohl des Einzelnen verknüpft ist. Somit könnte Suizid als ein Akt betrachtet werden, der nicht nur das Individuum, sondern auch die Gemeinschaft als Ganzes beeinträchtigt. Außerdem wird das Leben der Bürger bei Platon nicht nur als persönliches Eigentum, sondern auch als eine Art von Gemeineigentum des Staates gesehen. Dies steht im Unterschied zur heutigen Gesellschaft, in der die Selbstbestimmung über den eigenen Körper als grundlegendes Recht in den meisten juristischen Systemen angesehen wird.

Die platonische Ethik wirft ein besonderes Dilemma auf, da sie die Reflexion und das Abwägen der Konsequenzen für das Individuum und die Gemeinschaft fördert, was die Frage des Suizids zu einer komplexen ethischen Angelegenheit macht. Dieser Ansatz bringt eine gewisse Flexibilität und Kontextabhängigkeit mit sich. In Platons Denken ist Ethik kein starres Konstrukt, sondern ein dynamischer Prozess des Nachdenkens und Hinterfragens. Dies bedeutet, dass Fragen wie die des Suizids nicht durch absolute moralische Gesetze, sondern durch individuelle und gesellschaftliche Überlegungen geprägt sind. In diesem Sinne ist die platonische Ethik fern von einer absoluten Moralität, wie sie in einigen anderen philosophischen und religiösen Systemen vertreten wird. Sie erkennt an, dass eine suizidale Handlung in Abhängigkeit von den jeweiligen Umständen und der spezifischen Situation des Einzelnen variable bewertet werden kann.

Referenzen

- (1) Platon: *Die Werke im vollständigen Text in griechischer Sprache*.
Online: <https://el.wikisource.org/wiki/Συγγραφέας:Πλάτων>
- (2) Platon: *Die Werke - im vollständigen Text in deutscher Sprache mit beigefügten griechischen und lateinischen Textfassungen*.
Übersetzungen von F. Schleiermacher, L. Georgii, F. Susemihl, W. S. Teuffel und W. Wiegand. Online-Bearbeitung von Rudolf Haller:
http://www.opera-platonis.de/Platon_Werke.pdf
- (3) Platon. *Phaid (PHAIDON, online s. unter 2.)*. 62b ; pp ὁ μὲν οὖν ἐν ἀπορρήτοις λεγόμενος περὶ αὐτῶν λόγος, ὡς ἐν τινι φρουρῆ ἔσμεν οἱ ἄνθρωποι καὶ οὐ δεῖ δὴ ἑαυτὸν ἐκ ταύτης λυεῖν οὐδ' ἀποδιδράσκειν,.
- (4) Platon. *pol. (POLITEIA, online s. unter 2.)* 615c; p εἰς δὲ θεοὺς ἀσεβείας τε καὶ εὐσεβείας καὶ γονέας καὶ αὐτόχειρος φόνου μείζους ἔτι τοὺς μισθοὺς διηγείτο.

- (5) *Plat. pol. (POLITEIA, online s. unter 2.) 620a; pp είκοστήν δὲ λαχοῦσαν ψυχὴν ἐλέσθαι λέοντος βίον· εἶναι δὲ τὴν Αἴαντος τοῦ Τελαμωνίου, φεύγουσαν ἄνθρωπον γενέσθαι, μεμνημένην τῆς τῶν ὀπλων κρίσεως. τὴν δ' ἐπὶ τούτῳ Ἀγαμέμνωνος ἔχθρα δὲ καὶ ταύτην τοῦ ἀνθρωπίνου γένους διὰ τὰ πάθη ἄετοῦ διαλλάξει βίον.*
- (6) van Hooff, A. J. L. *From Autothanasia to Suicide: Self-killing in Classical Antiquity*; Taylor & Francis, 2002
- (7) Nestle W (1940) *Vom Mythos zum Logos. Die Selbstentfaltung des griechischen Denkens von Homer bis auf die Sophistik und Sokrates*. EA.; Kröner
- (8) *Platon. nom. (NOMOI, online s. unter 2.) 873c; pp τὸν δὲ δὴ πάντων οἰκειότατον καὶ λεγόμενον φίλτατον ὃς ἂν ἀποκτείνῃ, τί χρὴ πάσχειν;*
- (9) *Platon. nom. (NOMOI, online s. unter 2.) 873d; pp τάφους δ' εἶναι τοῖς οὕτω φθαρεῖσι πρῶτον μὲν κατὰ μόνας μηδὲ μεθ' ἑνὸς συντάφου, εἶτα ἐν τοῖς τῶν δώδεκα ὁρίοισι μερῶν τῶν ὄσα ἀργὰ καὶ ἀνώνυμα θάπτειν ἀκλεεῖς αὐτούς, μήτε στήλαις μήτε ὀνόμασι δηλοῦντας τοὺς τάφους.*
- (10) *Platon. nom. (NOMOI, online s. unter 2.) 873c; pp μήτε πόλεως ταξάσης δίκη, μήτε περιδύνω ἀφύκτω προσπεσοῦση τύχη ἀναγκασθεῖς, μηδὲ αἰσχύνῃς τινὸς ἀπόρου καὶ ἀβίου μεταλαχῶν, ἀργίᾳ δὲ καὶ ἀνανδρίας δειλίᾳ ἑαυτῷ δίκην ἄδικον ἐπιθῆ.*
- (11) *Platon. pol. (POLITEIA, online s. unter 2.) 406e; pp χαίρειν εἰπῶν τῷ τοιοῦτῳ ἰατρῷ, εἰς τὴν εἰωθυῖαν διαίταν ἐμβάς, ὑγιῆς*

γενόμενος ζῆ τὰ ἑαυτοῦ πράττων· ἔαν δὲ μὴ ἱκανὸν ᾗ τὸ σῶμα ὑπενεγκεῖν, τελευτήσας πραγμάτων ἀπηλλάγη.

- (12) *Plat. nom. (NOMOI, online s. unter 2.) 854b-c; pp εἰ δὲ μή, καλλίω θάνατον σκεψάμενος ἀπαλλάττου τοῦ βίου.*
- (13) *Platon. symp. (SYMPOSION, online s. unter 2.) 208d; pp ἢ προαποθανεῖν τὸν ὑμέτερον Κόδρον ὑπὲρ τῆς βασιλείας τῶν παιδῶν, μὴ οἰόμενος ἀθάνατον μνήμην ἀρετῆς πέρι ἑαυτῶν ἔσεσθαι.*
- (14) *Lykourgos. Rede gegen Leokrates 84-88; pp προηροῦντο τοὺς πολεμίους ἐξαπατῶντες ἀποθνήσκειν ὑπὲρ αὐτῆς καὶ τὴν ἰδίαν ψυχὴν ἀντὶ τῆς κοινῆς σωτηρίας ἀντικαταλλάττεσθαι <https://archive.org/details/lykurgosredegeg00jenigoog> (S. 44)*

Eingegangen: 11.11.2023

Angenommen: 24.01.2024

Korrespondenzadresse

Dr. med. Konstantinos Koutsonasios
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
ONLINE-Praxis für Psychotherapie und
psychiatrisches Coaching
Sulzhof 3
36124 Eichenzell
E-Mail: info@doktor-kk.de

Brückensicherung an Autobahnen und Schnellstraßen in Österreich

Eine Initiative der ASFINAG und des Instituts für Suizidprävention Graz

Ulrike Schrittwieser

Bridge safety on motorways and expressways in Austria

An initiative of ASFINAG and the Institute for Suicide Prevention Graz

Sturz in die Tiefe und Suizidmethoden in Österreich

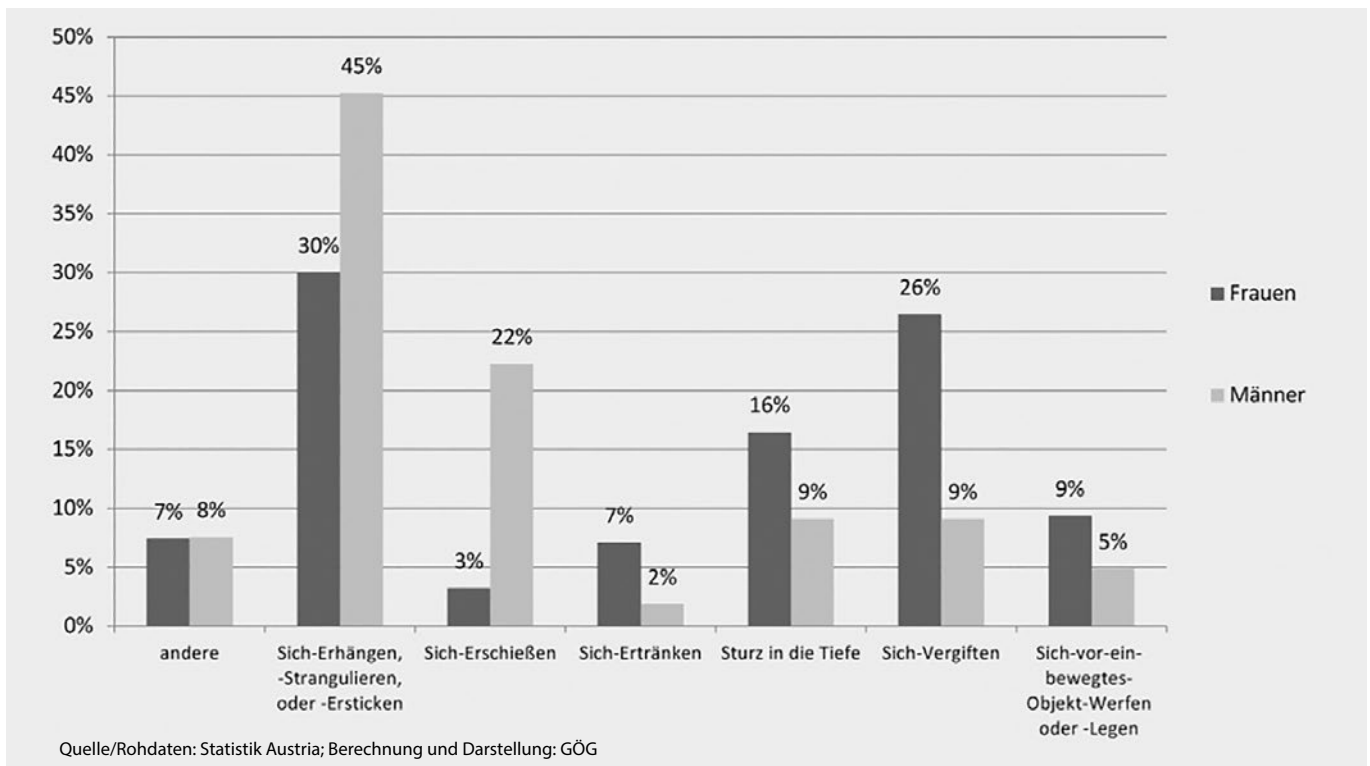
Die aktuellen Zahlen aus dem Jahr 2022 zeigen, dass „Sturz in die Tiefe“ in Österreich nicht die am häufigsten angewandte Suizidmethode ist, aber nach Sich-Erhängen (bzw. Sich-Strangulieren oder Sich-Ersticken, 42 %), Sich-Erschießen (18 %) und Sich-Vergiften (13 %) an vierter Stelle rangiert. Der Sprung von Brücken hat eine hohe Letalität und die emotionalen Traumata Dritter sind beträchtlich.

Sturz in die Tiefe nimmt in Österreich einen Anteil von 11% aller Suizidmethoden ein und entspricht damit auch dem weltweiten Schnitt. Ausnahmen hiervon stellen nur Städte mit sehr hohen Gebäuden dar, wie New York, Hong Kong oder Singapur. Viele Brückensuizide vollziehen sich in unmittelbarer Nähe zu psychiatrischen Kliniken oder zum Wohnort der Betroffenen. Aber auch die Besonderheit einzelner Brücken infolge ihrer Lage, Funktion (Bungee-Jumping) oder Architektur führt dazu, dass Menschen in suizidalen Krisen auch aus weiter entfernten Orten anreisen.

Schweizer Brückenstudien

Als besonders hilfreich bei der Vorbereitung zur Brückensicherung in Österreich erwiesen sich die Ergebnisse der von 1990 – 2010 durchgeführten Schweizer Brückenstudien von Prof. Dr. Thomas Reisch et al. im Auftrag der ASTRA (Schweizer Bundesamt für Straßen).

Angewandte Suizidmethoden 2022 in Österreich nach Geschlecht in Prozent



Ähnlich wie in Österreich ist Suizid durch Sturz in die Tiefe die vierthäufigste Suizidmethode in der Schweiz und macht 11% aller Suizide aus, wobei ein Drittel aller Sprungsuizide von Brücken erfolgt. An Hotspot-Brücken werden überzufällig häufig Suizide beobachtet, im Mittel mehr als fünf innerhalb von zehn Jahren.

Ziele der Brückenstudien waren die Erfassung der Brückensuizide in der Schweiz, ihr Bezug zur Medienberichterstattung, die Identifikation von Hotspots und bestehenden Sicherheitsmaßnahmen, die mögliche Verlagerung von Suizidhandlungen und vor allem datenbasierte Empfehlungen für suizidpräventive Maßnahmen.

Die Ergebnisse der Schweizer Brückenstudien:

Hohe Evidenz ergab sich für Brückensicherung über bauliche Maßnahmen wie Geländeerhöhung (mind. 2,30 Meter, sprossenfrei), Sicherung von Brückenköpfen und horizontale Netze (mind. 4 Meter unter Brückenniveau, ausragend). Sprünge über 15 Meter Tiefe sollen verhindert werden.

Schilder und Telefone wurden als empfehlenswerte Sofortmaßnahme für Hotspots eingeschätzt, die allein aber unzureichend sind. Schulungen bei Polizei oder Taxiunternehmen erhöhen die Achtsamkeit von Patrouillen.

Als Konsequenz definierte die ASTRA neue Baurichtlinien für Brücken. Die Folgestudie von 2017 belegt, dass Sprungsuizide in der Schweiz mittlerweile rückläufig sind, speziell bei kompletten baulichen Sicherungen. Und Sicherungen führen auch nicht automatisch zu einer Verlagerung von Suizidhandlungen.

Mythos Golden Gate Bridge

Die Golden Gate Bridge wurde zu einem Mythos, da seit ihrer Eröffnung 1937 geschätzt 2.000 Suizide an dieser Brücke vollzogen wurden. Der ungebrochene Brückensuizid-Tourismus führte zu verschiedenen Sicherungsversuchen, wobei Notruftelefone und Hinweistafeln allein nicht die erhoffte deutliche Verbesserung der Situation brachten. Über Patrouillen der „Bridgeward Angels“ auf der Brücke werden jährlich zumindest 50-80 Personen vom Sprung zurückgehalten, und nur wenige von ihnen sterben später durch Folgesuizide. Trotz hoher Kosten wurde letztlich 2017 die Entscheidung getroffen, Auffanggitter über die gesamte Länge zu installieren.

ASFINAG Arbeitsgruppe „Suizidprävention an Autobahnen und Schnellstraßen“

In Österreich ermöglichte ein klares Problembewusstsein auf Seiten der ASFINAG (Österreichische Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-AG) und langjährige Vorarbeit über engagierte Bürgermeister und Bezirkshauptleute sowie diverse Ebenen der Polizei Ende 2016 eine erste Arbeitsgruppe zum Thema „Suizidprävention an Autobahnen und Schnellstraßen“.

In einem ersten Arbeitsschritt wurden Hotspot-Brücken in der Steiermark anhand einer Liste der Polizei identifiziert und konkrete Maßnahmenvorschläge für einzelne Brückenobjekte definiert. 2017 wurde mit der Umsetzung baulicher Maßnahmen an steirischen Brücken begonnen. Die Ausweitung auf andere Bundesländer folgt langsam.

Als Sekundärmaßnahme wurde vom Institut für Suizidprävention Graz eine Hinweistafel gestaltet, um Menschen speziell in der Ambivalenzphase einer suizidalen Entwicklung für Hilfsmöglichkeiten zu sensibilisieren. Menschen, die bereits den Suizid von Brücken erwogen und letztlich doch die Entscheidung für das Leben vorgezogen hatten, wurden in die Entscheidungsfindung zur textlichen Gestaltung der Hinweistafel miteinbezogen.

In Kooperation mit der Telefonseelsorge Steiermark wurde deren österreichweit gültige Kurzzufnummer für das Schild verwendet, um das Hilfesuchverhalten zu fördern.



Zusätzlich wurde über die Arbeitsgruppe eine österreichweite Erfassung von Suizidhotspots im Bereich von Autobahnbrücken sowie Sicherung von Hotspotbrücken angeregt, wobei die Zuständigkeit auf zwei Ministerien aufgeteilt ist (BMI, BMVIT).

Die Ausweitung primärer und sekundärer Sicherungsmaßnahmen ist angestrebt und wird umgesetzt.

Vorgaben für die Ausführung baulicher Sicherungsmaßnahmen bei Brückenneubauten und -sanierungen (Übersteigenschutz) zeigen anhand einzelner Beispiele in Tirol und der Stei-

ermark ihre Wirksamkeit. Bei einer Hotspotbrücke in Kärnten wurden Beschilderungen angebracht und eine partielle bauliche Sicherung vorgenommen, was zu einem deutlichen Rückgang der Sprünge geführt hat. Schulungen zur Suizidprävention für das Personal der Autobahnmeistereien sind angeboten. Wünschenswert wäre die Ermöglichung einer Forschung nach Schweizer Modell.

Zusammenfassung

Klare Evidenz gibt es für die Sicherung des Zugangs zu Hotspot-Brücken, schwächere Evidenz für Strategien wie Überwachungen, Hinweistafeln und Hilfstelefone (Cox et al., 2013).

Hinweistafeln werden als „bester erster Schritt“ bezeichnet für Orte, die Sorge bereiten. Obwohl allein unzureichend, können sie die Aufmerksamkeit für Hilfsangebote steigern (Englische Guidelines).

Dauerhafte Aufmerksamkeit benötigt die Sensibilisierung der Medien zur Verhinderung von Nachahmungssuiziden im Sinne eines Werther Effektes.

Der erschwerte Zugang zu Suizidmitteln ist eine wichtige und effektive Maßnahme der Suizidprävention und eine von sechs gleichwertigen Säulen des nationalen österreichischen Suizidpräventionsplans SUPRA – Suizidprävention Austria. Erst die Kombination und Wechselwirkung mit anderen Maßnahmen gewährleistet den Aufbau einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Suizidprävention für Österreich und ermöglicht deren Nachhaltigkeit.

Literatur

Mend HK, Reisch T, Marten P, Brockmann E, Käufer M, Gravert C, Schmidtke A. (2015) Suizidprävention an einer Brücke: Beispiel Müngstener Brücke. *Suizidprophylaxe* 42(4):139-152

Merli R, Etzersdorfer E (2015) Brücken-Hotspots in der italienischen Provinz Biella, 1994 bis 2013. *Darstellung der Epidemiologie und der ersten Präventionsbemühungen. Suizidprophylaxe* 42(1)

Reisch T (2015) Ergebnisse der Schweizer Brückenstudien. *Suizidprophylaxe*, 42(1)

Reisch T, Michel K (2005) Securing a suicide hot spot: effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace. *Suicide Life Threat Behav* 35(4):460-467

Suizid und Suizidprävention in Österreich, Bericht 2023. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Stubenring 1, 1010 Wien. S. 14-15 https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:802889bf-4033-4280-ac4e-6ad2ef02eda5/Suizidbericht_2023.pdf

Korrespondenzadresse

Dr. Ulrike Schrittwieser
Institut für Suizidprävention Graz
E-Mail: office@ifsg.at
Internet: www.ifsg.at

Suizide in Deutschland erneut ansteigend

Franz-Josef Hücker

In 2022 beendeten deutschlandweit 10.119 Menschen ihr Leben mit einem Suizid, im Mittel rund 28 Menschen täglich (Tabelle). Dabei lag das Verhältnis von Männern und Frauen bei 3 zu 1. Zum Zeitpunkt des Suizids lag das durchschnittliche Alter der Männer bei 60,3 Jahren, bei Frauen bei 61,9 Jahren. Die häufigsten Suizid-Methoden waren „Erhängen, Strangulieren oder Erstickten“. Fast die Hälfte aller Männer, die einen Suizid beging, starb auf diese Art und Weise (49,9 %), bei den Frauen waren es 30,0 %, die diese Art der Selbsttötung wählten.

Die Suizidrate (Suizide je 100.000 Einwohner) ist in den Bundesländern uneinheitlich. Mit 8,0 die geringste in Nordrhein-Westfalen, mit 17,2 die höchste in Sachsen. Summiert entfallen von 2005 bis 2022 auf den Monat Mai die häufigsten Suizide. Die Gesamtzahl der Suizide übersteigt in diesem Zeitraum mit

174.962 Suiziden das Minimum der Einwohner einer Großstadt von 100.000. Von einer Stadt, in der kein menschliches Leben mehr existiert.

Im Vergleich zum Vorjahr (9.215 Suizide) zeigt sich auch in 2022 ein weiterer Anstieg der Suizide. Was dafür ursächlich ist, kann nur rein spekulativ beantwortet werden. Ungeachtet dessen weist die Entwicklung der Suizide im Vergleich zum Vorjahr einen deutlichen Anstieg von 9,8 % auf und über einen längeren Zeitraum betrachtet, etwa von 2005 (10.260 Suizide) bis 2022 (10.119 Suizide), eine zunehmende Suizidrate (Tabelle). Wie in den Vorjahren lag der Anteil der Suizide an allen Todesursachen konstant bei rund ein Prozent.

Bei einem Suizid wird in der Regel davon ausgegangen, dass etwa 6 bis 9 Angehörige unmittelbar betroffen sind. Darüber hinaus sind beim Schienensuizid (Tabelle) nicht nur die Not-

Schienensuizide bei Vollbahnen

	Suizide		Suizidversuche		Ø täglich	
	Absolut	Relativ*	Absolut	Relativ*	Suizide	Versuche
2007	720	0,686			2,0	
2008	714	0,684			2,0	
2009	875	0,872			2,4	
2010	899	0,871			2,5	
2011	853	0,802			2,3	
2012	872	0,840			2,4	
2013	834	0,806			2,3	
2014	781	0,749			2,1	
2015	806	0,774	101	0,097	2,2	0,3
2016	798	0,748	91	0,085	2,2	0,2
2017	771	0,719	97	0,090	2,1	0,3
2018	732	0,675	96	0,089	2,0	0,3
2019	646	0,594	103	0,095	1,8	0,3
2020	678	0,638	88	0,083	1,9	0,2
2021	678	0,613	89	0,080	1,9	0,2
2022	684	0,597	12	0,010	1,9	0,0
Summe	12.341		677			
Mittel	771	0,729	85	0,079	2,1	0,2

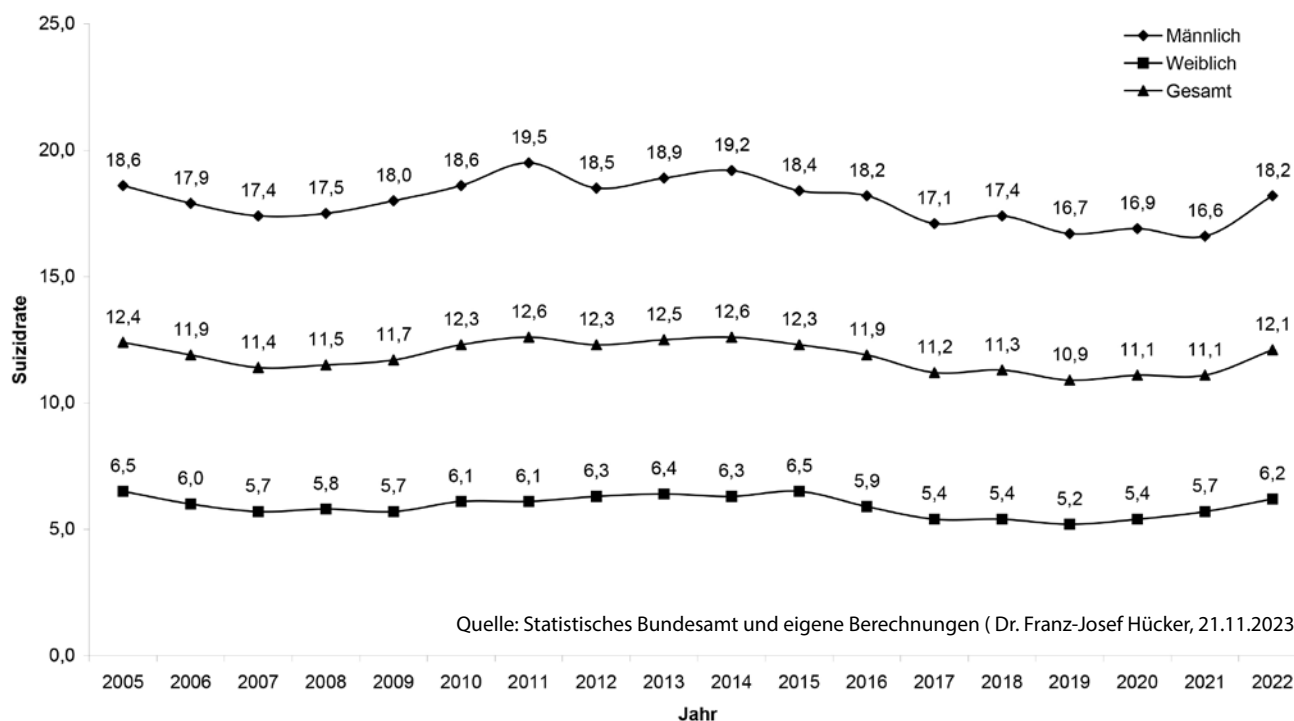
* Suizide je Million gefahrene Zugkilometer.
Quelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen (Dr. Franz-Josef Hücker, 21.11.2023)

Todesursache Suizid (ICD-10, Kapitel XX, Gruppe X60-X84: Vorsätzliche Selbstbeschädigung)

Jahr	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug
2005	891	780	857	964	940	909	890	836
2006	780	696	851	822	966	818	946	801
2007	800	686	823	823	849	822	864	746
2008	849	771	822	831	866	821	788	815
2009	766	737	824	861	853	773	828	808
2010	794	773	957	928	812	849	909	808
2011	814	719	855	903	914	838	884	941
2012	887	747	910	769	885	770	863	932
2013	822	748	830	969	891	899	896	843
2014	842	762	884	876	927	807	931	803
2015	824	785	933	880	870	862	905	854
2016	872	747	877	867	861	852	864	803
2017	793	752	850	758	860	812	775	789
2018	858	633	832	852	867	782	824	757
2019	776	704	765	786	767	768	808	778
2020	780	771	776	721	842	840	805	796
2021	716	657	753	755	778	787	775	795
2022	826	702	843	846	932	846	917	888
Gesamt	14.690	13.170	15.242	15.211	15.680	14.855	15.472	14.793
Anteil in %	8,4	7,5	8,7	8,7	9,0	8,5	8,8	8,5

Quelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen (Dr. Franz-Josef Hücker, 21.11.2023)

Suizide je 100.000 Einwohner in Deutschland



							Gender	
Sep	Okt	Nov	Dez	Gesamt	Ø täglich		Männlich	Weiblich
761	868	800	764	10.260	28,1		7.523	2.737
772	801	749	763	9.765	26,8		7.225	2.540
755	762	718	754	9.402	25,8		7.009	2.393
714	765	724	685	9.451	25,8		7.039	2.412
795	770	839	762	9.616	26,3		7.228	2.388
824	801	854	712	10.021	27,5		7.465	2.556
846	858	793	779	10.144	27,8		7.646	2.498
769	804	810	744	9.890	27,0		7.287	2.603
842	848	768	720	10.076	27,6		7.449	2.627
873	840	859	805	10.209	28,0		7.624	2.585
816	811	819	719	10.078	27,6		7.397	2.681
802	824	747	722	9.838	26,9		7.374	2.464
685	740	739	682	9.235	25,3		6.985	2.250
760	786	744	701	9.396	25,7		7.111	2.285
660	760	756	713	9.041	24,8		6.842	2.199
750	747	714	664	9.206	25,2		6.944	2.262
781	848	784	786	9.215	25,2		6.805	2.410
839	862	803	815	10.119	27,7		7.504	2.615
14.044	14.495	14.020	13.290	174.962	26,6		130.457	44.505
8,0	8,3	8,0	7,6				74,6	25,4

fallkräfte und Ermittlungsbeamten betroffen, sondern auch die Fahrgäste, die bis zum Abschluss der polizeilichen Ermittlungen über Stunden den Zug nicht verlassen dürfen, um den Tatort nicht zu verschmutzen. Vor allem betroffen ist aber der Zugführer, der sofort abgelöst wird und den Zug nicht weiterbewegen darf. Die Zugführer der Vollbahnen müssen damit rechnen, in ihrem Berufsleben durchschnittlich zweimal mit einem Schienensuizid konfrontiert zu werden, der oftmals erhebliche gesundheitliche Belastungen bei dem Zugpersonal verursacht und ursächlich für eine Berufsunfähigkeit sein kann.

Ebenso wie bei den unerwünschten Berichten über Suizide in den Medien (Werther-Effekt) findet sich auch im Abspann der Suizidstatistiken des Statistischen Bundesamtes als Beitrag zur Suizidprophylaxe der Hinweis: „Wenn es Ihnen nicht gut geht oder Sie daran denken, sich das Leben zu nehmen, versuchen Sie, mit anderen Menschen darüber zu sprechen. Das können Freunde oder Verwandte sein, es gibt aber auch Hilfsangebote. Die Telefonseelsorge ist anonym, kostenlos und rund um die Uhr unter 0800/111 0 111 und 0800/111 0 222 erreichbar. Es gibt auch die Möglichkeit einer E-Mail-Beratung oder eines Hilfe-Chats. Weitere Informationen finden Sie bei der Telefonseelsorge.“ In einigen Medien wird dieser Hinweis teilweise ergänzt mit dem schließenden Verweis auf die „Empfehlungen

zur Berichterstattung über Suizid“ der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

Die nachstehend einsehbaren statistischen Zahlenwerke können stets nur bedingt für die oftmals beklagte mangelhafte Forschung zur Suizidprävention verwendet werden, weil dort unter anderem nicht erkennbar ist, um welche Art von Suizid es sich genau handelt. Also etwa um Suizid, Erweiterten Suizid, Assistierte Suizid. – Konkretisiert am Erweiterten Suizid wäre dafür eine ICD-Klassifikation für den Erweiterten Suizid erforderlich, die allerdings seit Jahren von der WHO (World Health Organization) aus hier unbekanntem Gründen blockiert wird und die Forschung für die Suizidprävention auf ungewisse Zeit weiterhin erschwert.

Eingegangen: 24.11.2023
Angenommen: 10.01.2024

Korrespondenzadresse

Franz-Josef Hücker
Nollendorfstraße 10
10777 Berlin
E-Mail: info@huecker.com

DGS-Nachrichten

Ankündigung

DGS-Frühjahrstagung 2024

Termin: Online am 12. April 2024

Reden hilft – Zuhören auch

Die Behandlung und Begleitung suizidaler Menschen vor, während und nach einem Klinikaufenthalt

Angehörige von Menschen mit psychischen Problemen leben stets in großer Sorge, die bis hin zur Frage geht, ob sich die erkrankte Person etwas antut. Oftmals ist ein Aufenthalt in einer Klinik die einzige Möglichkeit. Doch plötzlich öffnet sich für den Patienten und dessen Familie eine unbekannte und vielfach auch undurchsichtige Welt des Klinikalltags. Das bekannte Prinzip des Trialogs meint den Austausch zwischen Patient:in, Angehörigen und medizinischem Fachpersonal. Doch reden wirklich alle miteinander? Mitunter haben Patienten das Gefühl, ihnen wird nicht zugehört, Angehörige wollen bei der Behandlung mehr einbezogen werden und das Fachpersonal steht unter permanentem Zeitdruck.

Die diesjährige Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), die im Online-Format über Zoom stattfindet, will sich diesen Themen widmen und hat das Ziel, Wege

aufzuzeigen, die Versorgung betroffener Menschen gemeinsam zu verbessern und zu stärken.

Wir möchten darüber sprechen, wie die Kommunikation zwischen allen Beteiligten, angefangen von der Aufnahme, über den Aufenthalt in der Klinik bis hin zum Entlassmanagement organisiert ist. „#redenhilft – #zuhörenauch“ ist daher der Titel, der Bezug auf eine gleichlautende Kampagne von AGUS in Kooperation mit der Facebook-Gemeinschaft AGUS Online nimmt, mit der auf Facebook und Instagram seit November 2023 öffentlich auf Optimierungsmöglichkeiten rund um Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken hingewiesen wird.

Angesprochen sind alle, die mit den Themen Suizidalität und Suizid im Zusammenhang mit Klinik konfrontiert sind: Patientinnen und Patienten, Angehörige, Hinterbliebene sowie klinisches Personal (u.a. Pflegende, Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte).

Die Teilnahme an der DGS-Frühjahrstagung ist kostenlos. Es ist auch keine Anmeldung erforderlich. Die Zugangsdaten finden sich einige Tage vorher auf den Startseiten der Homepages von DGS und AGUS.

Das detaillierte Programm wird gerade erarbeitet und findet sich zeitnah ebenfalls auf den Homepages von DGS und AGUS.

Für die Veranstaltung werden Fortbildungspunkte beantragt.

ÖGS-Nachrichten

Protokoll der ÖGS Hauptversammlung

Termin: 4.12.2023 in den Räumen
des GÖG Wien, 15 – 17:30

Anwesend

Christian Haring (online)
Thomas Kapitany

Martin Baumgartner
Martin Plöderl
Claudius Stein
Konstantin Papageorgiou
Sylvia Breitwieser
Helga Goll
Alexander Grabenhofer-Eggerth (SUPRA)
Benedikt Till
Bernhard Oberfichtner
Monika Czamlar (online)

Stimmübertragungen

Stimmübertragung von Ulrike Schrittwieser an Thomas Kapitany und von Georg Psota an Bernhard Oberfichtner

Entschuldigt

Ulrike Schrittwieser

Tagesordnung

- Begrüßung
- Genehmigung der Tagesordnung
- Bericht des Vorsitzenden
- Bericht des Kassiers
- Bericht der Rechnungsprüfer:innen
- Entlastung des Kassiers
- Entlastung des Vorstandes
- Wahl des Vorstandes
- Anpassung der Statuten
- Projekt Gatekeeper
- Homepage neu (Michael Gaisbacher, Ad-ventures)
- Sterbeverfügungsgesetz
- Erhöhung des Mitgliedsbeitrages
- Allfälliges

Begrüßung durch Christian Haring

Genehmigung der Tagesordnung – wird genehmigt

Homepage neu – Tagesordnungspunkt wird vorgezogen. Michael Gaisbacher Ad-venture berichtet über den Stand der neuen Homepage der ÖGS.

Folgende Anregungen wurden besprochen:

- Bei den Informationen das Gatekeeper Programm einfügen
- Partnerorganisationen, lokale Unterstützung anführen.
- Veranstaltungen müssen aktuell gehalten werden
- Informationen zum Thema Postvention.
- Zielgruppe eher allgemein gehalten, nicht ausschließlich „Wissenschaftler für Wissenschaftler“
- Nächste Schritte: Abstimmung für das weitere Vorgehen – siehe TO Homepage

Bericht des Vorsitzenden

Christian Haring bedankt sich für die mannigfaltige Unterstützung

→ Gatekeepertraining:

Das Projekt Gatekeepertraining der ÖGS ist aufgrund der Sonderrichtlinie des BMSGPK Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz im Rahmen des Sterbeverfügungsgesetzes für 2023 und 2024 mit je € 200.000.- finanziert. Weiters gefördert wurden in diesem Umfang das Kriseninterventionszentrum Wien und der Krisendienst Tirol. Die ÖGS ist im Rahmen des Gatekeepertrainingsprojektes für die Antragstellung, Umsetzung, Abwicklung, und Berichterstattung an die Geldgeber verantwortlich.

Dank an Dr. Thomas Kapitany, Dr. Ulrike Schrittwieser und Dr. Martin Plödelr, die als Regionalverantwortliche das Projekt der Trainerausbildung in den Regionen umsetzen.

→ Sterbeverfügungsgesetz:

Bedenken von Seiten der ÖGS bezüglich des seit 01.01. 2021 in Kraft getretene Sterbeverfügungsgesetz, auf den Begutachtungsweg wurden nicht berücksichtigt. Jetzt geht es darum, wie man mit der gegebenen Gesetzeslage konstruktiv umgeht. Alle Anregungen zum Thema sind im Kriseninterventionszentrum Wienzusammengeflossen und sind bei der Erstellung der Schlosshofener Thesen eingeflossen.

→ Suizidprävention Austria (SUPRA):

Die Zusammenarbeit der ÖGS mit Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) insbesondere mit Alexander Grabenhofer-Eggerth ist sehr gut und ein wesentlicher Fortschritt für die Entwicklungen der österreichische Suizidprävention. Die SUPRA Sitzung hat gezeigt wie viele Projekte derzeit in Österreich in Umsetzung sind und war sehr beeindruckend

Bericht des Kassiers – Thomas Kapitany

→ Kassaberichte 2021 und 2022 im Anhang verfügbar – vielen Dank dafür

Bericht der Rechnungsprüfer:innen – Helga Goll

→ Der Kassabericht wurde für in Ordnung befunden.

Helga Goll beantragt die Entlastung des Kassiers

→ Abstimmung: die Entlastung des Kassiers wurde einstimmig angenommen

Antrag auf Entlastung des Vorstandes

durch Martin Baumgartner

→ Abstimmung: die Entlastung des Vorstandes wurde einstimmig angenommen

Wahl des Vorstands

→ Folgender Wahlvorschlag ist vor der Hauptversammlung schriftlich an die Mitglieder ergangen:

• Vorsitzender:

Prof. Dr. Christian Haring
Tirol Kliniken GmbH

• Stv. Vorsitzender:

Prim. Dr. Thomas Kapitany
Kriseninterventionszentrum

• Kassier:

Dr. Konstantinos Papageorgiou
Kriseninterventionszentrum

• Stv. Kassier:

Prim. Dr. Martin Baumgartner
Psychosozialer Dienst Baden

• Schriftführer:in:

Monika Czamlar
pro mente OÖ

• **Stv. Schriftführer:**

Priv.-Doz. Dr. Martin Plöderl
Uniklinikum Salzburg
Christian-Doppler-Klinik

• **Beiräte mit Stimmrecht:**

Dr.in Ulrike Schrittwieser
Institut für Suizidprävention Graz
Dr. Claudius Stein
Psychotherapeut (KIP)

→ **Wahlvorschlag wird nach kurzer Diskussion zur Abstimmung gebracht:**

Der Vorstand wird in der vorgeschlagenen Zusammensetzung für die nächsten 4 Jahre einstimmig gewählt.

→ **Abstimmung über die Bestellung der Rechnungsprüfer:innen:**

Helga Goll und Dr. Alexander Grabenhofer-Eggerth erklären sich bereit, diese Aufgabe zu übernehmen und stellen sich der Wahl. Christian Haring stellt den Antrag, die Bestellung wird einstimmig angenommen.

Danke für die Übernahme dieser Aufgabe

Anpassung der Statuten

- Statutenanpassungen und Überarbeitung wird präsentiert.
- Die Statutenänderung wird von der Hauptversammlung einstimmig beschlossen.
- Angepasste und überarbeitete Statuten werden den Mitgliedern zugesendet.

Projekt Gatekeeper

- Das Projekt verläuft sehr erfolgreich. 2023 wurden drei neue Trainerlehrgänge mit je 16 Kandidat:innen aus allen Bundesländern in Wien, Graz und Salzburg begonnen.
- 2024 werden die Kandidat:innen die vorgesehenen Schulungen unter Supervision abhalten. Für das Jahr 2024 ist das Projekt weiter finanziert.
- Anregung: Schulpräventionsprojekt mit Lehrer:innen, die an der Gatekeepererschulung teilgenommen haben, sollte ausgearbeitet werden. Haring stellt den Antrag, das Gatekeepertrainingprojekt in der vorgeschlagenen Form weiter zu führen: Einstimmig angenommen

Homepage

- Präsentation der Homepage fand am Anfang der Sitzung statt.
- **Folgende Anregungen werden thematisiert:**
 - Gatekeeperprogramm prominent darstellen
 - Schrift größer
 - SUPRA Programm statt SUPRA Plan, SUPRA einplanen
 - Gesundheitsportal einfügen – aktuelle Links für Hilfsangebote verlinken
 - Vorschlag Button „Stellungnahme“ ev. unter Informationen

→ Teilnehmer:innen Arbeitsgruppe Hompage:

- Christian Haring
- Martin Plöderl
- Alexander Grabenhofer-Eggerth
- Konstantinos Papageorgiou
- Thomas Kapitany
- Benedikt Till

Sterbeverfügungsgesetz

→ Im August wurden bei der Tagung des D-A-CH-Forums Suizidprävention und assistierten Suizid in Vorarlberg die Schloss Hofener Thesen formuliert, die wesentliche Positionen der Suizidprävention im deutschsprachigen Raum enthalten.

→ Eine Tagung zum Thema, veranstaltet vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin, fand vor kurzem in Wien statt. Es gab viele Impulsreferate und Diskussionen von/unter allen involvierten Gruppen wie z.B. auch Jurist:innen und Apotheker:innen. Sehr viele Fragen wurden gestellt. Es war befremdend, dass die Psychiatrie und die Suizidprävention thematisch eher an den Rand gedrängt wurden.

→ **Prämissen vom Gesetzgeber:**

- Ass. Suizid sollte im privaten Raum stattfinden
- Politik will auch keine bessere Begleitung
- Novellierung wäre anzustreben

Erhöhung des Mitgliedsbeitrages

Christian Haring stellt den Antrag, denn Mitgliedsbeitrag von € 55,00 auf € 70,00 zu erhöhen
Antrag wurde einstimmig angenommen

Allfälliges

Christian Haring stellt den Antrag, dass Martin Baumgartner die ÖGS in der AG Postvention nach außen und nach innen vertritt.
Antrag wurde einstimmig angenommen

Prof. Dr. Christian Haring
Vorsitzender

Monika Czamler
Schriftführerin

Buchbesprechungen

Martin Schäuble

Alle Farben Grau

Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2023

Der Autor Martin Schäuble, der vor allem als Jugendbuchautor in Erscheinung getreten ist, beschreibt in dem vorliegenden Buch auf ca. 260 Seiten die psychiatrische Störung und den Suizid des 16-jährigen Paul aus der Sicht des Protagonisten, seiner Familie und einiger Weggefährten, sodass ein vielschichtiges und mehrdimensionales Bild des Jugendlichen entsteht.

Im Zentrum des Buches steht die Beschreibung der Kombination aus Asperger-Autismus und Suizidalität, die sich auf unheilvolle Weise gegenseitig verstärken. Beide Störungsbilder werden einfühlsam geschildert und sind auch ohne Fachkenntnisse verstehbar.

Wissen über psychische Störungen zu vermitteln und Verständnis dafür zu entwickeln, ist sicher eines der Hauptanliegen des Buches. Der Autor vermeidet es, ein Fachbuch über Psychiatrie oder Suizid zu verfassen und stellt das Erleben der einzelnen Personen in den Mittelpunkt. Aufgrund der eher nüchternen Schreibweise wirkt es wie eine ausführliche Krankengeschichte und weniger wie ein Roman.

Entscheidend für den Verlauf und den ungünstigen Ausgang ist – auch aus Sicht der Familie – die späte Diagnose des Autismus, sodass lange Jahre keine Unterstützung des Jugendlichen und seiner Familie bestanden hat. Am Ende stehen Verlust und Trauer der Angehörigen und Mitschüler sowie die wenig tröstliche Erkenntnis, dass alle Versuche, die Entwicklung Pauls zu beeinflussen, nicht erfolgreich genug waren.

Das Buch ist ein Plädoyer für die Früherkennung von psychischen Störungen und insofern gut gestaltet, als es mehrere Kontaktadressen für potenziell suizidgefährdete Leserinnen und Leser anbietet. Auch die Art der Schilderung lässt wenig Sorge entstehen, dass durch die Lektüre Suizidalität ausgelöst werden könnte.

Der geschilderte Fall ist vor allem nicht repräsentativ für Suizidalität im Jugendalter, denn es geht hier um einen Einzelfall mit einem besonders schwierigen und ungünstigen Verlauf. Zum einen stellt die Kombination von Autismus und Suizidalität eine seltene Besonderheit dar, zum anderen ist die Prognose von Suizidalität im Kindes- und Jugendalter nicht grundsätzlich ungünstig. Die Zahlen des statistischen Bundes-

amtes belegen über viele Jahre und Jahrzehnte, dass Suizide im Kindes- und Jugendalter wesentlich seltener sind als im Erwachsenenalter. Auch aus meiner eigenen über 40-jährigen Erfahrung im klinischen Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eher der Eindruck entstanden, dass die Mehrzahl der suizidalen Jugendlichen durch ambulante und stationäre Interventionen eine Besserung erfährt.

Das Buch ist für psychisch stabile Jugendliche und Erwachsene geeignet, einem akut suizidalen Jugendlichen würde ich es allerdings nicht in die Hand geben.

Hellmuth Braun-Scharm

Konrad Michel

The Suicidal Person: A New Look at a Human Phenomenon

Columbia University Press, Englisch, 354 Seiten

In dem auf Englisch vorliegenden Buch von Konrad Michel geht es auf vielen Ebenen um suizidale Menschen. Wer Konrad Michel persönlich kennt, weiß, dass er eine beeindruckende klinische Erfahrung mit einem starken wissenschaftlichen Engagement verbindet.

Diese beiden Felder ziehen sich wie ein roter Faden durch das Buch. Immer wieder wird anhand von konkreten Fallvignetten und persönlichen Erfahrungen einerseits und einer Synopsis der relevanten Literatur zum Thema Suizidprävention eine Brücke zwischen diesen beiden Gebieten geschlagen.

Konrad Michel ist emeritierter Professor der Universität Bern und hat seinen beruflichen Weg in den 1970ern auch im Kanton Bern begonnen. Danach folgten Wanderjahre nach England, wo er seine Ausbildung fortsetzte und Mitglied im Royal College of Psychiatrists wurde. Nach seiner Rückkehr in die Schweiz war er Leiter der Psychiatrie Interlaken und später Sprechstundenleiter an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern.

Wer ihn in seinen klinischen Tätigkeiten kennenlernen durfte, war von seinem besonderen Talent und Können im Aufbauen einer therapeutischen Beziehung und vom wachen Interesse, das Konrad Michel am Gegenüber zeigt, beeindruckt.

So ist auch das Buch sehr persönlich und spricht die Leser:innen immer wieder direkt an. Man erfährt viel aus der klinischen Erfahrung im Umgang mit suizidalen Menschen, aber auch von seiner persönlichen Lebensgeschichte, die geprägt ist durch den Suizid seines Sohnes.

Diese Erfahrungen werden nicht durch die wissenschaftliche Sichtweise überdeckt, sondern es gelingt im Buch eine Amalgamierung zwischen der persönlichen Geschichte, der Biografie der Patient:innen und der wissenschaftlichen Evidenz.

In den Kapiteln nimmt Konrad Michel die Leser:innen mit auf eine Reise durch die letzten Jahrzehnte der Suizidforschung. Die medizinisch geprägten Modelle mit einem Fokus auf der Depression werden anhand eigener Arbeiten erläutert. Das äußerst lesenswerte Kapitel, über verschiedene Theorien, um Suizidalität zu erklären, fasst die wichtigen Strömungen der letzten Jahrzehnte zusammen und gibt einen Ausblick auf mögliche zukünftige Themen.

Als zentralen Punkt streicht Konrad Michel dabei die handlungstheoretischen Modelle für die Entstehung von Suizidalität heraus.

In einem weiteren Kapitel erläutert Konrad Michel die internationalen Anstrengungen der Aeschigruppe und deren Treffen und Entwicklungen. Immer wieder wird dabei mit plastischen

Fallvignetten verdeutlicht, welche Relevanz diese Themen für das klinische Arbeiten haben.

Dem Autor ist es ein Anliegen, aktuelle klinische Aspekte zu benennen. So gibt es ein extra Kapitel, das sich mit der Situation von jungen Menschen auseinandersetzt und die Besonderheiten der Suizidprävention in dieser Altersgruppe betrachtet. An anderer Stelle wird kritisch diskutiert, ob es möglich ist, Suizide im klinischen Setting vorherzusagen und was passende Konzepte zum Umgang mit suizidalen Menschen sind. Abschließend behandelt Konrad Michel konkrete Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung suizidaler Menschen. Er entwirft in neun Schlüsselbotschaften einen klaren Fahrplan für eine evidenzbasierte klinische Praxis.

Mit diesem Buch ist Konrad Michel ein außergewöhnliches Werk gelungen. Es nimmt die Leser:innen mit auf eine Reise von der persönlichen Erfahrung und der persönlichen Betroffenheit hin zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung und zur klinischen Umsetzung von Suizidprävention. Im Kern geht es ihm dabei immer um die Begegnung mit dem suizidalen Menschen und das Verstehen der suizidalen Handlung vor dem Hintergrund der individuellen Biografie der Patient:innen. Dieses Buch liest sich teilweise wie eine Geschichte der Suizidforschung und gibt doch wertvolle Impulse für die Zukunft.

Stephan Kupferschmid, Thun im Februar 2024

Tagungskalender

Frühjahrstagung 2024 der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

Reden hilft – Zuhören auch. Die Behandlung und Begleitung suizidaler Menschen vor, während und nach einem Klinikaufenthalt

12.04.2024 Online

Info: <https://www.suizidprophylaxe.de/>

European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour (ESSSB)

**27.-31. August 2024
Rom, Italien**

Info: <https://www.esssb18.eu/>

Jahreskongress der SGKJPP 2024

Hauptthema „Prävention ist Heilung“

30. August 2024

CHUV, Lausanne, Schweiz

Info: <https://organizers-congress.org/frontend/index.php?sub=242>

Jahreskongress SGPP 2024

**12.-13. -September 2024
Bern, Schweiz**

Info: <https://www.psy-congress.ch/frontend/index.php>

DGKJP-Kongress

18.-21. September 2024

Krise? - Wandel!

Rostock, Deutschland

Info: <https://www.dgkjp-kongress.de/kongress/grusswort.html>

52. DGS-Herbsttagung

Suizidalität in therapeutischen Beziehungen und Einrichtungen

10.-12. Oktober 2024

kbo-Klinikum HAAR

München, Deutschland

Info: <https://www.suizidprophylaxe.de>



Herbert Csef

Gemeinsam sterben

Die berühmtesten Doppelsuizide

- Wandlungen des Doppelsuizids in zwei Jahrhunderten
- Psychodynamik und Psychopathologie des Doppelsuizids
- Das Suizidpaar und der Suizidpakt
- Die oft schwierige Aufklärung und der Beitrag der psychologischen Autopsie
- 1.8 Sexuelle Orientierung und Doppelsuizid – höhere Suizidraten in der LGBTI-Community
- Misslungene Doppelsuizide und die juristischen Konsequenzen
- Verdopplung des Durchschnittsalters beim Doppelsuizid in wenigen Jahrzehnten
- Der historische Auftakt im Jahr 1811 – Heinrich von Kleist und Henriette Vogel
- Der Doppelsuizid des Kronprinzen Rudolf und seiner Geliebten Mary Vetsera

2023, ISBN 978-3-89783-989-2, , € 29,80

Herbert Csef

Suizid im 21. Jahrhundert

Neue Phänomene einer existentiellen Herausforderung

- Suizid als letzter Ausweg vor dem Krebs. Die Botschaft des Schriftstellers Wolfgang Herrndorf
- „Tod erster Klasse in der Schweiz“ – der assistierte Suizid von Fritz J. Raddatz
- Thomas Mann und die Suizide seiner beiden Söhne Klaus und Michael
- „Anatomie eines Suizids“ und die transgenerationale Trauma-Transmission
- „Versunken im bittereren Brunnen des Herzens“. Der Suizid des Lyrikers Paul Celan vor 50 Jahren
- „Requiem auf ein zerrissenes Leben“. Der Suizid der Philosophin Sarah Kofman
- „Existenz auf Kündigung.“ Zur Sterbehilfe beim Krebskranken Sigmund Freud
- Der Suizid des Arztes und Psychoanalytikers Viktor Tausk. Ein Präzedenzfall in der Geschichte der Psychoanalyse
- Erhöhte Suizidalität an Geburts- und Jahrestagen – Risiken der Anniversary reactions und Präventionsmöglichkeiten



- Gottfried Benn und das Suizidproblem
- Der Schüler-Suizid in der Kindertragödie „Frühlings Erwachen“ von Frank Wedekind
- „Man wurde mit einem Selbstmörder nicht fertig, niemals. Lukas Bärfuss' Auseinandersetzung mit dem Suizid seines Bruders
- Der Doppelsuizid von Heinrich von Kleist und Henriette Vogel
- „Vor der Morgenröte“ – Sternstunden der Verzweiflung. Der Doppelsuizid von Stefan und Charlotte Zweig

2022, ISBN 978-3-89783-981-6, € 29,80

Der Suizid von König Ägeus gab dem Ägäischen Meer seinen Namen

Panaiotis Kruklidis (geb. 1979): Aegean King and return of Theseus (König Aegeus und die Rückkehr von Theseus). Computergrafik, 2012 eingestellt in DeviantArt.

Mythos ist eine Erzählung von hoher symbolischer, sinnstiftender Bedeutung, die tiefe historische Identität vermittelt und damit eine komplexe, kulturgeschichtlich ältere Form von Ur-Wahrheit darstellt. Sie ist meist in einen religiösen Kontext eingebettet und hat oft Auswirkungen bis in heutige Zeit. Die mythologische Geschichte von Ägeus ist verortet im antiken Griechenland.

König Aegeus (altgriechisch Αἰγέυς - Aigeús) war der König der mittelgriechischen Halbinsel Attika mit Athen als Hauptort und der Vater des großen Helden Theseus. Im Bangen um seine Macht hatte Aegeus den Sohn des kretischen Königs Minos töten lassen, was diesen zu einem siegreichen Rachefeldzug gegen Athen veranlasste. Als Trophäe forderte er von den Athenern den grausamen Tribut, alle neun Jahre sieben Jünglinge und sieben Jungfrauen nach Kreta zu senden, wo sie in das Labyrinth des Minotauros geschickt und so diesem geopfert wurden. Der Minotauros war ein furchteinflößendes Mischwesen von Mensch und Stier (Tauros), der aus der Paarung von Minos' Frau und Poseidons Stier entsprungen war. Theseus wollte der Schande Athens ein Ende bereiten, ließ sich auf der dritten Tributfahrt mit nach Kreta bringen und tötete den Minotauros. Aus dem Labyrinth konnte er nur herausfinden, weil die in ihn verliebte Ariadne, die Tochter von Minos, ihm einen Wollfadenknäuel - den Ariadnefaden - auf den Weg mitgab, mit dessen Hilfe er zum Ausgang zurück finden konnte. Seinem Vater hatte Theseus versprochen, bei einem Sieg über den Minotauros auf der Rückfahrt nach Attika statt des schwarzen Schiffssegels ein weißes zu setzen, was er jedoch im Siegestaumel vergaß. Aegeus musste so annehmen, dass sein Sohn tot war und stürzte sich - eine frühere Weissagung des Orakels - in Verzweiflung von einer Klippe ins Meer. Es erhielt nach ihm den Namen Ägäisches Meer oder Ägäis, das nordöstliche Teilmeer des Mittelmeers zwischen Griechenland und der Türkei. (Ägäisch steht u. a. auch für bestimmte Sprachen, Kulturen und Inseln Griechenlands.)

Panaiotis Kruklidis, 1979 in Italien geboren, ist ein forschender Architekt, der sich auf Illustrationen und Computergrafiken im Bereich Kulturerbe für UNESCO-Stätten in großen archäologischen Projekten spezialisiert hat, so in Italien, Sardinien, Türkei, Saudi-Arabien, Aserbaidschan u. a. Als Künstler nennt er sich mit Vornamen und zeichnet mit PAN, er ist extrem kreativ, stilistisch eklektizistisch, teilweise dramatisch-komikhaft. Er schuf tausende Werke, die er regelhaft im Internet in DeviantArt einstellt. DeviantArt ist die weltweit größte soziale Online-Community für Künstler und Kunstbegeisterte, die es ihnen ermöglicht, sich durch die Schaffung und den Austausch von Kunst zu vernetzen. Es beteiligen sich mehr als 75 Mio. Mitglieder mit ca. 550 Mio. Kunstwerken. Ins Internet eingestellte Kunstwerke werden Deviations, die Mitglieder Deviants genannt. An deren künstlerischem Wert ist allerdings teilweise zu zweifeln.

Bildbeschreibung: König Aegeus steht beobachtend auf einer steilen, 60 m hohen Felsklippe am Kap Sounion, berühmt durch die gewaltige Ruine des antiken Marmortempels des Meeresherrn Poseidon aus dem 5. Jhd. v. Chr. auf der südlichsten Spitze Attikas, 70 km von Athen entfernt. Im Anblick des bei Sonnenuntergang nahenden schwarz besegelten Ruderschiffes seines Sohnes verkünden dunkle drohende Wolken und der im ablandigen Wind sich meerwärts bauschende blaue Mantel die wachsende Verzweiflung des weißhaarigen Alten mit Königskrone. Er wird den herabgestürzten, ins Meer klatschenden Felsbrocken im nächsten Moment folgen, ein von PAN großartig ins Bild gebannter Moment. König Aegeus kann damit der Tragik einer bösen Schicksalsprophezeiung des Orakels von Delphi nicht entkommen.

Werner Felber

Literatur

Petiscus A H (1867). *Der Olymp oder Mythologie der Griechen und Römer*. 15. Aufl. Leipzig, Amelang Verlag.

Wörner E (1886). *Aigeus*. In: W H Roscher (Hrsg): *Ausführliches Lexikon der griechischen und römischen Mythologie*.

Bd. I, Abt. 1. Leipzig, Teubner Verlag.

Der Suizid in der bildenden Kunst



**Panaiotis Kruklidis, PAN (geb. 1979): Aegean King and return of Theseus (König Aegeus und die Rückkehr von Theseus).
Computergraphik, 2012, DeviantArt.**

