

Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1986)

Artikel: Selbstmordverhütung : Theorie und Praxis

Autor: Pohlmeier, Hermann

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051045>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 14.01.2026

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

Selbstmordverhütung – Theorie und Praxis

Hermann Pohlmeier

Einleitung

An der Grenze zwischen Medizin und Recht ist es für beide Bereiche besonders wichtig zu wissen, was in der Selbstmordverhütung geschieht und welche Möglichkeiten sie hat. Die beste Vermittlung dieses Wissens ist die Information über theoretische Vorstellungen über das Zustandekommen von Selbstmordhandlungen. Dann ist zweckmäßigerweise darzustellen, welche Praxis sich aus den Theorien ableitet und wie sie durchgeführt wird. Schließlich kann auf diesem Hintergrund der Darstellung von Theorie und Praxis ein sowohl juristisch wie medizinisch bedeutsames Problem weiterdiskutiert werden, nämlich das des Verhältnisses von Beihilfe zum Selbstmord, Tötung auf Verlangen und aktiver Euthanasie, so wie das des Verhältnisses von Selbstmordverhütung und dem Wunsch nach humanem Sterben.

Theorie

Zur Erklärung von Selbstmordhandlungen, also von Selbstmord und Selbstmordversuch, sind eine Reihe von Theorien entwickelt worden. Die wesentlichsten fünf sollen hier erörtert werden. Es sind dies die medizinische Theorie, die Aggressionstheorie, die Narzißmustheorie, die soziologische Theorie und die Lerntheorie.

Die medizinische Theorie knüpft an Untersuchungen des Psychiaters Ringel an. Dort wird die Selbstmordhandlung betrachtet als Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung (Ringel, 1953, 1984, 3. Nachdruck). Eine andere Formulierung bezeichnet die Selbstmordhandlung als Krankheit oder Symptom einer Krankheit. Gedacht ist dabei an Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Sucht u.a. Aber auch manche internistischen Erkrankungen und durch Medikamente hervorgerufenen Zustände können Selbstmordhandlungen begünstigen. Manche Patienten mit Bauchspeicheldrüsenerkrankungen oder Lebererkrankungen leiden unter Depressionen mit Selbstmordgefahr, wahrscheinlich nicht als Reaktion auf den Krankheitszustand, sondern aus noch ungeklärten pathophysiologischen Gründen. Ein hoher Prozentsatz von Parkinson-

Patienten hat Depressionen mit Suizidgefahr. Auch dies ist keine Reaktion auf die Krankheit, sondern vermutlich eine Folge des Dopaminmangels im zentralen Nervensystem und der Degeneration der substantia nigra, welche die Parkinsonsche Krankheit verursachen. Der Mangel des biogenen Amins Dopamin begünstigt Depressionen wie auch der Mangel von Norepinephrin und Serotonin. Medikamentenabhängige Depressionen sind bekannt aus der Zeit der Anwendung von Rauwolfia Alkaloiden zur Behandlung des Bluthochdruckes. Über 10 % der mit Reserpin behandelten Patienten bekamen Depressionen und begingen Selbstmord (Birkmayer, 1978). Manche Patienten reagieren auf die Anwendung von Cortison mit schweren Depressionen und entsprechender suizidaler Gefährdung. Aus dem Bereich der psychiatrischen Erkrankungen sind bestimmte Formen der Depression, die Suchtkrankheit, die Epilepsie mit hoher Suizidgefahr verbunden. Trotz des Nachweises von Suizidgefahr in bestimmten Krankheitszusammenhängen kann die medizinische Theorie nicht alle Selbstmordhandlungen erklären. Ihre oft nicht so ganz ausdrücklich ausgesprochene Behauptung, daß Selbstmordhandlungen außerhalb krankhafter Zusammenhänge nicht vorkommen, ist falsch. Ebenso ist die mehr als Vermutung geäußerte Behauptung falsch, daß Selbstmordhandlungen aus freiem Entschluß im Vollbesitz der geistigen Kräfte letztlich nicht möglich sind. Es wird davon ausgegangen, daß diese immer unter Zwang durchgeführt werden. Der Totalitätsanspruch der medizinischen Theorie hat verschiedene Gründe. Ein entscheidender Grund ist, daß hier von einem sehr weiten Krankheitsbegriff ausgegangen wird, wie ihn die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert hat. Diese Definition, wonach Gesundheit vollkommenes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden ist und Krankheit demnach die Abwesenheit der so definierten Gesundheit, ist heute überholt (Herwig, 1982; Pohlmeier, 1977/78). Es besteht gegenwärtig eine starke Tendenz, den Krankheitsbegriff wieder enger zu fassen, weil anderenfalls die Funktion des Begriffes, deutlich und klar zu unterscheiden, nicht gewährleistet ist. Darüber hinaus ist inzwischen gesichert, daß Selbstmordhandlungen nicht nur im Zustand der Depression begangen werden. Es wird angegeben, daß nur 60 bis 70 % der Selbstmordhandlungen im Zustand der Depression stattfinden. Die Frage nach den restlichen 30 oder 40 % ist noch nicht restlos beantwortet. Sicher kann aber davon ausgegangen werden, daß dieser Rest nicht in anderen Krankheiten aufgeht. Die medizinische Theorie ist aufgrund jahrzehntelanger empirischer Forschung und einer Änderung der Definition von Krankheit historisch relativiert. Sie deckt einen Teil der Fälle erklärend ab, aber nicht alle. Gerade von juristischer Seite wird immer wieder darauf hingewiesen, daß die Gesetzgebung und Rechtsprechung darauf angewiesen ist, Selbstmordhandlungen aus freiem Entschluß voraussetzen zu können. Nur dann ist nämlich auf Dauer zu recht-

fertigen, Selbstmordhandlungen nicht unter Strafe zu stellen und vor allem auch Beihilfe zu Selbstmordhandlungen straflos zu lassen. Weiter ist unter der Voraussetzung der Möglichkeit eines wirklichen Freitodes von juristischer Seite nicht unter allen Umständen die Umgebung zur Selbstmordverhütung zu verpflichten und sie anderenfalls wegen unterlassener Hilfeleistung zur Verantwortung zu ziehen (Wagner, 1975, S. 108 ff. und 119 ff; Roxin, 1978 in Pohlmeier, 1978, S. 96 ff). Auch die Rechtsprechung geht von der Möglichkeit der eigenen Verantwortlichkeit für eine Selbstmordhandlung aus. Gerade erst wieder hat der Familiensenat des Bundesgerichtshofes in der BRD ein Urteil des Oberlandesgerichtes Düsseldorf bestätigt, wonach eine Ehe zu scheiden war, auch auf die Gefahr eines erneuten Selbstmordversuches der verlassenen Ehefrau. Beide Gerichte gingen davon aus, daß die scheidungswillige Frau nicht in einer psychischen Ausnahmesituation war und ihr Verhalten in ausreichendem Maße verantwortlich steuern konnte (Süddeutsche Zeitung, Nr. 256, 06.11.1981, S. 14).

Die *Aggressionstheorie* geht auf die klassischen Psychoanalytiker am Anfang dieses Jahrhunderts zurück, nämlich *Freud* und *Abraham*. Sie interpretieren die Selbstmordhandlung als Wendung der Aggression gegen die eigene Person. Die Theorie knüpft an die psychoanalytische Erfahrung an, daß den Selbstmordhandlungen eine gestörte Aggressionsverarbeitung zugrundeliegt. Vor allem bei Menschen im Zustand der Depression handelt es sich darum, daß diese sich mit enttäuschenden Liebespartnern früh oder spät in ihrem Leben nicht auseinandersetzen können. Vielmehr verlegen sie den Schauplatz der Auseinandersetzung nach innen. Der Ambivalenzkonflikt zwischen Liebe und Haß gegenüber nahen Bezugspersonen wird für den Haß entschieden. Dieser richtet sich gegen den anderen und wendet sich dann nach Introjektion (Einverleibung) per Identifikation (als wäre man der andere selbst) gegen sich selbst. Der Selbstmörder tötet in sich bzw. mit sich den anderen (Freud, 1917; Abraham, 1912). Gleichzeitig befriedigt der Selbstmörder sein Strafbedürfnis, da er sich wegen des Hasses und wegen der Aggression so schuldig fühlt, daß er seinen eigenen Tod als den Sieg der Gerechtigkeit erlebt. Schillers frühes Traktat über den »Verbrecher aus verlorener Ehre« hat für die Psychoanalyse eine wichtige Arbeit über den Verbrecher aus Schuldbewußtsein angeregt (Freud, 1915). Neuere Arbeiten über die Kriminologie depressiver Verstimmungen bestätigen für die Entwicklung der Aggressionstheorie diesen Erklärungsversuch (Mende, 1967). In einem Teil der Fälle ist tatsächlich der Vorgang der Wendung der Aggression gegen die eigene Person zu beobachten. Das Wechselspiel der Aggressionsrichtung wird darüber hinaus beim erweiterten Suizid oder beim *Doppelselbstmord* besonders deutlich, wodurch die Aggressionstheorie auch von dieser Seite gestützt wird (Lange, 1964; Witter u. Luthe, 1966; Ghysbrecht, 1967). Auch

diese Theorie deckt natürlich nicht alle Selbstmordhandlungen ab.

Die Narzißmus-Theorie ist ebenfalls ein Produkt der Psychoanalyse. Sie geht auf eine frühe Arbeit von Freud zurück und auf eine lebhafte Diskussion innerhalb der Psychoanalyse später (Freud, 1914; Kohut, 1971; Henseler, 1974/81). Besonders in den letzten 10 Jahren wurde das Interesse an Freuds frühen Konzepten besonders lebhaft, das die Erfahrungen der Moderne mit ihnen zu vergleichen suchte. Vor allem Henseler hat die Selbstmordhandlung als narzißtische Krise interpretiert (Henseler, 1974). Gemeint ist damit, daß ein sogenanntes narzißtisches Gleichgewicht zwischen Idealvorstellung und realer Erfahrung gestört werden kann. Es handelt sich vor allem um die Bedrohung des Gleichgewichts zwischen der Vorstellung einer idealen oder gewünschten Welt zur Erfahrung der realen oder unerträglichen Welt. Die Bedrohung des Gleichgewichts zwischen der idealen Vorstellung von oder dem idealen Wunsch nach sich selbst und der realen Erfahrung mit sich selbst bzw. mit der realen Enttäuschung an sich selbst kann lebensgefährlich werden. Solche Gleichgewichtsstörungen treten bei konflikthaften Partnerbeziehungen auf oder bei konflikthaften Erlebnissen im Beruf. Natürlich sind sie auch in anderen sozialen Bereichen denkbar. Das Selbstwertgefühl des einzelnen kann durch Zurücksetzung in der Liebe oder Zurücksetzung im Beruf empfindlich gekränkt werden, so daß in einer daraus folgenden Gleichgewichtsstörung kein anderer Ausweg als der Selbstmord bleibt. Dies betrifft vor allem Menschen mit labilem Selbstwertgefühl, die auf diese Weise in akute, sehr gefährliche Krisen geraten könne. So deckt die Narzißmus-Theorie für diesen Kreis von Personen die Selbstmordhandlung ab. Sie stellt für einen Teil der Fälle eine taugliche Erklärung dar, natürlich ist auch hier an andere Zusammenhänge zu denken und es handelt sich nicht um eine totale Theorie.

Die Soziologische Theorie versucht Selbstmordraten als Raten gesellschaftlicher Pathologie zu erklären (Kehrer, 1976). Selbstmordraten werden zu Symptomen oder Indikatoren für den Zustand einer Gesellschaft. Die soziologische Theorie knüpft damit an eine noch heute maßgebliche Monographie über den Selbstmord an, der von dem französischen Soziologen Durkheim 1897 vorgelegt wurde (Durkheim, 1897). Dort werden verschiedene Erscheinungsformen des Selbstmords unterschieden. Das wesentliche Ergebnis von Durkheims Überlegungen ist, daß die Selbstmordhandlung des einzelnen von dem Ausmaß seiner sozialen Integration abhängt. Dabei wird vermutet, daß eine zu starke Bindung in einer Gruppe selbstmordgefährdet ist, weil der Normendruck zu stark und die freie Entfaltungsmöglichkeit zu gering ist. Weiter wird vermutet, daß eine zu weitgehende Isolierung aus der Gruppe selbstmordgefährdet ist, weil ohne Orientierung und Unterstützung von anderen der einzelne nicht leben kann. Anhaltspunkt für diese Vermutung waren Krisenzeiten in

Gesellschaften, nach denen bis dahin gültige Normen ihren Geltungsreich einbüßten. Der dadurch eintretende Zerfall von Gruppen führte beim einzelnen zu Orientierungslosigkeit und Isolierung. Nirgendwo mehr Halt findend, waren die einzelnen stark selbstmordgefährdet. In jüngerer Zeit war dieser Vorgang nach der Weltwirtschaftskrise 1929 zu beobachten, nach der die Selbstmordrate in den beteiligten Ländern erheblich stieg. Auch nach dem Zusammenbruch von Ordnungen, Werten und Normen nach den beiden Weltkriegen konnten Selbstmordhandlungen so erklärt werden. Im Rahmen dieses soziologischen *Anomiekonzepts* wird von anomischem Selbstmord gesprochen, um damit zu beschreiben, daß auf Grund der wie auch immer entstandenen Gesetzlosigkeit (vom griechischen abgeleitet: Alpha privativum, nomos das Gesetz ergibt Gesetzlosigkeit) der einzelne haltlos werden kann, ohne Auswege zu entdecken. Gegenwärtig beschäftigt sich die Soziologie weiterhin mit den gesellschaftlichen Einflußgrößen auf die Selbstmordraten. Verschiedene Untersuchungsansätze sind aber davon abgekommen, Gesellschaften, Kulturen oder Religionen miteinander zu vergleichen, weil diese Strukturen zu groß und zu unübersichtlich sind. Heute werden gewissermaßen mikroskopische Einheiten wie Städte, Zonen von Städten, Wohngebiete, Gruppen und Familien untersucht. In diesen übersichtlicheren Umwelten sind entsprechende selbstmordfördernde oder selbstmordverhindernde Faktoren eher sichtbar zu machen (Welz, 1979; Klemann, 1981). Auf einige Ergebnisse dieser Forschungsrichtung wurde schon hingewiesen, daß nämlich Großstädte ein höheres Aufkommen von Selbstmordhandlungen haben als das Land und in den Großstädten der Kern von Großstädten wiederum selbstmordfördernder ist. Die soziologische Theorie erklärt wiederum einen Teil der Selbstmordhandlung, erhebt aber andererseits nicht den Anspruch auf ausschließliche Gültigkeit.

Die *Lern-Theorie* erbrachte den z.Zt. wohl tauglichsten Erklärungsversuch von Selbstmordhandlungen. Die lerntheoretisch orientierte Psychologie interessiert sich weniger für die Selbstmordhandlung als für das suizidale Verhalten und schafft die Voraussetzung, daß Selbstmord und Selbstmordversuch erlernte Verhaltensweisen sind. Tatsächlich machen ja mehr Menschen von Selbstmordhandlungen Gebrauch, die solche aus ihrer Umgebung der Familie, aber auch der weiteren Umgebung der Verwandtschaft oder Bekanntschaft kennen. Auch spielt die Erfahrung eine Rolle für viele, daß sie durch Selbstmordhandlungen, im engeren Sinn durch Selbstmordversuche, tatsächlich einer Lösung ihres Problems mit der Umwelt näher gekommen sind. Familienverhältnisse und Berufsverhältnisse ändern sich unter Umständen nach Selbstmordversuchen (Wedler, 1979). Die Fragestellung der lerntheoretisch orientierten Psychologie ist, auf welche Weise solches Verhalten erlernt wird und welchen Sinn es hat. Diese Fragestellung wird vor allem im Zusammenhang mit der Depres-

sion untersucht, die vor Jahren als erlernte Hilflosigkeit eine neue Interpretation erfahren hat (Seligmann, 1978). Die Anwendung dieses Konzepts auf die Selbstmordhandlung wird vor allen Dingen von einer Arbeitsgruppe an der Freien Universität Berlin verfolgt (Hautzinger, 1979; Hoffmann, 1976). Fraglos ist der Ansatz außerordentlich fruchtbar, die Lerngeschichte, die zur Selbstmordhandlung führt, zu untersuchen. Eine Vielzahl von Fällen wird durch die Erklärung der Selbstmordhandlung als gelerntem Verhalten hinreichend abgedeckt.

Praxis:

Aus der Beschäftigung mit den theoretischen Erklärungsversuchen von Selbstmordhandlungen ergeben sich praktische Konsequenzen für die Selbstmordverhütung. Aus der *medizinischen Theorie* ergibt sich die nahe-liegende therapeutische Strategie, aus Befund und Diagnose der Krankheit, in deren Zusammenhang Selbstmordhandlungen drohen, diese Krankheiten zu behandeln und damit indirekt die Selbstmordgefahr zu lindern. Natürlich ist auch bei vorwiegend ärztlichen Maßnahmen nicht eine Krankheit zu behandeln, sondern dem kranken Menschen zu helfen. Das bedeutet, daß Medikamente oder andere medizinische Kuren allein auch im Krankheitszusammenhang, Selbstmordgefahr nicht lindern. Aber es ist eine durchaus legitime und notwendige und auch wirksame selbstmordverhütende Maßnahme, im Zusammenhang mit Depressionen Antidepressiva einzusetzen oder auch Sedativa, die den Impuls zur Selbstmordhandlung dämpfen. Im Zusammenhang mit Süchten sind Entziehungskuren einzuleiten, im Zusammenhang mit medikamentenabhängigen Selbstmordgedanken diese Medikamente durch andere zu ersetzen. Rauwolfia-Alkaloide, die vorzügliche blutdrucksenkende Mittel sind, lösen bei vielen Menschen Depressionen aus und müssen unter Umständen durch andere blutdrucksenkende Mittel ersetzt werden. Auch Cortison muß gegebenenfalls ersatzlos gestrichen werden, da es bei manchen Menschen zu selbstmordgefährlichen Depressionen führt. Bei Intensivpflegepatienten sind ärztliche Maßnahmen nach der Selbstmordgefahr auszurichten und schließlich bei der gefährdeten Gruppe der Epileptiker sind auch die Antikonvulsiva indirekte selbstmordverhütende Mittel. Bei Erkrankungen im weiteren Sinne aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen und Neurosen wird Psychotherapie als eine vorwiegend ärztliche Maßnahme einzusetzen sein. Falsch ist es, sogenannte vorwiegend körperliche Krankheiten oder endogene Psychosen mit Psychopharmaka allein behandeln zu wollen und Persönlichkeitsstörungen und Neurosen allein mit Psychotherapie. Eine Kombinationsbehandlung ist bei dem multifaktoriellen Geschehen der Selbstmordhandlung sowohl im Bereich der Psy-

chosen als auch im Bereich der Neurosen angezeigt. Aus der Aggressions-theorie ergibt sich die praktische Konsequenz, selbstmordverhütend den Versuch zu machen, die gegen den betreffenden Lebensmüden gerichtete Aggression noch einmal wieder umzukehren. Das bedeutet konkret, die Aggression gegen den Arzt oder den Psychotherapeuten oder im weiteren Sinne gegen den Helfer zu wenden. Diese doppelte Aggressionsumkehr ist eine außerordentlich wirksame selbstmordverhütende Maßnahme. Sie kann gelingen, wenn der beratende oder therapeutisch tätige Arzt oder Helfer aus anderen Berufsbereichen belastbar ist für Aggressionen und sich als Übertragungsfigur zur Verfügung stellen kann. Ohne Zweifel ist die Wirksamkeit der Telefonseelsorge im Bereich der Selbstmordverhütung auch darauf zurückzuführen, daß im Telefonanruf ein Stück Aggression schon wieder von dem Betroffenen selbst nach außen gerichtet wird. Auch der hohe Prozentsatz von 85 % der vorher angekündigten Selbstmordhandlungen nehmen der gegen sich selbst gerichteten Aggression ein Stück Gefährlichkeit. Damit darf allerdings nicht der Irrtum verbunden werden, daß derjenige, der von Selbstmord spricht, dann doch keinen begeht oder keinen Versuch unternimmt. Aus der Narzißmustheorie ergibt sich die Notwendigkeit und auch die Möglichkeit, als selbstmordverhütende Maßnahme eine Wiederherstellung des narzißtischen Gleichgewichts zu versuchen. Dies ist in Form von Kriseninterventionen möglich, die in kurzen und dicht aufeinanderfolgenden Gesprächen erfolgen können. Vor allem kommt es dabei darauf an, den unmittelbaren Anlaß zur Gleichgewichtsstörung herauszuarbeiten und zu bearbeiten und auf diese Weise das Mißverhältnis von Wunsch und Wirklichkeit, Realität und Idealität auszugleichen. Aus der soziologischen Theorie ergibt sich die Vermutung, man könne durch Veränderung des sozialen Umfelds Selbstmordgefahr verringern. Da sich der soziologische Untersuchungsansatz heute nicht mehr auf die Gesellschaft oder den Kulturkreis bezieht, sondern vorwiegend auf Gruppen wie Familie, Berufsgruppe, Wohngegenden (s.o.), ist Familientherapie, Partnertherapie, Gruppentherapie die unmittelbare praktisch-therapeutische Konsequenz aus der soziologischen Theorie. Bei diesen und anderen therapeutischen Verfahren geht es nicht so sehr um die Veränderung der sozialen Umwelt als vielmehr um die Erkenntnis, welchen Stellenwert der Lebensmüde und seine Selbstmordwünsche im Kontext der anderen Sozialpartner hat. Das hilft der Umwelt, den Hilferuf des anderen oder den Appell an die Umwelt zu verstehen. Der Betroffene selbst entdeckt durch Wahrnehmung seiner Stellung in seinem sozialen Umfeld auf diese Weise vielleicht andere Auswege als den Selbstmord. Aus der Lerntheorie ergibt sich die theoretische Konsequenz, von der erlernten Hilflosigkeit aus umzulernen. Wenn suizidales Verhalten gelerntes Verhalten ist und vom Betroffenen als nicht wünschenswert, so erhebt sich die Frage, ob anderes Verhalten gelernt werden kann und die Lerngeschichte

reversibel ist. Tatsächlich macht sich die kognitiv orientierte Verhaltenstherapie zur Aufgabe, mit dem Betroffenen andere Auswege zu suchen und ihn erleben und erlernen zu lassen, daß er viel mehr Lebensphantasie hat als erwartet.

Über die verschiedenen therapeutischen Ansätze als Konsequenz aus den Theorien informieren allgemein und übersichtlich Pohlmeier (*Pohlmeier, 1978*), aus medizinischer Sicht Pöldinger (*Pöldinger, 1977*), aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht Pohlmeier und Henseler (*Pohlmeier, 1974; Henseler, 1974/81*), aus soziologischer Sicht Welz, Häfner, Feuerlein und Sperling (*Welz, 1980; Häfner, 1979; Feuerlein, 1978; Sperling, 1980*) und aus lerntheoretisch-verhaltenstherapeutischer Sicht Ursula Schiller (*Schiller, 1979*).

Selbstmordverhütung und humanes Sterben:

In der Bundesrepublik Deutschland ist 1980 eine Gesellschaft für humanes Sterben gegründet worden. Diese Gründung steht in Zusammenhang mit lange bestehenden Euthanasiegesellschaften in USA, Schottland und England. Auch in Schweden, Holland und in der Schweiz gibt es solche Gesellschaften. Im anglo-amerikanischen Sprachraum blicken diese Gesellschaften auf eine über 50jährige Geschichte zurück. Die Zielsetzungen der Gesellschaften sind unterschiedlich. Gemeinsam ist allen das Bestreben nach einem menschenwürdigen und angenehmen Sterben und Tod. Es kann die Vermutung auftreten, daß dieses Bestreben nach einem humanen Sterben dem Bestreben nach Selbstmordverhütung widerspricht. Das ist nicht der Fall (*Pohlmeier, 1985*). Im allgemeinen zwingen die Euthanasiegesellschaften niemanden zum Sterben, auch dann nicht, wenn sie Anleitungen zum Freitod herausgeben. Die Euthanasiegesellschaften versuchen, durch Information und Patiententestamente dem Bürger zu ermöglichen, sein Sterben zu bestimmen. Das setzt selbstverständlich voraus, daß er mit freiem Willen handelt. Die Menschen, die sich solchen Euthanasiegesellschaften anschließen, sind keine Lebensmüden, sondern freie Bürger, die ihr Selbstbestimmungsrecht auch auf Sterben und Tod ausgedehnt wissen wollen. Die Selbstmordverhütung trifft auf ganz andere Menschen, die aus den verschiedensten Gründen in solche Not geraten sind, daß sie nicht mehr leben wollen. Diese werden von den Euthanasiegesellschaften gar nicht erreicht und angesprochen. Die Selbstmordverhütung versucht in der Polarität zwischen Anmaßung und Verpflichtung (*Pohlmeier, 1978*) dem Lebensmüden wieder Mut zu machen und ihm das Leben lebenswert erscheinen zu lassen. Natürlich muß auch die Selbstmordverhütung das Selbstbestimmungsrecht des anderen anerkennen und unter Umständen auch seinen Freitod respektie-

ren. Die Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben in Augsburg in Westdeutschland hat die Diskussion dadurch verschärft, daß sie sich für Abschaffung des Paragraphen 216 des Deutschen Strafgesetzbuches einsetzt. Dieser Paragraph verbietet die Tötung auf Verlangen und indirekt die aktive Euthanasie. Die Befürworter dieser Rechtsänderung halten die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen für inhuman. Diese Bestrebungen können nicht unterstützt werden, weil die Freigabe des Paragraphen Tür und Tor zu Mißbrauch öffnen würde. Es ist dann kein Schutz mehr vorhanden, das Verlangen auf Tötung zu manipulieren und aus den verschiedensten Gründen vorzunehmen. Etwas anderes ist die Straffreiheit der Beihilfe zum Selbstmord. Nach westdeutschem Recht ist die Beihilfe zum Selbstmord straflos, weil Selbstmord und Selbstmordversuch keine Straftatbestände sind. In England und in Californien sind Selbstmord und Selbstmordversuch ebenfalls nicht strafbar, wohl aber die Beihilfe zum Selbstmord. Die vorherrschende Meinung deutscher Juristen ist, daß die Beihilfe zum Selbstmord auch straflos bleiben sollte. Unter der Voraussetzung, daß jemand sich im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte wohlüberlegt das Leben nehmen will aus für ihn guten Gründen, so hält man das für seine Sache. Wenn er aus Gründen körperlicher Behinderung zur Durchführung des Selbstmordes allein nicht in der Lage ist, kann jemand ihm dabei behilflich sein, bei den Vorbereitungen. Er darf bei der Tat selbst nicht mehr anwesend sein oder die Tat selbst durchführen. Die meisten Juristen und Mediziner in Deutschland halten das juristisch für unproblematisch und denken, daß es sich hier um Gewissensentscheidungen der Beteiligten handelt, in die sich der Gesetzgeber nicht einzumischen hätte. Die Tendenz der deutschen Ärzteschaft ist, keine neuen gesetzlichen Regelungen einzuführen oder alte zu verändern, weil im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung das Leben genug geschützt ist. Die deutsche Ärzteschaft begründet diese Meinung vor allem damit, daß sie 1979 Richtlinien zur Sterbehilfe herausgegeben hat, die sich an die Richtlinien der Akademie der schweizerischen medizinischen Wissenschaften anschlossen hat. In diesen Richtlinien zur Sterbehilfe wird klar gesagt, daß der Wille des Patienten oberstes Gebot ist und daß der Arzt zur Sterbehilfe verpflichtet ist, wenn seine medizinische Heilkunst nichts mehr ausrichten kann. Damit ist Sterbehilfe im weitesten Sinne gemeint und auch die Zulassung passiver Sterbehilfe, weil es nicht als Aufgabe des Arztes angesehen wird, Leben unter allen Umständen zu verlängern (*Villmar*, 1985). Die Betrachtung von Theorie und Praxis der Selbstmordverhütung kann deutlich machen, daß Selbstmordverhütung und das Bestreben nach humanem Sterben kein Widerspruch ist.

Résumé

La prévention du suicide se fait sur la base de plusieurs idées théoriques. Il s'y agit de la théorie médicale qui s'attache aux recherches de Rингель (1953). D'après lui, le suicide est une maladie ou symptôme d'une maladie. Une autre théorie est celle de l'aggressivité. Elle remonte aux travaux de la psychanalyse du début, notamment à ceux de Freud et Abraham (1912, resp. 1917). Elle explique l'action suicidaire comme une auto-aggression. La théorie du narcissisme se base aussi sur des travaux de Freud (1914) et plus tard de Kohut (1971) et Henseler (1974). Elle explique le suicide comme crise narcissique.

La théorie sociologique à la tradition la plus longue. Son fondateur était Durkheim (1897). Elle explique le comportement suicidaire comme désintégration sociale. La plus nouvelle théorie et celle qui se base sur la théorie de l'apprentissage. La théorie de l'apprentissage explique le comportement suicidaire comme un comportement appris. De ces notions théoriques résultent des conséquences pratiques: de la théorie médicale résulte le traitement du malade, notamment la psychothérapie médicale. De la théorie de l'aggression résulte la stratégie de tourner l'aggressivité contre l'exterieur. De la théorie narcissique résulte l'intervention de crise, qui se donne comme tâche de rétablir l'équilibre narcissique. De la théorie sociologique résulte le travail thérapeutique dans l'entourage social limité du groupe et de la famille, donc la thérapie de groupe et la thérapie familiale. De la théorie de l'apprentissage résulte une stratégie spéciale de la thérapie du comportement où on cherche et apprend des issues de se sortir de la situation qu'on croit sans issue.

Théorie et pratique de la prévention du suicide sont expliqués dans ce rapport en détail. Dans un passage final est présenté que prévention du suicide et désir d'avoir un mort humain ne sont pas des contradictions. La présentation comprend d'avant tout un éclaircissement des notions de complicité au suicide, l'euthanasie et l'homicide sur demande.

Literatur

- Abraham, K.:* Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände (1912). In: Psychoanal. Studien, Bd. II., Fischer, Frankfurt, 1971.
- Birkmeyer, W. F.:* Depression – Biochemie-Klinik-Therapie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1978².
- Bundesärztekammer: Richtlinien zur Sterbehilfe. DTS. Ärztebl. 76, (1979), 957–969.
- Durkheim, E.:* Der Selbstmord (1897). Dtsch. Übers. Luchterhand, Neuwied, 1973.
- Feuerlein, W.:* Krisenintervention bei Selbstmordpatienten. Therapiewoche 28, (1978), 2892–2898.
- Freud, S.:* Zur Einführung des Narzißmus. Ges. Werke, Bd. X, London, 1914.
- Freud, S.:* Einige Charaktertypen.. Ges. Werke, Bd. X, London, 1915.
- Freud, S.:* Trauer und Melancholie. Ges. Werke, Bd. X, London, 1917.
- Ghysbrecht, B.:* Der Doppelsebstmord. Reinhardt, München-Basel, 1967.
- Haefner, H.:* Krisenintervention. Ciba-Geigy, Basel, 1979. Psycho 4, (1978), 397–403.
- Hautzinger, M. u. N. Hoffmann (Hrsg.):* Depression und Umwelt. Müller, Salzburg, 1979.
- Henseler, H.:* Narzißtische Krisen – Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Rowohlt, Reinbek, 1974.
- Henseler, H. u. Ch. Reimer:* Selbstmordgefährdung – Zur Problematik und Psychotherapie. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstadt, 1981.
- Herwig, Hedda:* Das Wesen der Krankheit und ihre psychologischen Dimensionen. In: Pohlmeier, H.: Medizinische Psychologie und Klinik, Verlag für Angewandte Psychologie, Stuttgart, 1982, 11–37.
- Kehrer, G.:* Die Abschätzung der Suizidalität aus soziologischer Sicht. Suizidprophylaxe 3, (1976), 132–144.
- Klemann, M.:* Zur fröhkindlichen Erfahrung suizidaler Patienten. Verlag Lang, Frankfurt, 1983.
- Kohut, H.:* Narzißmus (1971). Dtsch. Übers. Suhrkamp, Frankfurt, 1973.
- Lange, E.:* Der mißlungene erweiterte Suizid. Fischer, Jena, 1964.
- Mende, W.:* Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen. Nervenarzt 38, (1967), 546–553.
- Pöldinger, W.:* Wirkungsspektren und Indikationen der Antidepressiva unter besonderer Berücksichtigung der Selbstmordprophylaxe. Therapiewoche 22, (1972), 2286–2296.
- Pöldinger, W.:* Der therapeutische Zugang zu depressiven und suizidalen Patienten. Schweiz. Ärztezeitung 62, (1981), 1113–1116.
- Pohlmeier, H.:* Selbstmord und Selbstmordverhütung. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore (1. Auflage 1978), 1983².
- Pohlmeier, H.:* Medizinische Psychologie und Selbstmordverhütung als Beispiel der Verschränkung von Theorie und Praxis. Med. Psychol. 3, (1977), 185–197.
- Pohlmeier, H.:* Die psychoanalytische Theorie der Depression. In. Eicke, D. (Hrsg.): Die Psychologie des XX. Jahrhunderts. Kindler, München, 1976.
- Pohlmeier, H. (Hrsg.):* Selbstmordverhütung – Anmaßung oder Verpflichtung. Keil Verlag, Bonn, 1978.
- Pohlmeier, H. (Hrsg.):* Medizinische Psychologie und Klinik. Verlag für Psychologie, Stuttgart, 1982.

- Pohlmeier, H.*: Selbstmordverhütung und humanes Sterben. *Münch. med. Wschr.* 124, (1982), 1121–1122.
- Ringel, E.*: Der Selbstmord – Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Maudrich, Wien, 1953, Nachdruck 1984.
- Roxin, C.*: Die Mitwirkung beim Suizid als Problem des Strafrechts. In: *Pohlmeier, H.* (Hrsg.): *Selbstmordverhütung*, 1978.
- Schiller, Ursula*: Suizid und Depression. In: *Hautzinger, M. u. N. Hoffmann* (Hrsg.): *Depression und Umwelt*, 1979.
- Sperling, E. et al.*: Die Mehrgenerationen Familientherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1982.
- Wagner, J.*: Selbstmord und Selbstmordverhinderung. Müller, Karlsruhe, 1975.
- Wedler, H.-L. et al.*: Über die Änderung der Lebenssituation nach Suizidversuchen. *Med. Welt* 30, (1979), 1431–1435.
- Welz, R.*: Selbstmordversuche in städtischen Lebensumwelten. Beltz, Weinheim-Basel, 1979.
- Witter, H. u. R. Luthe*: Die strafrechtliche Verantwortlichkeit beim erweiterten Suizid. *Monatsschr. f. Kriminol. u. Strafrechtsref.* 49, (1966), 97–113.
- Vilmar, K.*: Sterbehilfe. In: *Schlaudraff, U.*: *Medizinische Ethik*. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1986.

Hermann Pohlmeier
Prof Dr. med.
Leiter der Abteilung Medizinische Psychologie
Universität Göttingen
Humboldtallee 3
D-3400 Göttingen