

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

### DOPPEL-SUIZID

Der Suizid erschüttert. Der erweiterte oder Doppel-Suizid macht fassungslos. Hier sind zwei Menschen in den gemeinsamen freiwilligen Tod gegangen. Was waren die Ursachen, Motive, Auslöser? Wer tötete zuerst und anschließend sich selber? Wie ist das Geschlechts- und Alters-Verhältnis sowie die psychosoziale Bindung. Eheleute, Partner, vielleicht sogar Vater bzw. Mutter und Kind(er)? Vor allem: Wie häufig sind erweiterte Suizid-Handlungen und was weiß man über mehr oder weniger charakteristische Merkmale? Denn eines ist sicher, ob nun ein einzelner Hand an sich legt oder einen anderen Menschen „mit sich nimmt“, freiwillig oder gar ahnungslos: Man sollte rechtzeitig darauf aufmerksam werden, nachfragen und zu helfen versuchen, in welcher Form auch immer. Denn wie gesagt: Der Suizid macht ratlos, der erweiterte Suizid fassungslos.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Suizid – Selbstmord – Selbsttötung – Doppel-Suizid – Suizidversuch – Doppel-Suizidversuch – erweiterter Suizid – Mitnahme-Suizid – murder-suicide – Tötungsdelikt mit Anschluss-Suizid – Homizid – Homizid-Suizid – Geisterfahrer – Kamikaze – Terroristen-Suizid – Massen-Suizid – Amok – Psychodynamik des Doppel-Suizids – Motivation des Doppel-Suizids – Neonatizid – Infantizid – Finizid – Häufigkeit von erweiterten Suizid-Handlungen oder Doppel-Suizid – Charakteristika von erweiterten Suizidhandlungen oder Doppel-Suizid – Alter und Doppel-Suizid – Geschlecht und Doppel-Suizid – Alter und erweiterter Suizid – Geschlecht und erweiterter Suizid – Komorbidität und erweiterter Suizid – Komorbidität und Doppel-Suizid – u.a.m.

Wenn ein lebensmüder Mitmensch mit tödlicher Folge Hand an sich legt, dann sind alle erschüttert – und die meisten völlig überrascht. Noch fassungsloser reagiert man, wenn sich zwei, meist nahe verbundene Menschen zusammen

das Leben nehmen. Hier hören Einsicht, Verständnis und auch Nachsicht noch schneller auf. So etwas kann sich eigentlich niemand vorstellen. Dass es ein gemeinsamer Todes-Entschluss sein könnte, wird zwar nicht ausgeschlossen, ist allerdings in Friedenszeiten und ohne offensichtliche Not-Situation schwer zu begreifen. Doch ist auch nicht auszuschließen, dass sich „nur“ der eine das Leben nehmen wollte und den anderen „mit in den Tod gerissen haben könnte“. Und das macht die Fassungslosigkeit noch größer.

Dies zumal deshalb, weil einem dazu jeglicher Kenntnisse fehlen, von Fach-Kenntnissen ganz zu schweigen. Weil solche „erweiterte suizidale Handlungen“, in den letzten Jahren zunehmend breiter in den Medien, vor allem der (lokalen) Presse dargestellt werden, die in der üblich kurzen Information zum notwendigen tieferen Verständnis auch wenig beitragen können, wächst auch die Ratlosigkeit (Stichworte: „Mutter tötet Kind“ oder „Mütter, die morden“ u. a.). Dazu kommen noch die gnadenlos durchgezogenen und noch häufiger androhten Amok-Taten, z. B. an deutschen Schulen (so genanntes School-Shooting) die zwar mit dem Doppel-Suizid nichts zu tun haben, die Angst vor solchen Ereignissen aber noch mehr schüren.

Glücklicherweise handelt es sich in jedem Fall um seltene Ereignisse, statistisch gesehen. Das Medien-Echo und damit die öffentliche Resonanz aber ist groß, durchaus verständlich, aber auch mit eher verunsichernden Konsequenzen.

Das hat auch etwas mit der – leider nicht immer befriedigenden – Unterstützung der zuständigen Experten zu tun, d. h. der Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, Psychologen, nicht zuletzt wenn es um gutachterliche, d. h. juristisch-forensische Fragen in psychiatrisch-suizidologischem Zusammenhang geht. Dies vor allem dann, wenn es einen schwierigen Übergangsbereich abzuklären gilt: von der erweiterten suizidalen Handlung bis zur „Fremd-Selbst-Tötung“ (englische und damit internationale Fachbegriffe, die nichts an Eindeutigkeit vermissen lassen: „murder-suicide“ bzw. „homicide-suicide“).

Weil das nun aber tatsächlich ein schwieriges wissenschaftliches, klinisches und damit auch allgemein-verstehbares Terrain ist, nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht eines der renommiertesten Suizid-Experten deutscher Sprache, nämlich von dem Psychiater und Klinik-Direktor Professor Dr. Manfred Wolfersdorf (Bezirkskrankenhaus Bayreuth) in der Fachzeitschrift *Suizidprophylaxe* 37 (2010) 92 unter dem Titel „Der Doppel-Suizid(-Versuch) - Charakteristika erweiterter suizidaler Handlungen. Im Einzelnen:

## **Begriffe**

Der Begriff des „erweiterten Selbstmordes“ ist schon über hundert Jahre alt. Man hat sich also schon damals mit diesem Problem wissenschaftlich beschäftigen müssen.

Später sprach man von Suizid, weil ja kein „Mord“ vorliegt. Suizid kommt vom lat.: sua manu caedere, von eigener Hand fallen, wobei caedere bzw. caedes nicht nur das Fällen von Bäumen, sondern auch das Töten, Schlachten, Morden, Ermorden, Blutbad, Gemetzel bezeichnet.

Die heutige Definition spricht seit über einem halben Jahrhundert von „erweitertem Suizid“ bzw. „erweitertem Suizidversuch“ oder „misslungenem erweitertem Suizid“. Ebenfalls ein halbes Jahrhundert alt ist der Begriff des „Doppel-Suizids“ bzw. „Doppel-Suizidversuchs“ oder die „gemeinsame suizidale Handlung“.

Weitere Begriffe mit ähnlicher Folge aber völlig anderen Motiven sind der „Homizid-Suizid“, der „murder-suicide“, der „Massen-Suizid“ sowie die unheilvollen Phänomene „Amok“, „Kamikaze“, „Geisterfahrer“ u. a.

## Definitionen

In der deutschsprachigen Fachliteratur werden derzeit folgende Definitionen und Charakteristika für die verschiedenen Typen von erweiterten suizidalen Handlungen angeführt:

- Ein **Doppel-Suizid** liegt dann vor, wenn zwei Menschen in Übereinstimmung und ungefähr gleichzeitig durch Suizid versterben, auch wenn nach gemeinsamer Überlegung der Aktiveren zuerst den Anderen und dann sich selbst tötet. Offen bleiben hier Zeit-Abstand sowie die Frage, ob es der gleiche Suizid-Ort sein muss.

Kurzfassung: Beide freiwillige Selbsttötung, gemeinsame Motivation, möglichst gleichzeitig, möglichst gleicher Ort.

- Ein **erweiterter Suizid** liegt dann vor, wenn in die eigene Suizidhandlung ein Beteiligter oder mehrere Beteiligten ohne ihr eindeutiges Einverständnis einbezogen werden.

Hier finden sich dann auch die bedeutungs-gleichen bzw. –ähnlichen Begriffe

- *Mitnahme-Suizid*
- *murder-suicide* sowie
- *erweiterter Suizid bzw. Suizidversuch.*
- Auch der Begriff *Tötungsdelikt mit Anschluss-Suizid* ist gelegentlich zu hören.

Kurzfassung: Eigene Selbsttötung nach Töten eines Anderen. Mitnahme eines anderen, meist Intimpartner oder eigenes Kind, in die eigene Suizidhandlung.

Freiwilligkeit des Mitgenommenen wird vom Täter dem Mitgenommenen unterstellt, bleibt aber letztlich offen. Enge Beziehung zum getöteten Anderen. Altruistische Motivation (s. u.) für die mitgenommene Person („zu seinem besten“). Psychodynamik der Beziehung (d.h. ein entsprechend tiefes Verhältnis in welcher Richtung auch immer zueinander) nachweisbar.

- Unter **Homizid-Suizid** versteht man die beabsichtigte Tötung eines anderen ohne dessen Einverständnis mit nachfolgender bzw. dabei erfolgendem eigenen Suizid bzw. der intendierten (beabsichtigten) Tötung des Handelnden durch andere.

Hier gehen dann auch die bedeutungs-gleichen bzw. -ähnlichen Begriffe in die wissenschaftliche Diskussion ein:

- *murder-suicide*
- *sowie Geisterfahrer, Kamikaze, Terroristen-Suizid u. a.*

Kurzfassung: Eigene Selbsttötung nach Tötung eines anderen oder deren mehrere. Mitnahme eines anderen, der unfreiwilliges Opfer wird. Opfer kann willkürlich und ohne Bezug zum Suizidenten sein. In der Psychodynamik können Rache oder psychotische Aspekte („Geisteskrankheit“) eine Rolle spielen.

- Unter einem **Massen-Suizid** versteht man die eigene Selbsttötung nach Tötung anderer. Hier liegt dann häufig eine Mischung aus Freiwilligkeit, Zwang und Getötet-Werden vor. Es handelt sich um eine Kombination von Homizid und Suizid.

- **Amok** hat als primäres Ziel die Tötung anderer im Auge und schließlich des Getötet-Werdens bzw. der eigenen Selbsttötung. Psychodynamisch handelt es sich um fremd-aggressive und/oder paranoia-nahe (wahnhaft) Phänomene.

Nachfolgend noch einmal eine ausführlichere Darstellung der kennzeichnenden Merkmale der einzelnen Handlungen, wie sie Prof. Dr. M. Wolfersdorf in seinem Fachbeitrag ausführt:

### **Kennzeichnende Merkmale**

Als Kriterien für die Diagnose eines *erweiterten Suizides* bzw. eines *erweiterten Suizid-Versuches*, vor allem in Abgrenzung zum *Homizid-Suizid* gelten:

1. Beim erweiterten Suizid/Suizidversuch ist die führende bzw. primäre Entscheidung des Täters zur Mitnahme eines anderen die Aufgabe des eigenen Lebens. Also keinesfalls als Rache und/oder Suizid aus Reue.

Dabei kann es definitorische Unterschiede geben, je nach Experten-Meinung, und zwar zum klassischen „Doppel-Suizid“. So ist es offensichtlich nicht die Auslöschung des eigenen Lebens als führendes Motiv, die den Doppel-Suizid charakterisiert, sondern die Gemeinsamkeit des Motivs, die entscheidet. Der Doppel-Suizid setzt die Übereinstimmung des Handelns, d.h. das gemeinsame Selbsttötungs-Ziel voraus. Dabei kann entweder die Handlung von der handelnden Person jeweils einzeln oder gleichzeitig durchgeführt werden. Oder der aktive Partner übernimmt die Durchführung, also zuerst die Tötung des anderen und dann die Selbst-Tötung.

2. Als weiteres Kriterium für den *erweiterten Suizid(-Versuch)*, gilt, dass die Mitnahme für den Handelnden aus altruistischen (selbstlosen, uneigennütigen) Motiven erfolgt (was dem schockierten Umfeld häufig eher als „pseudoaltruistisch“ aufstößt). Diese Motivation und Psychodynamik kann psychopathologisch erklärt werden, z. B. durch schwer depressives und/oder schizophren-psychotisches Erleben, wobei in den letzten Jahrzehnten auch vermehrt narzisstische Aspekte diskutiert werden. Einzelheiten zu diesen Fachbegriffen siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

3. Als drittes Kriterium gilt die Gleichzeitigkeit der Tat. Dabei kann die Suizidhandlung manchmal auch selber oder von außen her abgebrochen bzw. trotz konkreter Planung nicht durchgeführt bzw. überlebt werden. Dies gilt zwar als wichtiges Kennzeichen der erweiterten suizidalen Handlung (einschließlich Doppel-Suizid), ist aber hinsichtlich der Forderung nach engem zeitlichem Zusammenhang und Gleichzeitigkeit des Ortes nicht eindeutig festgelegt. Das heißt, die zeitliche Distanz zur Tötung des anderen in erweitert-suizidaler Absicht und der eigenen Suizidhandlung ist wissenschaftlich umstritten. Das gleiche gilt auch für die Gemeinsamkeit des Ortes.

4. Weitere Diskussions-Kriterien sind nicht so eindeutig. Dazu gehört die Forderung nach einem spontanen und wenig reflektierten Entscheidungs-Ablauf. Das heißt beispielsweise, dass die Tragweite der Handlung, nämlich einen anderen Menschen zu töten sowie deren rechtliche Konsequenzen nicht ausreichend durchdacht bzw. aus krankhaften Gründen nicht realisiert werden können.

Dies ist vor allem in forensischer Hinsicht bedeutsam (d. h. inwieweit ein offensichtlich oder möglicherweise psychisch Erkrankter durch seine Tat rechtskräftig verurteilt werden kann, z. B. wenn er überlebt, im Gegensatz zum anderen). Es muss also im forensischen Sinne die freie Willensbildung eingeschränkt oder aufgehoben und weiterhin die Ernsthaftigkeit zur eigenen suizidalen Handlung ausreichend gegeben sein, wobei auch die psychodynamische Übereinstimmung der Einbeziehung eines anderen Menschen und der eigenen Tötung positiv belegt werden muss, so Professor Wolfersdorf.

Und um bei diesem Problem zu bleiben, gilt es auch gleich die Frage nach der Schuldfähigkeit zum Handlungszeitpunkt sowie nach der Wiederholungsgefahr

zu klären, eine gutachterlich bedeutsame und häufig auch schwierige Fragestellung. So etwas ist beispielsweise – wenn auch unfassbar – im Berufsleben eines Psychiaters oder Nervenarztes nicht so selten, beispielsweise bei schwer psychotisch-depressiven Müttern, die ihr Kind oder gar deren mehrere töteten, beim eigenen Suizid-Versuch aber überlebten.

Einzelheiten dazu siehe die ausführliche Fachliteratur. Hier nur einige Fachbegriffe und wissenschaftliche Daten in Kurzform:

Dabei spricht man von

- *Neonatizid*, der Tötung eines Neugeborenen
- *Infantizid*, der Tötung eines Säuglings im ersten Lebensjahr sowie von
- *Filizid*, der Tötung eines Kindes nach dem ersten Lebensjahr.

In einer entsprechenden deutschen Untersuchung fanden die forensischen Experten in über 130 Fällen von *Filizid* in etwa der Hälfte der Fälle altruistische Beweggründe, bei einem Fünftel psychotische Motivationen und nur bei nicht einmal jedem 20. die Rache am Partner. Oder kurz: In fast allen erfassten(!) Fällen diagnostizierten die forensischen Experten eine erweiterte Suizidhandlung. Das heißt, bei der eine entsprechende seelische Krankheit das tödliche Verhalten bestimmt und – besonders wichtig – bei dem gegenüber dem Tat-Opfer keine destruktive Einstellung bestand bzw. die Mitnahme-Tötung altruistisch motiviert war (z. B. in der depressiven, verzweifelt-hoffnungslosen Einstellung, die alles verdunkelnd einbezieht, auch das Kind oder die Kinder mit zu erlösen).

Statistisch ist die Tötung der eigenen Kinder im Rahmen der erweiterten Suizidhandlungen überschaubar (wenngleich für jeden unglückseligen Fall natürlich eine Katastrophe). Dabei ist das Tötungs-Risiko für Kinder im ersten Lebensjahr am höchsten. So lautet eine Statistik für die durchschnittliche jährliche Opferrate, bezogen auf 100.000 der entsprechenden Altersgruppe für unter 6-Jährige = 1,93% und für 6-13-Jährige = 0,63%.

Hier soll noch einmal auf eine besondere Konstellation hingewiesen werden, die schon anklang: gemeint sind depressive und suizidale Mütter mit Gefahr des erweiterten Suizids, der dann auch zwischen 16 und 29% der erfassten Fälle, d. h. fast jeder Dritten gemeinsam gelang. Da bisher – auch in der spezialisierten Erforschung der Depressionen - überwiegend vom weiblichen Geschlecht und seinem (offensichtlich auch halbwegs charakteristischen) Beschwerdebild ausgegangen worden ist, wurden nach selbstkritischer Einschätzung „Männer-Suizide“ nicht adäquat erfasst, beschrieben und damit vorbeugend und therapeutisch in Grenzen gehalten. Das beginnt sich erst in letzter Zeit zu ändern – mit folgender bedenklicher Erkenntnis:

Während es beim erweiterten Suizid mit Kinder-Opfern bei den weiblichen Patienten fast jede Dritte war, die den Tod selber suchte und fand, sind es bei den Vätern mit Kindstötung zwischen 40 und 60%, also das Doppelte an erweiterter Gefährdung.

In beiden Fällen aber ist und bleibt es extrem hoch und wird (zunehmend?) auch zum Objekt wissenschaftlicher Erforschung, gezielter Vorbeugung und fachlicher ambulanter, notfalls klinischer Behandlung.

Das leitet zu einem eigenen Kapitel, nämlich zur Epidemiologie des erweiterten Suizids über:

### **Wie häufig sind erweiterte Suizid-Handlungen?**

Die Häufigkeit des Doppel-Suizids oder vergleichbarer Suizid-Handlungen bezieht sich in der statistischen Berechnung auf sämtliche erfasste Suizide. Einzelheiten zu diesen Daten siehe die Hinweise in den entsprechenden Kapiteln dieser Serie.

Bezogen also auf die Gesamtzahl aller Suizide liegen Untersuchungen aus der Schweiz vor (2008), die von 0,6 bis 2,3% (Gesamt-Schätzung: 1,2%) ausgehen. In Israel (2005) sind es zwischen 0,6 und 4,0% aller Suizide (wobei sogar eine 3-fach-Suizidhandlung beschrieben wird). Eine ältere Untersuchung aus England (1955 bis 1958) spricht von 0,56%, wobei dann auch eine Zunahme erweiterter Suizid-Handlungen im Laufe der letzten Jahrzehnte diskutiert werden kann. Insgesamt scheint man mit 1,5% erweiterter Suizid-Handlungen, gemessen an allen erfassten Suiziden, der Realität am nächsten zu kommen.

### **Zur Psychodynamik und Motivation erweiterter suizidaler Handlungen**

Der „Tod durch eigene Hand“ ist nicht nur ein mehrschichtiges, sondern ein vielschichtiges Phänomen, letztlich so individuell wie die Zahl der Betroffenen. Gleichwohl lassen sich dann doch einige psychodynamische bzw. motivationale Schwerpunkte herauslesen. Unter *Psychodynamik* versteht man (allgemein verständlich und verkürzt dargestellt) die innerseelischen zwischenmenschlichen Bedingungen, die zumeist gut gehen, aber auch Probleme aufwerfen können – bis hin zum mehr oder weniger gemeinsam abgesprochenen Ausscheiden aus dem Leben. Unter dem *Motiv* versteht man die konkreten Beweggründe, die zu einer (solchen) Tat führen können.

Wie schon zuvor erläutert, kommt es sowohl auf den Zeitpunkt der Erhebung an, als auch auf die Erfassungsmethode, die Zahl der erfassten Fälle und einen nationalen (gesellschaftlich-kulturellen) Aspekt, der naturgemäß besonders schwer zu bewerten ist, wenn man beispielsweise nicht aus dem gleichen Kulturkreis stammt.

Wenn man versucht, sich durch die z. T. verwirrende Vielfalt entsprechender Daten zu einer nutzbaren Übersicht durchzuarbeiten, dann zitiert Professor Wolfersdorf aus den in dieser Hinsicht wichtigsten Studien folgende Charakteristika eines „suicide pacts“ (am ehesten mit dem erwähnten Doppel-Suizid vergleichbar):

- eine intensive Bindung des Paares
- eine häusliche und intime Beziehung des Paares
- die Häufigkeit früherer Suizid-Ankündigungen und -Versuche des Initiators
- eine vorhersehbare Bedrohung der Beziehung
- das Vorliegen einer seelischen Erkrankung, vorwiegend einer Depression oder einer Schizophrenie

Dazu nachfolgende psychosoziale Ergänzungen:

- Die Ausführenden sind meist Ehepartner und über fünfzig Jahre alt
- Der Initiator ist üblicherweise männlich
- Er ist meist depressiv und war schon selbst-verletzend in der Vorgeschichte tätig
- Vielfach liegen eine starke Abhängigkeits-Beziehung und eine Bedrohung einer dauerhaften Beziehungs-Nähe vor
- die Paare sind meist sozial isoliert
- es sind ernsthafte gesundheitliche Probleme zu ertragen

Im Weiteren finden sich – je nach Studie bzw. Publikation – bestimmte Aspekte gehäuft. Dazu gehören – ohne Wertung durch nachfolgende Aufzählung und vor allem jeweilige statistische Bedeutung – folgende Aspekte:

- Ältere, verheiratete Menschen, die an einer schweren körperlichen oder psychischen Krankheit leiden, sozial isoliert, arbeitslos oder berentet waren.
- Mittleres Alter: 51 Jahre, meist war der Ehepartner involviert.
- In mehr als drei Viertel der Fälle ein arbeitsloser bzw. berenteter Ehemann als aktiver Partner sowie als weitere Charakteristika: kinderlose Ehe (mehr als ein Drittel), Gesundheitsprobleme (zwei Drittel), Alkoholmissbrauch (mehr als die Hälfte), Wutgefühle und Depressionen (vier von zehn Fällen), Liebesprobleme bzw. geringes Selbstwertgefühl (bei je einem Viertel) u. a.
- Im Rahmen depressiv veränderter Stimmungslage mit Fehlbeurteilung der Lebenssituation fanden sich vor allem endogene Depressionen, aber auch klimakterische Depression, Schizophrenie, abnorme Erlebnisreaktion, affektives Durchgangs-Syndrom und Bilanz-Suizide (wobei diese Diagnosen zu

einer älteren Klassifikation gehören, die heute so offiziell nicht mehr alle verwendet werden).

- In einer französischen Untersuchung waren die häufigsten Opfer Kinder, gefolgt von Ehepartnern (davon fast ausschließlich weiblichen Geschlechts); aber auch Fremde, Freundinnen und weitere Angehörigen. Zu den psychodynamischen und motivationalen Aspekten zählten vor allem schwere Depressionen, chronischer Alkoholismus, Eifersucht, chaotische Beziehungen sowie Trennungs-Drohungen, verbale Drohungen und (häufige) körperliche Gewalt vorausgehend.
- Einem offensichtlich bedeutungsschweren Trend folgend häufen sich auch Studien über gemeinsame Suizid-Versuche bei Adoleszenten (Heranwachsenden). Auch wenn es (wegen der robusteren biologischen Ausgangslage?) überwiegend bei Versuchen geblieben sein soll, ist diese Entwicklung doch nachdenkenswert.

Einige Stichworte, die dazu anregen könnten, sind der jeweiligen Lebens-Situation zu entnehmen: Eltern meist getrennt oder geschieden, Vater häufig verstorben (Alkoholismus), Mutter oft psychisch krank (Depression, Psychose), erhebliche Belastungen im Familien-System (auch bei Adoptionen). Und – im Vergleich zu „Einzel-Suizidversuchen“ - nicht nur häufiger Eltern(teile) durch Tod sowie Scheidung, Trennung u. a. verloren, sondern auch öfter in Heimen untergebracht.

## Schlussfolgerung

Erweiterter Suizid-Versuch bzw. Suizid ist ein glücklicherweise (noch) extrem seltenes Ereignis unter den suizidalen Handlungen generell (bis zu 4%). Umso größer ist seine medien-wirksame Bedeutung, stellt Professor Dr. M. Wolfersdorf in seiner Übersicht fest.

Und weiter: Neben den klassischen Kriterien von gemeinsamer suizidaler Motivation, Übereinstimmung von Zeit und Ort (wenngleich umstritten), altruistischer Motivation bei der Einbeziehung des anderen sind psychodynamische Charakteristika von Bedeutung, insbesondere die enge krankhafte Bindungs-Struktur, die eine fast ausschließliche Beziehung außerhalb des normalen Beziehungsgeflechts etabliert. Dazu die vorhandene oder erwartete Beziehungs-Bedrohung und die affektive (Gemüts-) und kognitive (geistige) Einengung des Erlebens von Umwelt und Zukunftsfähigkeit auf Grund einer seelischen Erkrankung.

Deshalb sind Menschen, die eine erweiterte suizidale Handlung überleben, besonders behandlungs-bedürftig. Nicht nur Grund-Erkrankung und tödliche Folge-Psychodynamik, sondern auch ein extrem hohes weiteres Suizid-Risiko.

Ein Auftrag, der nicht nur Psychiater, Nervenärzte, Psychologen und Allgemeinmediziner betrifft, sondern auch das nähere, ja sogar weitere Umfeld.

Hier sind vor allem zwei ältere Erfahrungssätze aus der Suizidologie von Bedeutung, die da lauten: „Selbstmörder ist man lange, bevor man Selbstmord begeht“. Und: „Selbstmord, das ist die Abwesenheit der anderen“.

## LITERATUR

*Adler, L.: Amok – eine Studie.* Belleville-Verlag, München 2000

*Adler, L.: Amok.* In: M. Wolfersdorf u. Mitarb. (Hrsg.): Suizidalität. Roderer-Verlag, Regensburg 2008

*Adorjan, J.: Eine exklusive Liebe.* Luchterhand-Verlag, München 2009

*Bien, S.: Häufigkeit, Motivation und Durchführung des erweiterten Suizides bei psychiatrischen Patienten.* In: H. Pohlmeier u. Mitarb. (Hrsg.): Suizidales Verhalten. Roderer-Verlag, Regensburg 1983

*Bien, S.: Der erweiterte Suizid bei psychiatrischen Patienten.* In: W. Pöldinger, Th. Reimer (Hrsg.): Psychiatrische Aspekte suizidalen Verhaltens. pmi-Verlag, Frankfurt 1985

*Böker, W., H. Häfner: Gewalttaten Geistesgestörter.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1973

*Faust, V., M. Wolfersdorf (Hrsg.): Suizidgefahr.* Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1984

*Haenel, Th.: Doppelsuizid und erweiterter Suizid.* In: M. Wolfersdorf u. Mitarb. (Hrsg.): Suizidalität. Roderer-Verlag, Regensburg 2008

*Hässler, D. u. Mitarb. (Hrsg.): Kindstod und Kindstötung.* Med. Wissenschaftl. Verlagsges., Berlin 2008

*Lange, E.: Der misslungene erweiterte Suizid.* Gustav-Fischer-Verlag, Jena 1964

*Schläfke, D., D. Hässler: Infantizide – Erfahrungen aus gutachterlicher Sicht.* In: Hässler, D. u. Mitarb. (Hrsg.): Kindstod und Kindstötung. Med. Wissenschaftl. Verlagsges., Berlin 2008

*Spangenberg, H.:* **Familienmord und erweiterter Selbstmord.** Med. Diss. Westfälische Wilhelms-Universität Münster und Med. Akademie Düsseldorf, 1933

*Venzlaff, U., K. Foerster (Hrsg.):* **Psychiatrische Begutachtung.** Verlag Urban & Fischer, München 2004

*Wedler, H. u. Mitarb.:* **Suizidalität.** In: V. Faust (Hrsg.): *Psychiatrie.* Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1995

*Wolfersdorf, M.:* **Der suizidale Patient in Klinik und Praxis.** Wiss. Verlagsges. Stuttgart 2000