

GIBT ES ÜBERHAUPT DEN "AFFEKT-" ODER "KURZSCHLUSSSUIZID"?

von Dagmar Fenner (Basel)

Von vielen Suizidforschern wird immer wieder die "Verzweiflung" als generelle Ursache von Suizidhandlungen eruiert: "Die weitaus mächtigste Bewegkraft der Selbstvernichtung ist (...) *Verzweiflung*", schreibt Gerhard Simson,¹ und Asmus Finzen bestätigt im Hinblick auf Menschen mit psychischen Störungen: "Psychisch Kranke suizidieren sich aus den gleichen Gründen wie andere Menschen auch: aus Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Sie nehmen sich das Leben, weil sie keinen anderen Ausweg wissen."² Eine nüchterne Bilanzierung und willensfreie Entscheidung ist in einem solchen Zustand akuter Verzweiflung und heftiger Affekte nach Ansicht der grossen Zahl von Psychiatern und Pflegepersonen aber keineswegs mehr möglich. Von dieser Seite aus wird vielmehr suggeriert, die starken negativen Schmerzempfindungen, Gefühlsregungen oder Stimmungen suizidaler Menschen durchkreuzten jede Willensfreiheit und besonnene Urteilsfähigkeit. Es wird also teilweise bestritten,

dass bei Schwerkranken in einer akuten Notsituation Autonomie gegeben sei. Diese setzt freie Willensbildung und Urteilsfähigkeit voraus. Eine schwer leidende Person ist aber oft starken Stimmungsschwankungen zwischen Hoffnung und Verzweiflung ausgesetzt; sie erlebt depressive Zustände und wird von Einsamkeitsgefühlen gequält. Es ist zu bezweifeln, dass eine Person in dieser Lage dazu fähig ist, besonnen und überlegt den endgültigen Sterbebeschluss zu fassen.³

Wo aber nicht besonnen und vernünftig überlegt und gehandelt wird, dürfte von einem "freien" oder "Bilanzsuizid" nicht die Rede sein. Im Gegensatz zum allzu heroisch klingenden "Freitod"-Begriff verschaffte sich der von Alfred Hoche 1919 geprägte, affine Terminus "Bilanzsuizid" auch Eingang in die psychiatrische Fachliteratur.⁴ Gemeint ist mit diesem Ausdruck, dass sich ein geistig gesunder, urteilsfähiger Mensch auf der Grundlage einer sorgfältigen Bilanzierung oder Abwägung seines gesamten bisherigen Lebens und mit Blick auf mögliche grundlegende zukünftige Veränderungen zum Suizid entschließt. Abgewogen oder Bilanz gezogen werden kann entweder bezüglich individueller, selbst gesetzter Lebensziele oder hinsichtlich positiver und negativer Erfahrungen oder Empfindungen.⁵

Obleich Erwin Ringel und die große Zahl der gegenwärtig praktizierenden Psychiater und Psychotherapeuten Suizide gesunder Menschen auf der Basis freier rationaler Entscheide nicht prinzipiell ausschliessen, sind ihnen solche Ausnahmefälle in der Praxis kaum oder gar niemals

¹ Gerhard Simson: Die Suizidtat. Eine vergleichende Betrachtung, München 1976, S. 14.

² Asmus Finzen: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen, Bonn 1989, S. 35

³ Cécile Ernst: Nein zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, in: Alex Schwank und Ruedi Spöndlin (Hrsg.): Vom Recht zu Sterben zur Pflicht zu Sterben?, Zürich 2001, S. 45-58, S. 55.

⁴ Vgl. Alfred E. Hoche: Vom Sterben, Jena 1919, S. 28. Horst Haltendorf spricht im Lehrbuch "Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie", 7. aktual. Ausgabe, hrsg. von Wieland Machleidt, Manfred Bauer u. a., Stuttgart 2004, in seinem Beitrag "Suizidalität", S. 241, von "Bilanz- oder Abwägungssuiziden".

⁵ Vgl. meinen komplementären Aufsatz "Gibt es überhaupt den ‚freien‘ oder ‚Bilanzsuizid‘?", in: Petermann, Frank (Hrsg.): Sterbehilfe. Grundsätzliche und praktische Fragen, St. Gallen 2006, S. 247-284.

begegnet.⁶ Daher müsse die "Existenz eines *Bilanzselbstmordes*, der ohnehin eine fragwürdige Interpretation darstellt, (...) zunehmend bezweifelt werden."⁷ So räumt man implizit oder explizit lediglich ein, dass "die Möglichkeit eines Bilanzsuizids aus freiem Willen *in der Theorie* existiert"⁸. Je dezidierter Suizidologen wie Jean Bächler verfechten, der beabsichtigte und auf der Basis einer derartigen Bilanzierung vollstreckte Suizid sei der "Normalfall",⁹ kontert man auf der anderen Seite apodiktisch, das Verhaltensmuster des Bilanzsuizids gäbe es "bei geistig Gesunden nicht".¹⁰ – "Höchstens kann eine vereinzelte Ausnahme einmal diese Regel bestätigen!"¹¹ Sowohl unter Psychiatern als auch Philosophen hat sich eine klare Dichotomisierung zwischen klar überlegten "Bilanzsuiziden" und impulsiven, unbedachten "Verzweiflung-" oder "Affektsuiziden" eingeschlichen, obwohl diese in meinen Augen der Realität suizidaler Menschen niemals gerecht werden kann. Wenngleich er auf die begrifflichen Etikettierungen von "Bilanz-" und "Affektsuizid" verzichtet, erblickt etwa Héctor Wittwer den entscheidenden Unterschied für die ethische Beurteilung eines Suizidaktes darin, "ob der Lebensmüde aus einem Affekt heraus oder nach reiflicher Überlegung gehandelt hat".¹² Alternativ zu "Affekten" spricht er von "kurzfristigen Impulsen", und auch Thomas Bronisch kontrastiert den Suizid in Freiheit und Würde mit "Impulshandlungen", die "im Affekt" erfolgen und nach welchen die Suizidalität meistens rasch wieder verklingt. "Die meisten Suizidhandlungen sind jedoch zuallererst *Impulshandlungen*, wobei der momentane Schmerz nicht ausgehalten werden kann", lautet sein Generalverdikt.¹³ Doch was ist genau gemeint mit einer "Impulshandlung" bzw. einem "Affektsuizid" als Kontrastphänomen zum "Bilanzsuizid"?

Laut Frank Petermann, der sich dabei auf den Bericht der "Arbeitsgruppe Sterbehilfe" für das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement stützt, wird der "Affektsuizid" mitunter auch als "emotionaler Suizid" bezeichnet.¹⁴ Auch wenn in der neueren Emotionspsychologie auf die Unterscheidung zwischen Emotionen und Affekten vermehrt verzichtet wird, scheint mir diese terminologische Differenzierung für das Verständnis menschlicher Suizidalität aufschlussreich.¹⁵ Beim "Affektsuizid" werde im Suizidenten "aus einer in einer *konkreten* Situation auftauchenden Überforderung der Verarbeitungskapazität negativer Einflüsse der Wunsch ausgelöst, (...) einen suizidalen Geschehensablauf in Gang zu setzen." Diese konkreten Stresssituationen könnten etwa durch "den Verlust von Beziehungen, schwerwiegende Konflikte wie bspw. gerichtlicher Auseinandersetzungen oder Mobbing, Isolierung, sozialer Abstieg, finanzieller Ruin etc. ausgelöst werden."¹⁶ Da auch bei "Bilanzsuiziden" dieselben hier als "aussergewöhnliche Stresssituationen" gekennzeichneten äußeren Hindernisse oder Beeinträchtigungen als rationale Handlungsmotive fungieren können, ist mit der Charakterisierung der konkreten Auslöseereignisse aber noch kein

⁶ Vgl. Thomas Bronisch: *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention*, 4. Auflage, München 2002, S. 120.

⁷ Heinz Henseler: *Narzisstische Krisen*, 4. aktual. Auflage, Wiesbaden 2000, S. 35.

⁸ Eichhorn, Martin: *Suizidales Verhalten und Suizid: Eine Annäherung*, in: *Sucht-Magazin* 5/2003, S. 9-13, S. 9.

⁹ Jean Bächler: *Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord*, Frankfurt a. M., Berlin u. a. 1981, S. 28.

¹⁰ Gerhard Simson: *Die Suizidtat. Eine vergleichende Betrachtung*, München 1976, S. 15.

¹¹ Ebd.

¹² Héctor Wittwer: *Selbsttötung als philosophisches Problem*, Paderborn 2003, S. 382f.

¹³ Vgl. Bronisch: *Der Suizid*, S. 120 und S. 36, und übereinstimmend Eichhorn: *Suizidales Verhalten*, S. 4.

¹⁴ Frank Th. Petermann: *Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizidprävention*, in: *Aktuelle Juristische Praxis*, 9/2004, 1111-1138, S. 1116, im Rekurs auf den Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe EJPD, Bern 1999.

¹⁵ Vgl. meine emotionspsychologische Begriffsklärung in: *Glück. Grundriss einer integrativen Lebenswissenschaft*, Freiburg/München 2003, S. 182.

¹⁶ Petermann: *Der Entwurf*, S. 1116.

hinreichendes Abgrenzungskriterium gefunden.¹⁷ Scheinen sie doch genauso Anlass zu einer intensiven reflexiven Auseinandersetzung mit der bisherigen und zukünftig zu erwartenden Lebenssituation wie auch unmittelbarer Auslöser unkontrollierter Impulshandlungen sein zu können, die Petermann hier offenkundig im Auge hat:

Die Suizidalität rührt daher in einem solchen Fall oftmals nicht aus einer Reflexion und einer Abwägung des bisherigen Lebens und der noch verbleibenden Möglichkeiten, sondern aus einer *akut auftretenden Existenzangst*, die als derart unerträglich empfunden wird, dass sich das Individuum ihr mittels Suizid entziehen möchte.¹⁸

Differenzbildend wäre somit nicht primär die Art der Ereignisse, sondern die durch sie ausgelöste momentane "Überforderung der Verarbeitungskapazität" oder die auf Kosten der Reflexion "akut auftretende Existenzangst". Um zu klären, in welchen Fällen Suizide "Affekt-" oder "Impulshandlungen" darstellen, muss daher in einem ersten Schritt geprüft werden, was mit "Affekten" gemeint ist, die in psychologischen Kontexten synonym zu "Impulsen" verwendet zu werden scheinen.

1 "Affekt": neuere (neuro)psychologische Theorien

Der Eintrag in Meyers Psychologielexikon etwa gibt uns folgenden Aufschluss über den "Affekt": Dieser sei ein

intensiver, reaktiv entstandener und relativ kurzzeitiger Erregungszustand, bei dem alle psychischen Funktionen, die Motorik und Teile des vegetativen Nervensystems beteiligt sind (Veränderung von Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel). Im Affektzustand sind Urteilskraft, Kritikfähigkeit und Einsicht herabgesetzt, mitunter fehlen sie ganz; die Handlung wird durch die Art des (...) Gefühlserlebnisses bestimmt.¹⁹

Fragt man sich, wie solche kurz andauernden Gefühlsbewegungen von starker Intensität "reaktiv" entstehen können, legt sich der Verdacht nahe, dass nicht erst im Affektzustand selbst, sondern bereits bei der Generierung der Affekte die Denk- und Kritikfähigkeit herabgesetzt ist. Da die Neurowissenschaften bezüglich der Gefühlstheorien heute in Führung gegangen sind, lässt sich ein stringentes Erklärungsmodell für den Affektsuizid wohl nicht mehr ohne Rücksicht auf diesen Wissenschaftszweig projektieren: Eine zentrale Rolle spielen bei sämtlichen emotionalen Vorgängen nachweislich die "Amygdala" oder "Mandelkerne" als mandelförmige Gebilde oberhalb des Hirnstammes. Zum einen sind in unseren beiden Mandelkernen stark emotionsgeladene Eindrücke und Erinnerungen derart gespeichert, dass sie uns teilweise gar nie zu Bewusstsein kommen, aber jedes Mal, wenn wir in vergleichbare situative Umstände geraten, augenblicklich reaktiviert werden.²⁰ Zum zweiten hat der Neurowissenschaftler Joseph LeDoux entdeckt, dass die Mandelkerne anlässlich bestimmter wahrgenommener Ereignisse, die möglicherweise lebensbedrohlich oder doch höchst unangenehm sein könnten, wie ein "psychologischer

¹⁷ Bezüglich solcher emotional stark belastender Situationen müsste unterschieden werden zwischen Stress und (suizidaler) Krise. Petermann hat an dieser Stelle wohl eher Krisenereignisse im Auge hat (vgl. unten).

¹⁸ Petermann: Der Entwurf, S. 1116.

¹⁹ Artikel "Affekt" in: Schüler-DUDEN. Die Psychologie, 2. neu bearb. Auflage, Mannheim, Leipzig u. a. 1996, S.9.

²⁰ Vgl. Daniel Goleman: Emotionale Intelligenz, 15. Auflage, München 2002, S. 35 und S. 38.

Wachtposten" innerhalb von Millisekunden das ganze Gehirn in Alarmbereitschaft versetzen.²¹ Sie scheinen sich in der Funktion von "emotionalen Wächtern" also primär auf negative Ereignisse spezialisiert zu haben, indem sie an sämtliche unablässig eintreffenden Sinnesreize allererst die Fragen richten: "Ist das etwas, das ich nicht ausstehen kann, das mich kränkt, das ich fürchte?"²² Sowohl die Reaktivierung bestimmter starker, in unseren Mandelkernen gespeicherter (negativer) Erlebnisse als auch objektiv lebensbedrohliche oder schmerzverursachende aktuell wahrgenommene Vorgänge scheinen Impuls- oder Affekthandlungen auslösen zu können. Für beide durchaus kombinierbaren Wege der Verursachung sind folgende neuronale Abläufe typisch: Konfrontiert mit einer mutmasslich schmerzhaften Wiederholungssituation oder einer vermeintlich existentiellen Bedrohung, reissen die Mandelkerne die "neuronale Macht"²³ vollständig an sich und entthronen damit den für das Analysieren, Erwägen und Urteilen verantwortlichen frontalen Cortex. Während bei normalen emotionalen Vorgängen die visuellen Signale vom Thalamus aus immer zuerst zum Neokortex als dem denkenden Gehirnteil geleitet werden, von dem sie auf ihre Bedeutung und die Angemessenheit möglicher Reaktionen im Fühlen und Handeln geprüft werden, gibt es nämlich auch eine direkte Verbindung vom Thalamus zu den Mandelkernen: "Diese kleinere und kürzere Bahn – so etwas wie ein neurales Seitengässchen – erlaubt es dem Mandelkern, Inputs direkt von den Sinnesorganen zu empfangen und eine Reaktion einzuleiten, bevor sie vom Neokortex vollständig registriert wird."²⁴ Auf dieser direkten Bahn wird allerdings immer nur ein geringer Bruchteil der sensorischen Meldungen des Thalamus weiterbefördert, während der Grossteil der Informationen wie gewohnt den Hauptweg zum Neokortex nimmt. So schlagen die Mandelkerne aufgrund eines groben Signals Alarm, wenn ein noch kaum näher analysiertes Ereignis gefährlich erscheint oder auch nur vage mit einem schlimmen Erlebnis der Vergangenheit assoziiert wird. Es handelte sich folglich um "präkognitive Emotionen", die dem Denken vorauslaufen und dadurch oftmals zu vorschnellen "emotionalen Irrtümern" verleiten.²⁵ Zur Illustration leitet uns Goleman zu folgendem Gedankenexperiment an: "Denken sie zum Beispiel an die Kellnerin, die ein Tablett mit sechs Gerichten fallen ließ, als sie eine Frau erblickte, die eine riesige rote Lockenmähne hatte, genau wie die Frau, deretwegen ihr Ehemann sie verlassen hatte."²⁶ Die Alarmreaktionen, die daraufhin im Neokortex angeordnet werden, sind höchst primitive und einfache, überlebenswichtige Handlungsmuster wie Flucht oder Angriff, wobei gleichzeitig Herzschlag, Blutdruck und Atmungsfrequenz gesteigert werden. Auch wenn weder LeDoux noch

²¹ Vgl. ebd., S. 36.

²² Ebd., S. 34.

²³ Goleman spricht etwas martialisch von "neuronalen Überfällen" und "neuronaler Machtübernahme": "Untersuchungen zeigen, dass in solchen Augenblicken ein Zentrum im limbischen Gehirn den Ausnahmezustand erklärt und das übrige Gehirn für seine dringenden Angelegenheiten unter seine Befehlsgewalt stellt. Die Entgleisung geschieht überfallartig, so dass der Neokortex, das denkende Gehirn, gar nicht erst Gelegenheit bekommt, auch nur einen Blick auf das Geschehen zu werfen oder gar zu entscheiden, ob es eine gute Idee ist." (ebd., S. 32)

²⁴ Ebd. "Diese Entdeckung wirft die Vorstellung über den Haufen, wonach der Mandelkern völlig auf Signale vom Neokortex angewiesen ist, um seine emotionalen Reaktionen zu formulieren. Der Mandelkern kann über diesen Fluchtweg schon eine emotionale Reaktion auslösen, während zwischen Mandelkern und Neokortex noch Signale hin und her gehen. Der Mandelkern kann uns zum Handeln veranlassen, während der langsamere, aber vollständiger informierte Neokortex noch damit beschäftigt ist, seinen verfeinerten Plan für eine Reaktion aufzustellen." (ebd., S. 36f.)

²⁵ Vgl. ebd., S. 44.

²⁶ Ebd., S. 43f.

Goleman diesen spezifischen Gefühlszuständen einen eigenen Namen geben, dechiffrieren sie offenkundig die neurophysiologischen Grundlagen von "Affekten" als kurzzeitigen, intensiven und reaktiv entstandenen Erregungen.

2 "Affektsuizide": Anwendung auf die Suizidproblematik

Genau diese soeben beschriebenen hirnpfysiologischen Vorgänge sollen sich nun aus psychiatrischer Sicht im Gehirn aller suizidaler Menschen zum Zeitpunkt der Suizidtat abspielen:

Die Amygdala, das Alarmzentrum schlechthin, ist übermässig aktiv, während der frontale Cortex, der für das sorgfältige Abwägen und Planen verantwortlich ist, auf einige wenige Handlungsmuster heruntergefahren wird, so wie auch der Hippocampus, der in Zusammenarbeit mit dem frontalen Cortex für das Speichern und Abrufen von bisherigen Erfahrungen zuständig ist.²⁷

Alarm geschlagen werde dabei anlässlich einer traumatischen Stresssituation, in welcher "die Identität des Menschen bzw. die seelische Existenz akut in Gefahr sind".²⁸ Ein solcher Ausnahmezustand mit hochgradiger Bedrohung von Identität bzw. Selbstwertgefühl sei "charakterisiert durch einen momentan unerträglichen inneren Schmerz".²⁹ In den USA wurden für diesen seelischen Zustand die Begriffe "mental pain" und "psychache" geprägt, und viele Psychiater postulieren, jeder Suizid werde durch solche Alarmzustände des Gehirns recht eigentlich verursacht: "Suicide is caused by psychache. (...) Suicide occurs when the psychache is deemed by that person to be unbearable."³⁰ Gemäss dem von Baumeister 1990 entwickelten Interpretationsmuster des "Suicide as escape from self" ist die akut suizidale Person nur noch zum einen Gedanken fähig; dem unerträglichen Schmerz- oder Panikzustand angesichts der existentiellen Bedrohung so schnell wie möglich ein Ende zu bereiten. Unter der Prämisse solcher akuter affektiver Angst- oder Verzweiflungszustände lässt sich berechtigterweise die Frage aufwerfen, ob diesen Suizidenten noch Urteilsfähigkeit im juristischen Sinn attestiert werden kann, dessen Umfang enger ist als derjenige der Willensfreiheit. Im affektiven Ausnahmezustand mit einem Hirn im Alarmmodus ist der Suizident kaum mehr zu einer objektiven Lagebeurteilung und einer begründ- und rechtfertigbaren Bilanzierung fähig. Er vollzöge vielmehr eine "Kurzschlusshandlung", d. h. eine "durch emotionale Impulse ausgelöste, der rationalen Kontrolle weitgehend entzogene Handlung."³¹ Typisch für sämtliche affektiven oder impulsiven Entgleisungen ist denn nach Goleman auch, dass die Betroffenen nicht mehr erklären können, was über sie gekommen ist, und dass sie die Tat bereuen.³² Vor dem Hintergrund der oben skizzierten neurophysiologischen Erkenntnisse scheint die Gefahr also gross, dass man bei einem "Affektsuizid" seine Existenz oder Identität fälschlicherweise für bedroht und seine Lebenslage als ausweglos einschätzt.

²⁷ Michel: Kolumne, in: Telegraph von IPSILON, 1/04, S. 8.

²⁸ Ders.: Depression ist eine Krankheit, Suizid eine Handlung, in: Existenzanalyse 1/2004, S. 7. Auch hier sollte statt von "Stress" von "Krise" die Rede sein (vgl. Fussnote 17).

²⁹ Ders.: Kolumne, S. 8.

³⁰ Edwin Shneidman: Suicide als Psychache, in: The journal of nervous and mental disease, Vol. 181, No. 3, 1993, S. 145-147, S. 145.

³¹ Artikel "Kurzschlusshandlung" in: Schüler-DUDEN, S. 219.

³² Vgl. Goleman: Emotionale Intelligenz, S. 32f.

Gleichwohl soll mit der generellen Warnung vor der Irrtumsanfälligkeit von Affekten keineswegs behauptet werden, dass es sich bei den zum Suizid führenden affektauslösenden Ereignissen nicht auch um tatsächliche, vom neutralen Beobachterstandpunkt aus beurteilte "aussergewöhnliche Stresssituationen" wie die von Petermann erwähnten gravierenden Verluste oder sozialen Konflikte handeln kann. Denn es sind schockartige Traumatisierungen durch äussere Stress- oder Krisensituationen "von allgemein akzeptierter schmerzlichen Natur" denkbar, die ganz plötzlich und unerwartet "die psychische Existenz, die soziale Identität oder Sicherheit und/oder die fundamentalen Befriedigungsmöglichkeiten" bedrohen.³³ Der "Affekt-" oder "Kurzschlussuizid" wäre in diesen Fällen "Zeichen eines akuten traumatischen Stresssyndroms".³⁴ Auch wo die heftigen Affektreaktionen jedoch von aussen nachvollziehbar erscheinen, dürfen sie aufgrund der beschriebenen Einschränkungen der Denkfähigkeit und des überlegten Handelns niemals als "rational" gelten. Für viele Affekthandlungen sind wohl deswegen gar keine allgemein als traumatisierend angenommenen Schockerlebnisse notwendig, weil entweder a) eine emotionale Labilität, hohe Impulsivität oder eine niedrige Frustrationstoleranz vorliegen oder b) sich in der Amygdala bereits viele Kränkungs- oder Verlustererfahrungen gestaut haben. (Ad a:) Es gibt eine individuell variierende Kontrollschwelle oder Frustrationstoleranzgrenze, bei deren Überschreiten das bewusste Denken und die willkürliche Handlungskontrolle ganz aufgehoben und durch automatisierte, stereotype Denk- und Handlungsmuster substituiert wird.³⁵ Diese hängt sowohl von angeborenen Persönlichkeitseigenschaften wie "Sensitivität" oder "Vulnerabilität" als auch von (frühkindlich) erworbenen Umgangsweisen mit schwierigen Hindernissen ab. Darüber hinaus können zeitlich beschränkte Faktoren wie Krankheiten, Einsamkeit, Erschöpfung oder Hunger diese relativ konstante Schwelle vorübergehend senken und dadurch das Risiko für Affekt- oder Kurzschlussreaktionen steigern.³⁶ Neben einer "psychischen Grundvulnerabilität", die auch laut Petermann "üblicherweise" die subjektive Voraussetzung von Affekt-suiziden bildet, sind "explosible", "impulsive" oder "abnorm erregbare" Persönlichkeiten besonders prädestiniert für diesen Suizidmodus. Denn diese Personen "zeigen auf Einwirkungen und Einflüsse von aussen eine übertriebene, weit über das Ziel hinausschiessende, rasch wieder abklingende Reaktion": Sie reagieren mit "Wutanfällen, Verzweiflung, Angstzuständen", in denen die Urteilsfähigkeit getrübt und die Neigung zu Kurzschlussreaktionen gross ist.³⁷

(Ad b:) Je mehr negative Erfahrungen der Ohnmacht oder Verletzung sich im emotionalen Speicher der Mandelkerne angesammelt haben, desto heftiger und unerwarteter können Affekte auf erneut als bedrohlich eingestufte Situationen ausfallen. Michel rekurriert bei seiner Erläuterung des neuronalen "Suizidmodus" explizit auf die Traumaforschung mit ihrem Nachweis, dass traumatische Erfahrungen "anders abgespeichert (werden) als übliche Erfahrungen und (...) in ähnlichen Situationen automatisch abgerufen" werden.³⁸ Die mächtigsten emotionalen Erinnerungen gehen

³³ Goll/Sonneck führen ähnliche Beispiele wie Petermann an: "Tod eines Nahestehenden, Krankheit, Bekanntwerden von Diagnosen, plötzliche Invalidität, plötzliche Beziehungsbedrohung wie Untreue oder Trennung, soziale Kränkung und Versagen, äussere Katastrophen." (in: Gernot Sonneck (Hrsg.): Krisenintervention und Suizidverhütung, Wien 1995, S. 32.)

³⁴ Michel: Depression, S. 4.

³⁵ Vgl. Arthur Freeman und Mark A. Reinecke: Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapien bei suizidalem Verhalten, Bern 1995, S. 22f.

³⁶ Vgl. dazu ausführlicher ebd., S. 22-26, wo sich eine erweiterte Liste mit 16 Risikofaktoren findet.

³⁷ Zitate aus Adrian Holderegger: Suizid und Suizidgefährdung, Freiburg i. Ue. 1979, S. 154.

³⁸ Michel: Depression, S. 7.

zweifellos auf die ersten Kindheitsjahre zurück, weil dem Kleinkind noch die Worte für seine schlimmen Erlebnisse fehlen, wodurch ihre Entsetzlichkeit ins Unermessliche wächst.³⁹ Anlässlich seiner Befragungen von suizidalen Menschen nach einem gescheiterten Suizidversuch konnte Ringel in zahlreichen Fällen eine Wiederholung einer früheren Enttäuschungssituation in gleicher oder ähnlicher Weise kurz vor dem Suizid registrieren. Dabei verfügten die Betroffenen lediglich über ein dunkles, auf unbewussten Assoziationen basierendes Gefühl von: "Diese Katastrophe habe ich ja schon einmal mitgemacht", oder: "Das war ähnlich schon da".⁴⁰ Als paradigmatisch kann die Wiederholungssituation des Betrogenwerdens gelten, wie sie eine 23jährige Studentin schilderte: Sie wollte sich selbst töten, als ein Freund eine halbe Stunde nach der vereinbarten Zeit nicht beim Rendezvous erschienen war. Obgleich ihr an dem Mann nicht besonders viel lag, wurde sie durch das ahnungslose Warten an das Ende einer früheren bedeutsamen Beziehung erinnert. Damals fand sie nach vergeblichem Warten auf ihren Geliebten zuhause einen Brief von demselben vor, in welchem er ihr seine Trennungsabsicht kundtat.⁴¹ In einem anderen Beispiel sprang ein vorbestrafter Mann "ohne einen Moment nachzudenken" aus dem Fenster im dritten Stock, als es an die Tür klopfte. Später berichtete der Überlebende, dieses Klopfen hätte genauso geklungen wie damals, als die Polizei ihn in seiner Wohnung verhaftete.⁴² Mitunter kann eine solche Kurzschluss- oder Affektreaktion laut Ringel sogar durch ein Ereignis oder eine Sache mit Symbolcharakter hinsichtlich vergangener Traumatisierungen evoziert werden.⁴³

3 Reine "Affektsuizide" ohne vorgängige Reflexion und Planung?

Grundsätzlich dürfte man wohl für die Affektgenese folgendes Reziprozitätsprinzip geltend machen: Affekte können auf umso weniger effektiv bedrohliche Außenweltreize reaktiv entstehen, je höher die Impulsivität und Vulnerabilität sowie die bereits gespeicherten stark negativen Emotionen seitens des Individuums ausfallen. Wenn allerdings gemäss Punkt b) die Affekthandlung durch eine lange Reihe von emotional belastenden, unsere Identität oder Lebensziele bedrohenden Erlebnissen in der Auseinandersetzung mit Um- und Mitwelt gleichsam vorbereitet wurde, scheinen die "Reaktivität", die ausserordentliche "Kurzzeitigkeit" und die augenblickliche "Situationsbezogenheit" als Hauptcharakteristika von Affekten zumindest relativiert werden zu müssen. Stellt man zudem den Umstand in Rechnung, dass die Suizid-Handlungsprogramme nur dann im menschlichen Gehirn abrufbar sind, wenn sich eine Person in "früheren Krisen" bereits mit Suizidgedanken getragen hat oder sogar bereits einen Suizidversuch hinter sich hat,⁴⁴ dürfte nicht mehr von einer Affekthandlung im engeren Sinne gesprochen werden. Selbst Exponenten der Affekt- oder Impulshandlungstheorie des Suizids wie Michel konzedieren nämlich, dass Suizidhandlungen nur bei Menschen auftreten, in deren Neokortex als primitive Fluchtprogramme suizidale Handlungsprogramme disponibel sind: "Gefährlich wird es, wenn dieser Notplan (im frontalen Cortex) als Handlungsplan gespeichert ist, sei es durch die Beschäftigung mit dem Suizid aus früheren Krisen, oder – noch gefährlicher – als schon eingeübte Handlung von einem früheren

³⁹ Vgl. Goleman: Emotionale Intelligenz, S. 41f.

⁴⁰ Erwin Ringel: Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung, Wien/Düsseldorf 1953, S. 98.

⁴¹ Vgl. ebd., S. 99.

⁴² Vgl. ebd.

⁴³ Vgl. ebd., S. 100.

⁴⁴ Vgl. die oben zitierte Darstellung von Michel.

Suizidversuch her."⁴⁵ Auch wenn die analysierenden und reflektierenden Denkfunktionen im Augenblick der Tat ausser Gefecht gesetzt sein mögen zugunsten solcher automatisch ablaufender suizidaler Handlungspläne, setzen diese doch eine längerfristige kontinuierliche oder wiederkehrende gedankliche Beschäftigung mit dem Suizid als Handlungsoption voraus. Nicht zuletzt erfordern die häufigsten Suizidmethoden der Vergasung, Vergiftung, des Erhängens, Ertränkens, Erschiessens oder Überfahrenwerdens zahlreiche komplexe Handlungsschritte und somit mehr Zeitaufwand als die blitzschnellen automatischen Reaktionen typischer Affekthandlungen von Flucht oder Angriff. Wo etwa die tödliche Dosis an Schlaftabletten erst in der Apotheke erstanden werden muss, dürfte der Alarmmodus des Gehirns längst verklungen sein. Angesichts dieser verschiedenen Zweifel an der Existenz "reiner Affektsuizide" drängt sich die Frage auf, ob sich überhaupt Beispiele für solche finden ließen: Eine Mutter etwa gewahrt, wie ihr Kind in einen reissenden Sturzbach fällt und springt, ohne zu überlegen, reflexartig einem automatischen Reaktionsmuster folgend, in Sekundenschnelle gleichfalls in die Fluten – und ertrinkt wie ihr Kind. Oder ein Musiker sieht seine ganze Instrumentensammlung, die ihm ein und alles bedeutet, rettungslos einem Brand zum Opfer fallen und stürzt sich verzweifelt selbst in die Flammen und verbrennt. Die von mir hypothetisch konstruierten Exempla sind zwar denkbar, dürften aber in der Praxis äusserst selten anzutreffen sein, weil sie doch sehr spezifische Situationsbedingungen zur Voraussetzung haben.

Anstelle von solchen extrem kurzschlußhaften und impulsiven Reaktionen, bei denen jede Bilanzierung, jedes Denken und damit jegliche Freiheit eliminiert sind, dürfte den meisten suizidalen Handlungen eine lange Leidensgeschichte vorangehen, in der aus einem Zusammenspiel von emotionalem Leid, negativen Selbst- und Außenwelteinschätzungen und Handlungsmisserfolgen der Suizidplan allmählich heranreift. Die gängige Hypothese, die häufig nicht tödlich endenden "impulsiven Suizidhandlungen" müssten nicht ernst genommen werden, weil sie nicht durch eine bewusste Selbstmordabsicht, sondern durch eine momentane Situation ausgelöst würden, hat sich Stengel zufolge bei näherer empirischer Überprüfung als Irrtum entpuppt: "Die genauere psychologische Untersuchung solcher Versuche ergibt jedoch, dass schon zuvor Selbstmordgedanken vorhanden waren."⁴⁶ Wenn Petermann das Bild von einem sich allmählich füllenden Fass bemüht, das schließlich von einem letzten Tropfen zum Überlaufen gebracht wird,⁴⁷ konzediert er grundsätzlich Michels und Ringels These: "Meist geht der Suizidhandlung eine längere (oft von der Umgebung nicht erkannte) Entwicklung voraus."⁴⁸ Im Rahmen seines handlungstheoretischen Suizidmodells spezifiziert Michel diese Entwicklung folgendermassen:

Die Handlung besteht zuerst als Möglichkeit in den Gedanken (Suizidberichterstattung), später ist es ein Spielen mit dem Gedanken (wenn es mir mal schlecht geht, könnte Suizid ja ev. eine Lösung sein), ein Konkretisieren (der Kollege hat sich vor den Zug geworfen – so könnte ich es ja auch machen), ein Entwickeln von Plänen (wie, wo), ein Speichern von Plänen (man weiss ja nie). Das Umsetzen des Handlungsplans erfordert einen Energieschub (Krise), gefolgt von

⁴⁵ Ebd.

⁴⁶ Erwin Stengel: Selbstmord und Selbstmordversuch, Frankfurt a. M. 1996, S. 106.

⁴⁷ Vgl. Petermann: Der Entwurf, S. 1116.

⁴⁸ Konrad Michel: Der Arzt und der suizidale Patient, Teil 2, Schweiz Med Forum Nr. 31, 2002, S. 730-734, S. 733.

konkreter Vorbereitung (Fahrplan, Aufsuchen eines geeigneten Ortes). Zum Schluss braucht es einen gar nicht so grossen Auslöser, um die Handlung in Gang zu bringen.⁴⁹

Ringel nimmt immerhin "ein plötzliches, Affekte auslösendes Trauma" am Ende dieser präsuizidalen Entwicklung an, das in jedem Fall nötig sei, um die Suizidabsicht und den Suizidplan in die Tat umzusetzen. "Solange diese letzte Einengung nicht gegeben ist, kann zwar verstandesmässig bereits kein anderer Ausweg als der Tod gesehen werden, wird aber die *Ausführung* im Allgemeinen immer wieder hinausgeschoben. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass viele unserer Patienten bereits längere Zeit an Selbstmord *gedacht* hatten."⁵⁰ Während bei Ringels Befragungen von Menschen nach einem Suizidversuch ein Drittel angab, den Suizid "schon längere Zeit ernstlich erwogen zu haben" und ein weiteres Drittel "gelegentlich an Selbstmord *gedacht*" haben will, postulierten die Restlichen zunächst, "in keiner Weise je irgendwelche Absichten gehabt zu haben, erst im Affekt sei es zu dieser ‚unverständlichen Handlung‘ gekommen."⁵¹ Selbst bei den letzteren seien aber bei Nachforschungen noch "anamnestisch nachweisbare Selbstmordgedanken" aufgetaucht.⁵²

Grosse Beachtung in der Suizidliteratur hat zu Recht Walter Pöldingers Versuch gefunden, die suizidale Entwicklung in drei zeitlich aufeinander folgende Stadien zu gliedern, in welchen bestimmte Umweltbeziehungen besonders hervortreten sollen: In einer ersten Phase der *Erwägung* werde "der Suizid als eine Möglichkeit, die wirklichen oder scheinbaren Probleme durch Selbstmord zu lösen, in Erwägung gezogen."⁵³ Neben psychosozialen Faktoren der gesellschaftlichen Isolation und der Aggressionshemmung können suggestive Elemente wie Suizidfälle in der Familie oder entsprechende Pressemeldungen diese Suizidgedanken intensivieren. Im zweiten Stadium der *Abwägung* findet man grosse Ambivalenz, Unschlüssigkeit und einen inneren Kampf zwischen konstruktiven und destruktiven Tendenzen. Solche Unentschiedenheit komme bei 70-80% aller Fälle in direkten Suizidankündigungen zum Ausdruck, die als echte Hilferufe und verzweifelte Versuche zur Kontaktaufnahme zu deuten seien.⁵⁴ Wird im dritten Stadium der *Entschluss* gefasst, weicht die Phase der Ambivalenz und des inneren Ringens häufig einer "Ruhe vor dem Sturm" mit scheinbarer Abgeklärtheit.⁵⁵ Genauso wie bei den jetzt in Gang kommenden Vorbereitungen für den eigenen Tod handle es sich hier um indirekte Suizidankündigungen. Sogenannte Kurzschlussuizide liegen nach Pöldingers Modell überall da vor, wo "diese Stadien der suizidalen Entwicklung wie im Zeitraffertempo durchlaufen beziehungsweise durchschlagen" werden: konkret bei "infantilen, unreifen, explosiblen, psychopathischen Persönlichkeiten, bei Jugendlichen und Kindern, Schwachsinnigen und Gehirngeschädigten sowie im Rausch, aber auch im Rahmen schizophrener Psychosen mit plötzlich einschliessenden Selbstvernichtungsimpulsen."⁵⁶ Da die vorbereitenden Phasen der Erwägung und der Ambivalenz fast gänzlich einem Kurzschluss zum Opfer fallen und sowohl Urteilsfähigkeit als auch Willensfreiheit auf ein Minimum reduziert sind, liegt schwerlich ein Bilanz- oder Abwägungssuizid vor. Gemäss Pöldingers Schilderungen dürfte

⁴⁹ Ders.: Depression, S. 6.

⁵⁰ Ringel: Der Selbstmord, S. 126.

⁵¹ Ebd.

⁵² Ebd.

⁵³ Walter Pöldinger: Die Abschätzung der Suizidalität, Bern 1968, S. 20.

⁵⁴ Vgl. ebd.

⁵⁵ Vgl. ebd., S. 21.

⁵⁶ Ebd.

aber jeder Kurzschlussuizid aufgrund der hohen Affektivität zugleich ein Affektsuizid sein. Abgesehen von meinen oben konstruierten Suizidfällen gesunder, erwachsener Menschen, welche mit katastrophenartigen und identitätsbedrohenden Situationskonstellationen konfrontiert werden, denen zugleich eine rasche Tötungsmöglichkeit inhärent ist, muss man wohl Pödlinger zustimmen: Eigentliche Kurzschluss- oder Affektsuizide dürften nur bei Kindern, Schwachsinnigen, extrem explosiblen oder schwer psychotischen Menschen anzutreffen sein oder bei solchen, die unter starkem Drogeneinfluss stehen. Beim Drogenmissbrauch vor der Suizidtat muss dabei allerdings klar unterschieden werden zwischen den Fällen, "wo im Gelegenheitsrausch bis dahin völlig zurückgedrängte Selbstmordimpulse plötzlich übermächtig werden" und jenen, wo die Suizidalen sich lediglich "Mut antrinken". Während bei Letzteren der Entschluss zum Suizid eindeutig im nüchternen Zustand gefällt wird, muss auch bei Ersteren eine präsuizidale Entwicklung supponiert werden.⁵⁷

4 Interaktion zwischen "Affekten" (Emotionen) und "Bilanzierung" (Denken)

Vielen Psychiatern ist es ein Dorn im Auge, dass sowohl das Dreiphasenmodell Pödlingsers als auch Ringels Charakterisierung der präsuizidalen Einengung "in jedem Falle eine gewisse Abwägung, Entscheidung, Reflexion des Suizidenten" zu suggerieren scheinen. Wenn unter Psychiatern auch da von Impulshandlungen und Kurzschluss- oder Affektsuiziden gesprochen wird, wo zwar über eine längere Zeitspanne – vielleicht über Jahre hinweg – der Suizid als Option in Erwägung gezogen wird, der tatsächliche Entschluss aber anlässlich eines an sich geringfügigen Krisenereignisses oder unter Drogeneinfluss gefasst wird, scheint mir der Terminus Bilanzsuizid allzu restriktiv verwendet zu werden.⁵⁸ Die oft auch anlässlich der suizidologischen Frontenbildung zwischen Psychiatern und Philosophen zutage tretende Opposition zwischen *reflexionsloser Impuls- oder Affekthandlung* und *emotionsfreier Bilanzierung* wird der Realität der Großzahl suizidaler Menschen nicht gerecht. Die strikte Scheidung des "Affekt-" vom "Bilanzsuizid" lässt sich kaum halten, weil sich die kognitiven Funktionen Urteilsfähigkeit und Willensfreiheit im Teufelskreis der präsuizidalen psychodynamischen Einengung immer nur *graduell* verringern. Während im Frühstadium der psychodynamischen Entwicklung die bilanzierenden Momente dominieren dürften und den Teufelskreis erst ins Rollen bringen, nimmt der seelische Schmerz über die eigene Schwäche und Minderheit gegen Ende überhand. Es gilt also zum Verständnis suizidaler Handlungen unbedingt, die lange Phase der "Erwägung" des Suizids als Handlungsoption und der "Abwägung" dieser Option zu trennen vom "Entschluss" zur Suizidtat bzw. deren Ausführung. In Ringels klaren Worten "wäre es ein grober Fehler, nicht zu unterscheiden zwischen nüchterner Überlegung *vor* und *während* der Tat."⁵⁹ Während der Suizidakt nur unter den Bedingungen der erwähnten spezifischen Persönlichkeitsstrukturen einem voraussetzungslosen, situativ ausgelösten

⁵⁷ Vgl. Ringel: Der Selbstmord, S. 142f. "Wenn man auch den Versicherungen einiger dieser Patienten, sie hätten nie auch nur im entferntesten an Selbstmord gedacht, auf Grund ihrer typisch präsuizidalen Entwicklung sehr skeptisch gegenüberstehen muss, jedenfalls erscheint es denkbar, dass es ohne Alkoholwirkung in diesen Fällen nicht so bald zum Selbstmordversuch gekommen wäre." (ebd.)

⁵⁸ Vgl. Haltendorf: Suizidalität, S. 241. Martin Eichhorn illustrierte gesprächsweise eine solche Situation anhand einer sich langsam zuspitzenden Ehekrise: Obgleich für die Frau der Suizid während der ganzen schwierigen Zeit der gemeinsamen Ehejahre eine (trostreiche) Option darstellte und sie ihrem Mann mehrfach damit drohte, spricht Eichhorn von einem "Kurzschlussuizid", wenn der Suizid in einem alkoholisierten Zustand nach einem der üblichen Streitereien erfolgt.

⁵⁹ Ringel: Der Selbstmord, S. 102.

Affekt oder Impuls entspringen kann, stellt er zumeist das Resultat einer langen, oft in der frühen Kindheit ihren Ausgang nehmenden Persönlichkeitsentwicklung dar mit kontinuierlichen oder mindestens gelegentlichen bilanzierenden Rück- und Ausblicken:

In der dem Selbstmordversuch vorausgehenden ‚chronischen Phase‘, die ja oft Jahre dauert, finden wir mitunter jene ‚kaltbewusste Abwägung des Für und Wider, die dann sachlich und logisch zum endgültigen Entschluss führt‘ und von Hoche als wesentliches Kennzeichen des Bilanzselbstmordes beschrieben wurde. Es besteht gar kein Zweifel darüber, dass dieses ständige Vor-Augen-Haben der negativen Bilanz de facto später den Selbstmord bedingt.⁶⁰

Auch der seelische Schmerz über das Nicht-Akzeptieren-Können des eigenen Selbst dürfte sich in den meisten Fällen sukzessive steigern bis zur Unerträglichkeit, d. h. dem Überschreiten der individuellen Toleranzgrenze, ohne dass man den Suizid ursächlich oder auslösend auf das Konto der akuten "psychache" schreiben könnte.

Die Dichotomie von Affekt- und Bilanzsuiziden führt auch deswegen in die Irre, weil sie auf einer logischen oder zeitlichen Prioritätensetzung von pessimistischen Gedanken (Bilanzierung) und peinigenden Schmerzgefühlen (Affekten) basiert und damit die oft entscheidende suizidfördernde Interaktion zwischen ihnen ignoriert. Nach einem erbitterten Kampf zwischen physiologischen und kognitiven Gefühlstheorien⁶¹ sind heute viele Emotionspsychologen zur Einsicht gelangt, es sei weder notwendig noch möglich, "die Frage der Abfolge von Emotion und Kognition *prinzipiell* zu entscheiden".⁶² Genauso wie jede Lebens-Bilanzierung in höchstem Masse emotional besetzt sein dürfte, kommt die grosse Zahl menschlicher Gefühle durch Interpretation vergangener, gegenwärtiger oder zukünftiger Ereignisse zustande. Im Kontrast zu kurzen, intensiven und reaktiv entstandenen "Affekten", bei denen dank einer neuronalen Abkürzung die akkurate Situationsanalyse durch die denkenden Gehirnteile übersprungen wird, dürften die meisten menschlichen "Emotionen" einhergehen mit einer mehr oder weniger bewussten kognitiven Bewertung der Situationen oder Vorstellungen. Mit Blick auf die Neurophysiologie sind bei dieser "gewöhnlichen" Gefühlsgenese anders als bei Affekten die Aufwallungen des Mandelkerns durch das Wirken des präfrontalen Kortexes gedämpft: Indem dieser die emotionalen Impulse des Mandelkerns beschwichtigt und damit eine umsichtige und analytische kognitive Auseinandersetzung mit der (bedrohlichen) Situation ermöglicht, führt er prinzipiell zu angemesseneren Reaktionsweisen.⁶³ Bereits in der Antike hat man solche gesunden, angemessenen und vernünftigen Gefühle ("eupathien"), die eine innere Ausgewogenheit und ein Wohlbefinden der Seele garantieren, unterschieden vom "Pathos", der leidenschaftlichen Seelenbewegung, welche die Seele in Betroffenheit und Verwirrung stürzt.⁶⁴ Weder Platon noch die Epikureer und Stoiker appellierten an die – faktisch auch gar nicht realisierbare – Befreiung von allen Gefühlen, sondern nur von diesen letzteren heftigen Gemütsbewegungen, die im Lateinischen

⁶⁰ Ebd., S. 102f.

⁶¹ Vgl. zu dieser Kontroverse Dagmar Fenner: Glück. Grundriss einer Lebenswissenschaft, Freiburg/München 2003, S. 198-226, insbes. S. 225.

⁶² Ulich, Dieter: Das Gefühl, München/Wien/Baltimore 1982, S. 26.

⁶³ Vgl. Goleman: Emotionale Intelligenz, S. 45.

⁶⁴ Vgl. zur stoischen Gefühlstheorie Hans von Arnim: Stoicorum veterum fragmenta, Vol. 3, Stuttgart 1964, S. 92-97, sowie Diogenes Laertius: Leben und Meinungen berühmter Philosophen, Hamburg 1998, VII, 110-117. Den krankhaften "Pathoi" Lust, Begierde und Furcht stehen die "Eupatheiai" Freude, Wollen und Vorsicht gegenüber.

mit "affectus", im Deutschen entsprechend mit dem Lehnwort "Affekt" wiedergegeben werden. Anlässlich des Verlusts eines nahe stehenden Angehörigen ermahnt uns etwa Platon, zwar Trauer und Schmerz zu empfinden, aber Ruhe zu bewahren, um die Lebenssituation auf lange Sicht hinaus möglichst umfassend beurteilen und den Anforderungen des Alltags weiterhin gerecht werden zu können.⁶⁵ Weil jede Suizidhandlung, auch wenn sie auf einer wohlwogenden, nüchternen Bilanz beruht, von starken (gesunden) Gefühlen begleitet sein dürfte, macht die Rede vom "emotionalen Suizid" als Synonym zum "Affektsuizid" und Antonym zum "Bilanzsuizid" wenig Sinn.

5 Affekttheorie der Stoiker und die Kognitive Verhaltenstherapie

Kontrastiv zum oben erläuterten neurophysiologischen Modell werden gemäss der stoischen Affektlehre die übermässigen Leidenschaften oder Affekte nicht durch eine weitgehende Entmächtigung der Denkfunktionen initiiert, sondern vielmehr durch falsche Urteile oder Situationseinschätzungen⁶⁶ – gemäss Epiktets Motto: "Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Meinungen und Urteile über die Dinge."⁶⁷ Wer etwa anlässlich des Verlustes eines Angehörigen urteilt, er könne ohne diesen nicht weiterleben, weil sein ganzes Leben völlig wertlos geworden sei, würde im Gefühlsleben weit über die angemessene Trauer hinausschiessen. Solche durch kognitive Irrtümer induzierte Affekte würden infolgedessen auch nicht schnell wieder abklingen, wie es die aktuelle (neuro)psychologische Affektdefinition vorsieht, sondern im Gegenteil sich in einem "Aufschaukelungseffekt" zu immer stärkerer innerer Spannung und Erregung steigern. Denn der Betroffene ist im Glauben befangen, er errege sich zu Recht, weil ihm ein ihm zustehendes Glücksgut vorenthalten werde, wodurch eine "rückkoppelnde Bestätigung" entsteht.⁶⁸ Aufgrund der zyklischen Bezogenheit von Emotion und Kognition kann das Rückkoppelungssystem zu einem Teufelskreis mit eskalierenden negativen Gefühlen und Gedanken entarten.⁶⁹ Gemeinsam ist beiden Affekttypen somit die Heftigkeit oder Intensität. Kognitive Psychotherapeuten konstatieren in ähnlicher Weise bei vielen Patienten ein "Katastrophendenken", bei dem man die Konsequenzen und die Bedeutung bestimmter Situationen wie Verluste masslos ins Negative übertreibt, sich Horrorszenarien ausmalt und wie gelähmt in der immer stärker belastenden Lage verharrt. Anstelle der gemässigten Einschätzung eines erfahrenen Verlustes als "sehr, sehr schade, schlimm, höchst unerwünscht oder äusserst lästig" steigert man sich in

⁶⁵ Vgl. Platon: *Der Staat*, 603eff. sowie Christoph Horns akkuraten Kommentar in: *Antike Lebenskunst*, München 1998, S. 151f.

⁶⁶ Diogenes Laertius berichtet über die Stoiker: "Eine Folge aber der irrigen Meinungen sei die Geistesverwirrung, aus der zahlreiche Leidenschaften hervorsprossen und Anlässe zum Hin- und Herschwanken. Es ist aber nach Zenon die Leidenschaft (pathos) selbst entweder eine unvernünftige und naturwidrige Bewegung der Seele oder ein das Mass überschreitender Trieb. (...) Ihrer Meinung zufolge sind aber die Leidenschaften nichts anderes als Urteile, wie Chrysipp in dem Buch über die Leidenschaften sagt. Denn die Geldgier ist eine Annahme des Verstandes, der gemäss man das Geld für etwas Schönes hält, und ähnlich die Trunksucht und die Zügellosigkeit und die anderen Leidenschaften." (Laertius: *Leben und Meinungen*, 110f.)

⁶⁷ Epiktet: *Handbüchlein der Moral*, Stuttgart 1992, Abschnitt 5.

⁶⁸ Vgl. Malte Hossenfelder: *Die Philosophie der Antike 3, Stoa, Epikureismus und Skepsis*, in: Wolfgang Röd (Hrsg.): *Geschichte der Philosophie Bd. 3*, 2. aktual. Auflage, München 1995, S. 48ff.

⁶⁹ Vgl. zu dieser "zirkulären Rückkoppelungsschleife" Ulich: *Das Gefühl*, S. 29.

emotionale Turbulenzen hinein mit den unangemessenen Bewertungen "entsetzlich, furchtbar, katastrophal oder unerträglich".⁷⁰

Die ABC-Theorie der Rational-emotiven Verhaltenstherapie (...) besagt, dass Menschen Ziele und Werte haben (Gs – Goals), insbesondere am Leben zu bleiben und glücklich zu sein. Wenn diese Ziele (Gs) blockiert werden durch aktivierende Ereignisse oder Widrigkeiten (As – Activating Events/Adversities) wie z. B. Versagen, Ablehnung und Unbehagen, haben Menschen die Wahl, mit angemessenen Konsequenzen (Cs – Consequences) zu fühlen und zu handeln, wie z. B. Kummer, Bedauern und Frustration. Oder sie haben die Wahl, sich in Panik, Depression, Wut und Selbsthass hineinzusteigern und so unangemessene Konsequenzen (Cs) zu schaffen, die dazu tendieren, ihre A's zu verschlimmern und das Erreichen ihrer Ziele zu blockieren.⁷¹

Solche durch übertrieben negative Situationsbewertungen ausgelöste, handlungslähmende und eine rationale Auseinandersetzung mit der tatsächlichen Lage unterminierende heftige Gefühlszustände können zweifellos die präsuizidale psychodynamische Einengung vorantreiben. Je mehr die unvernünftigen, übersteigerten "Leidenschaften" der Seele zur Gewohnheit, d. h. chronisch werden und man sich infolge des Aufschaukelungseffektes in eine immer stärkere Erregung hineinmanövriert, gerät diese nach stoischer Lehre schließlich ganz außer Kontrolle, geht mit dem Betroffenen regelrecht "durch".⁷² Auch wenn die Vernunft inzwischen zur Einsicht gelangt sein sollte, dass die zugrunde liegenden Urteile falsch sind, sei der entfesselte Trieb oder Affekt in diesem Stadium nicht mehr zu stoppen.⁷³

Heinz Henseler schildert bei seinen Fallstudien einen Suizidtypus, bei dem sich die Personen meist im Laufe einer unaufhaltsam auseinanderbrechenden Ehe in einem Teufelskreis von Realitätsverzerrungen und Rückzug bis zum unerträglichen Zustand panischer Angst hineinsteigern, dem sie mittels Selbstauslöschung zu entfliehen suchen. Nachdem in ihnen schon lange vorher Selbstmordgedanken auftauchten und sie "für alle Fälle" Schlaftabletten besorgt hatten, kommt es zu folgender exemplarischer dramatischer Zuspitzung:

Ihn packte die Panik. (...) Er konnte nicht mehr richtig denken. Er sprang aus dem Bett, eilte ins Bad, schluckte 20 Schlaftabletten und legte sich, ohne ein Wort davon zu sagen, wieder neben seine Frau ins Bett. „Ich wollte mich umbringen, weiter habe ich nicht gedacht. Ich konnte auch gar nicht klar denken. Ich habe mich einfach hingelegt und überhaupt nichts mehr gedacht!“⁷⁴

⁷⁰ Vgl. Stavemann: "Egal wie unerwünscht oder schlimm eine Situation auch für uns sein mag: Sie ist oder wäre lediglich genau das. Auch wenn wir sie extrem schlimm und unerwünscht fänden, wird sie deswegen nicht unerträglich, katastrophal, furchtbar oder entsetzlich. Letzteres führt zu Panik oder Depressivität und meint inhaltlich weit mehr als sehr unerwünscht oder schlimm. Es hat eine darüber hinaus gehende, fast magische, lähmende Bedeutung, die – realistisch betrachtet – meist nicht gerechtfertigt ist." (Harlich H. Stavemann: Emotionale Turbulenzen, 2. überarbeitete Auflage, Weinheim 1999, S. 62)

⁷¹ Albert Ellis und Burkhard Hoellen: Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie, München 1997, S. 74.

⁷² Vgl. Hossenfelder: Die Philosophie, S. 48.

⁷³ Vgl. ebd. Laut der eigenen klinischen Erfahrung des Psychotherapeuten Dr. Marelli-Simon sind die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt nicht mehr vernünftig ansprechbar, sondern nur noch durch einen Appell an rudimentäre Über-Ich-Schemata zu verwirren und von der Suizidat abzuhalten (etwa: "Was würde Gott/Ihr Vater oder Sohn dazu sagen?").

⁷⁴ Heinz Henseler: Narzisstische Krisen, 4. aktual. Auflage, Wiesbaden 2000, S. 98.

Die Subsumption dieses Suizidtypus' unter die Rubrik "Affektsuizid" scheint korrekt, sofern man "Affekte" nicht im Sinne der neurophysiologischen sekundenschnellen Kurzschlussreaktion anlässlich unvermittelter Schockerlebnisse deutet, sondern als Resultat eines längeren, stoisch-kognitiven Aufschaukelungsprozesses. Obschon die den Suizidenten packende "Panik" als eine "falsche Alarmreaktion"⁷⁵ nicht aus heiterem Himmel fällt wie kurzzeitige, reaktiv in Konfrontation mit einer unerwarteten Katastrophe entstandene Affektzustände, dürfen die neurologischen und physiologischen Vorgänge im Suizidenten mit denen des oben explanierten "Alarmmodusses" kongruieren. Die Situation vor dem Absprung, so postuliert Jean Améry, stelle sogar in den meisten Suizidfällen eine "aberwitzige Egalität" her – handle es sich nun um einen "Bilanz-", "Kurzschluss-" oder sonstigen Suizid: "Der Suizidant (...) schlägt mit seinem Kopf den rasenden Trommelwirbel gegen die anrückenden Wände und stößt schließlich mit diesem dünn gewordenen und schon wunden Schädel durch die Mauer."⁷⁶ Ähnlich zitiert Michel einen suizidalen Patienten: "In meinem Kopf ist die Hölle los. Ich begreife nichts mehr. Habe unheimliche Angst. Mein Körper zittert. Habe Selbstmordgedanken. Wenn das nicht sofort aufhört, und ich nicht wieder voll da bin, mache ich Schluss."⁷⁷ Auch wenn zum Zeitpunkt der Tat eine sorgfältige analytische Bilanzierung nicht mehr möglich ist, sondern im Paradeexempel Henselers schliesslich eine keineswegs aus dem Rahmen fallende Reaktionsweise der Gattin das Fass negativer Gefühle und Selbstwerteinbussen zum Überlaufen bringt, hat der Suizident doch eine lange (in diesem Fall mindestens 10-jährige) Phase der Reflexion, der Erwägung und Abwägung hinter sich. Wenn Psychiater auf das angeblich bewiesene Faktum pochen, 96% aller Suizidhandlungen seien Affekt- oder Impulshandlungen,⁷⁸ kann dies nur im Sinne der stoisch-kognitiven Affekttheorie richtig sein, nicht aber im Sinne völlig unvermittelt auftretenden seelischen Schmerzes und suizidaler Impulse als primärer "Ursachen" der Suizidhandlung. Wie ich oben aufzuweisen suchte, sind solche "grundlosen" Kurzschlussreaktionen nur in seltenen Fällen einer plötzlich auftauchenden Psychose,⁷⁹ Geistesschwäche, Infantilität, extremer Impulsivität oder unter Drogeneinwirkung denkbar, die eher 4% statt 96% aller Suizidakte ausmachen dürften. Solange man nur den augenblicklichen Tatzeitpunkt, nicht die lange Entwicklung kontinuierlicher Bilanzierung und Spannungssteigerung im Verhältnis zur tatsächlichen Lebenssituation in Rechnung stellt, scheint mir die Diagnose "Affektsuizid" wenig aussagekräftig zu sein und dem Verständnis suizidaler Menschen entgegenzuwirken.

6 Fazit: Kontinuum zwischen "Bilanz-" und "Affektsuizid"

Abschliessend gilt mit Petermann nochmals festzuhalten, dass die meisten Suizidhandlungen zwischen den beiden Extremen des Suizids "aus Affekt" oder "aufgrund sorgfältiger Bilanz" angesiedelt werden müssen. Anstelle einer trennscharfen Abgrenzung zwischen "Bilanz-" und "Kurzschluss-" bzw. "Affektsuizid" muss man daher grundsätzlich von einem Kontinuum zwischen den Extremformen rational-nüchternen Bilanzierung und affektiv-impulsiver Kurzschlussbehandlung ausgehen. Als Beispiele für ersteren Typus dient ihm "jene achtzehnjährige Schülerin (...), welche

⁷⁵ Vgl. zur Definition von "Panik" Sigrun Schmidt-Traub: *Angst bewältigen*, 3. neu bearb. Auflage, Heidelberg 2005, S. 7, zu den neurologischen und physischen Veränderungen im Panikzustand ebd., S. 15f.

⁷⁶ Jean Améry: *Hand an sich legen*, Stuttgart 1978, S. 20.

⁷⁷ Michel: *Existenzanalyse*, S. 7.

⁷⁸ Man beruft sich dabei auf eine Studie von Ettliger und Flordh (1955), die bei 500 Suizidversuchen herausfanden, "dass nur 4% sorgfältig geplant" waren (Bronisch: *Der Suizid*, S. 37).

⁷⁹ Vgl. Ringel: *Selbstmordverhütung*, Bern 1969, S. 92.

ihren ersten Liebeskummer hat und keinen Sinn mehr im Leben sieht."⁸⁰ Bezüglich des Bilanzsuizids verweist er zwar nicht auf Sigmund Freud, aber auf die generelle Situation terminal Kranker, in welcher etwa "bei dem fünfzigjährigen Mann nach der dritten Chemotherapie erneut Metastasen auftreten."⁸¹ Trotz oder paradoxerweise gerade wegen dieses Kontinuums zwischen den Extrempositionen fordert er allerdings: "Es braucht daher ein praktikables Kriterium, um den Affektsuizid vom Bilanzsuizid unterscheiden zu können", wobei dieses "einfach zu handhaben und ein verlässlicher Indikator" sein soll.⁸² Doch ist diese Forderung nach einem trennscharfen Unterscheidungskriterium überhaupt realistisch und sinnvoll? Gälte es nicht vielmehr, in jedem individuellen Einzelfall mit Blick auf die suizidale Entwicklung und die tatsächliche Lebenssituation der Betroffenen zu eruieren, wie groß die bilanzierenden Momente und diejenigen übersteigter unangemessener Affekte sind?

Petermann jedenfalls meint das gewünschte Abgrenzungskriterium untrüglich in der "Kontinuität des Suizidwunsches" gefunden zu haben; denn kein anderes Kriterium signalisiere "derart klar und unmissverständlich die Ernsthaftigkeit und damit die Qualität des Suizidwunsches" wie dessen zeitliche Kontinuität.⁸³ Dem muss man aber mit Pohlmeier kontern, es sei "nicht einleuchtend, allein von der Länge der Zeit auf eine wohlüberlegte Bilanzierung zu schließen", weil "die Länge der Zeit der Entschlusslosigkeit nicht nur Ausdruck reiflicher Überlegung sein muss."⁸⁴ Wenn die sich meist über einen langen Zeitraum erstreckende präsuizidale Entwicklung gemäss Pöldingers und Ringels Angaben in jedem Fall pathologische Züge aufweist und von sukzessiver Reduktion der Urteilsfähigkeit gekennzeichnet ist,⁸⁵ würde dies die Qualität der Bilanzierung und damit auch des immer wiederkehrenden Todeswunsches erheblich beeinträchtigen. Die teilweise über einen grossen Zeitraum andauernde psychopathologische Einengung zeigt also, dass die Festsetzung einer minimalen Dauer der Erwägungs- und Abwägungsphase schwerlich ein hinreichendes Kriterium für einen "Bilanzsuizid" sein kann. Gleichwohl vermag die von Petermann geforderte sechsmonatige Wartefrist zweifellos nicht nur Kurzschluss- oder Affektreaktionen aus traumatisierenden akuten Stresssituationen auszuschliessen, sondern schafft auch die notwendige Voraussetzung (keine Garantief!) für eine sorgfältige Güterabwägung und fundierte rationale Urteilsfindung. Neben das notwendige quantitative Kriterium einer längeren Erwägungs- und Abwägungsphase müssten aber für einen "Bilanzsuizid" erst noch zu entwickelnde inhaltlich-qualitative Kriterien umfassender Rationalität und ethischer Legitimität treten.⁸⁶ Die im Einzelfall

⁸⁰ Petermann: Der Entwurf, S. 1123.

⁸¹ Ebd.

⁸² Ebd.

⁸³ Ebd.

⁸⁴ Hermann Pohlmeier: Selbstmord und Selbstmordverhütung, München, Wien u. a. 1978, S. 67. Aus der Sicht eines Therapeuten gilt gleichwohl die Faustregel, Zeit zu gewinnen und den Entscheidungsprozess des suizidalen Patienten so lange wie möglich im Fluss zu halten, um möglichst viele Argumente prüfen und die Zukunftschancen ausloten zu können. Die therapeutische Devise "Je länger der Prozess, umso fundierter die Entscheidung" gilt natürlich nur unter diesen Umständen (Wolfram Dormann: Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, Stuttgart 1991, S. 14).

⁸⁵ Vgl. oben. Auch Zenon spricht bei den "Leidenschaften" bzw. "Pathoi" der Seele von Krankheiten oder Störungen (vgl. Laertius, VII, 115).

⁸⁶ Wenn Petermann solche Zusatzkriterien aus Angst vor Objektivitätsverlust zugunsten des quantifizierbaren Zeit-Kriteriums ausblendet, macht er es sich meines Erachtens zu einfach: "Für die Unterscheidung von Affekt- und Bilanzsuizid stellt das Kriterium der Kontinuität einen der verlässlichsten und objektivsten Indikatoren dar, ist doch das Kontinuum der Zeit vielfach ein weitaus nachvollziehbareres Kriterium als

vorzunehmende umfassende Analyse von bilanzierenden versus affektiven Elementen hätte also unbedingt sowohl den temporalen als auch die qualitativen Aspekte in Betracht zu ziehen.⁸⁷ Diese würden dabei nicht für eine distinkte Scheidung der "Bilanz-" von den "Affektsuiziden" taugen, sondern lediglich als Gradmesser für die Urteilsfähigkeit, nachvollziehbare und anererkennungswürdige Bilanzierungen und entsprechende gesunde, vernünftige Gefühle suizidaler Menschen figurieren bzw. für das Ausmaß an ungezügelter Affekten auf der Basis unangemessener Situationsbeurteilungen.

höchstpersönliche Gründe, welche im Individuum den Suizidwunsch auslösen." (Petermann: Der Entwurf, S. 1123)

⁸⁷ Diese Betrachtungshinsichten scheinen mir adäquater zu sein als schwer zu begründende, willkürliche pragmatisch-technische Zusatzkriterien, wie sie etwa in einem psychiatrischen Lehrbuch anzutreffen sind. Denn als Merkmale einer "freien Willensbestimmung bei Suizidenten" werden hier "ein Motiv (z. B. Vereinsamung, unheilbare Krankheit, Verschuldung), eine sorgfältige und längerfristige Planung, ein Abschiedsbrief, die Anwendung einer weichen Methode sowie Maßnahmen zur Verhinderung einer frühzeitigen Entdeckung" aufgelistet (Haltendorf: Suizidalität, S. 243).