

# Typologie des Suizidsversuchs -

## Einführung und Kurzfassung der Verfahrensanwendung

Werner Felber  
unter Mitarbeit von Eike Hübenthal

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus,  
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

und

Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

### 1. Einleitung

Dieses Verfahren zur Einteilung verschiedener Typen (Arten) von Suizidversuchen geht aus der Behandlung von mehr als 2000 Patienten nach Suizidversuch hervor und wurde anhand von 849 Suizidversuchen wissenschaftlich erarbeitet. Es kamen dazu mehrdimensionale statistische Verfahren (Varianzanalyse, Diskriminanzanalyse) zum Einsatz, die es möglich machten, mit einer reduzierten, optimalen Merkmalsmenge statistisch abgesicherte Typen von Suizidversuchen zu unterscheiden. Letztere erwiesen sich als wertvoll bei der klinischen Beschreibung und Behandlung, bei psychologischen Untersuchungen zu Angst und Aggressivität (Wießner, 1991), bei katamnestischen Überprüfungen nach einem Jahr sowie nach sieben und 14 Jahren (Felber, 1999), bei denen ihr prognostischer Wert erwiesen werden konnte, und bei biologischen Untersuchungen zum Serotonin-, Homovanillinsäure- und Tryptophanstoffwechsel (Rilke et al., 1998). Es ist darauf hinzuweisen, dass dieses Verfahren nur bei durchgeführten Suizidversuchen Anwendung finden kann, d. h. nicht für suizidale Krisen (Suizidphantasien, -ankündigungen, -drohungen o. ä.) und nicht für (vollendete) Suizide gilt.

[Historische Reminiszenz: In den 1980er Jahren hatte sich der von Kreitman (1969, 1977) geprägte Terminus *Parasuizid* für alle nicht-tödlich endenden Suizidhandlungen an Stelle des zum Teil missverständlichen Begriffs *Suizidversuch* verbreitet. In der Zeit der Erarbeitung der Typologie wurde deshalb die Terminologie Parasuizid, Parasuizident, parasuizidales Verhalten, Parasuizid-Motiv, Parasuizid-Rezidiv usw. durchgehend verwendet und in Felber 1999, S. 21ff, ausführlich erörtert. Mitte der 1990er Jahre erfolgte dann international eine Umorientierung auf eine konsequente Verwendung des Terminus Suizidversuch / Attempted Suicide, weshalb die folgenden Ausführungen darauf umgeschrieben wurden.]

Der Suizidversuch ist in der Mehrheit kein *versuchter, aber misslungener Suizid*, sondern hat andere, insbesondere (auch) soziale Funktionen und ist deshalb nach Stengel (1969, 1972) ein relativ eigenständiges Geschehen. Aus klinischen Erfahrungen mit Suizidversuchen resultiert, dass es unterschiedliche Gefährdungsgrade bei suizidalen Handlungen gibt, die überwiegend nicht zufälliger Art sind. Die Unterscheidung zwischen Suizidversuchen mit einerseits geringen und andererseits hohen Gefährdungsgraden und allen Zwischenstufen legt nahe, eine operationalisierte Klassifikation zu finden, die das fließende Spektrum nicht-tödlich endender suizidaler Handlungen der Ka-

tegorie *Suizidversuch* attributiv näher charakterisiert als *appellativer Suizidversuch*, *dranghafter Suizidversuch* usw., also eine konsistente Typologie zu entwickeln.

## 2. Hypothesen

Die folgenden Hypothesen stellen einen Entwurf zur inhaltlichen Bestimmung einer typologischen Klassifikation dar, welche hypothesengeleitet entwickelt wurde und mit Hilfe konfirmierender Verfahren statistisch abgesichert werden konnte.

1. Suizidversuche in ihrer Gesamtheit sind kein einheitliches Geschehen, sondern eine **differenzierte Vielfalt**, an deren Zustandekommen nicht nur (überwiegend extern) zufällige, sondern auch (überwiegend intern) konstellative Bedingungen beteiligt sind.

2. Aus den vielschichtigen konstellativen Bedingungen von Suizidversuchen lässt sich eine objektive **Hauptdimension: Lebenseinsatz** als Selbstdefinition erkennen, die sich zwischen den Extrempolen überwiegend lebenserhaltender und überwiegend lebenszerstörender Handlungstendenzen erstreckt. Der suizidale Akt wird als Ergebnis und subjektiver Lösungsversuch der Kommunikationsstörung eines Individuums aufgefasst, dessen Selbstwertgefüge in der krisenhaften Zuspitzung einen Grad von Gestörtheit erreicht hat, welcher ein Weiterleben mehr oder minder flüchtig oder auch ernsthaft in Frage stellt.

3. Die Kommunikationsstörung impliziert eine **soziale Dimension** suizidalen Handelns, aus der heraus die Antizipation des Ergebnisses, nämlich Rettung oder Tod, verständlich wird. Finalität und Nicht-Finalität suizidaler Handlungen werden so zum Hauptkriterium nicht des Ausgangs einer suizidalen Handlung, sondern der Anlage zum Suizidversuch, stellen also eine Funktion der suizidalen Intention dar.

4. Solches konsequenzensteuerndes Verhalten, welches nicht mit bewusstseinskontrolliertem Verhalten gleichzusetzen ist, lässt eine weitere Differenzierung nach der **Verhaltensaktivität** im suizidalen Akt zu, eine Möglichkeit, von einer eindimensionalen zu einer mehrdimensionalen Typologie zu gelangen:

a) Innerhalb der Nicht-Finalität wird

- die Rettung überwiegend aktiv angestrebt bzw. erwartet (okkupantes Verhalten),
- wird die Rettung mehr passiv zugelassen bzw. erhofft (evasives Verhalten);

b) innerhalb der Finalität wird

- der Tod mehr passiv zugelassen bzw. nicht kompromisslos gesucht (evasives V.),
- der Tod überwiegend aktiv bzw. kompromisslos angestrebt (okkupantes V.).

Entlang des als Hauptdimension realisierten selbstdefinierten Lebenseinsatzes können so 4 Zustände suizidalen (antizipierenden) Verhaltens zugeordnet werden:

- 1) Eine Rettung wird erwartet, der Suizidversuch wird als Kommunikationsvergrößerung eingesetzt, wir sprechen vom **appellativen Suizidversuch**;
- 2) Eine Rettung bleibt erhofft, der Suizidversuch fungiert als Kommunikationsersatz, wir nennen ihn **ambivalenter Suizidversuch**;
- 3) Der Tod wird nicht kompromisslos gesucht, der Suizidversuch wird zum Tiefpunkt einer zunehmenden Kommunikationserschöpfung, wir bezeichnen ihn als **desperativer Suizidversuch** (Verzweiflungs-SV);
- 4) Der Tod wird kompromisslos angestrebt, der Suizidversuch wird als Ausweg aus Kommunikationsleere oder -chaos zu erzwingen versucht, wir charakterisieren ihn als **impetuöser Suizidversuch** (dranghafter SV).

Die Zusammenhänge zwischen den so definierten Suizidversuchstypen und der Dimension lebenserhaltender bzw. lebenszerstörender Tendenzen, dem wachsenden kommunikativen Defizit zum sozial relevant Anderen, der suizidalen Intention, den annehmbaren unterschiedlichen affektiven Zuständen und der Differenzierung der Verhaltensaktivität sollen die Grundlage einer **Typologie des Suizidversuchs** bilden. Die schematischen Beziehungen gehen aus der folgenden Abbildung hervor.

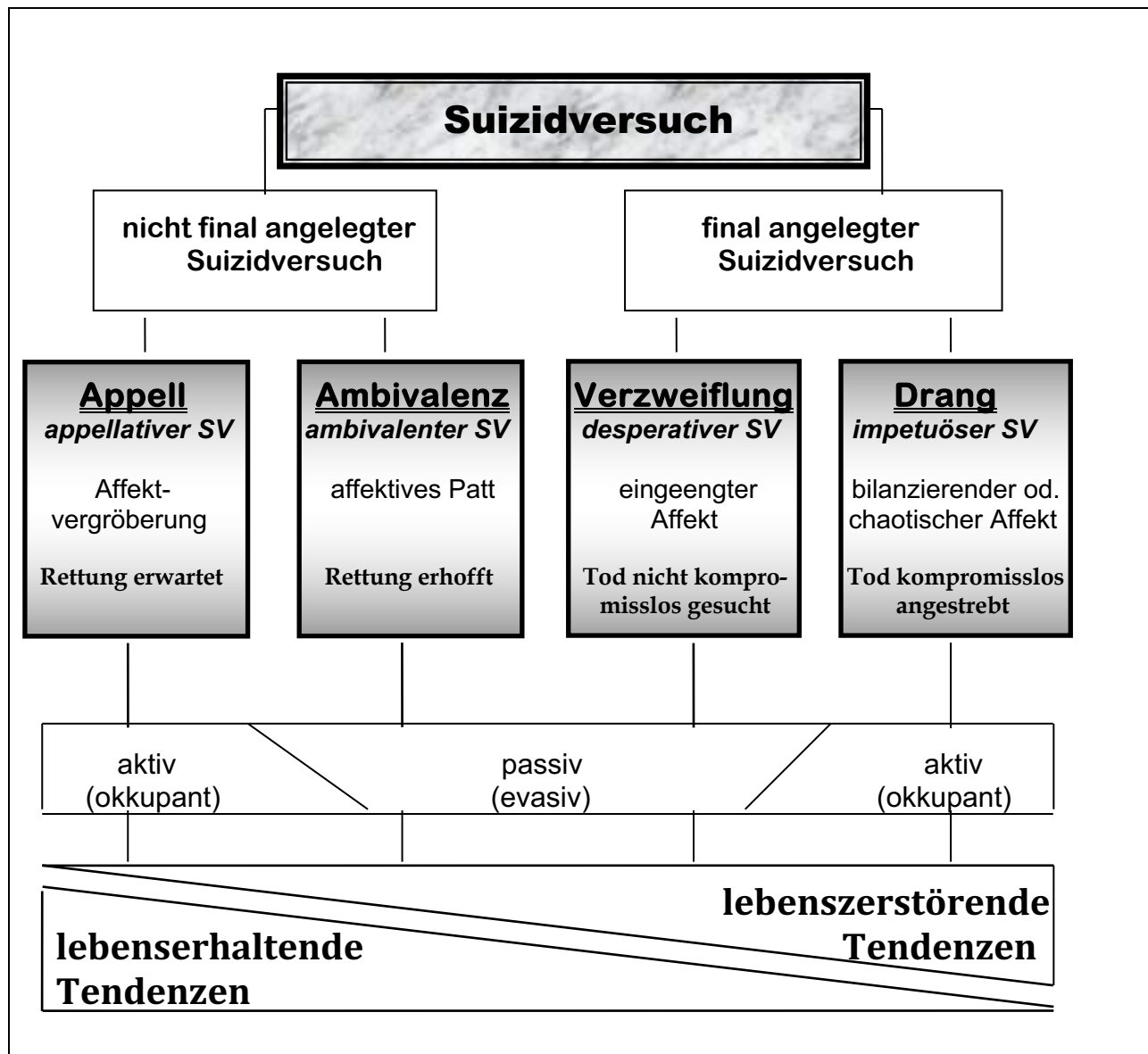


Abb. 1: Schematischer Entwurf der Typologie des Suizidversuchs

5. Die Typologie soll **konsistent** sein dahingehend, dass zwischen Appell und Drang definierte Funktionen zu bestimmen sind; die Typen sollen andererseits ausreichend **disjunkt** sein, so dass sie - zumindest bei wesentlichen, wenn möglich, praxisrelevanten Merkmalen - mit ausreichender Trennschärfe unterscheidbar bleiben. Die Menge der für die Typenanalyse erforderlichen Eigenschaften (Items) lässt sich auf ein überschaubares Maß eingrenzen.

6. Wenn diese Typologie messbar und ausreichend treffsicher (valide) ist, wird sie mittels mathematisch-statistischer Methoden **reproduzierbar** sein, für den Einzelfall damit diagnostisch anwendbar werden und infolgedessen nach einer Reklassifizierung der untersuchten Stichprobe Aussagen zu Gütekriterien des Verfahrens möglich machen. Das stellt einen wichtigen Schritt auf dem komplizierten Weg ihrer weiteren theorieorientierten (Konstrukt-)Validierung dar.

7. Erweist sich die Typologie als mit mathematischen Methoden reproduzierbar, so soll versucht werden, anhand von Prognosekriterien ihre suizidologische Bedeutung an Outcome-Kriterien darzustellen, womit die Möglichkeit zur Prüfung ihrer **prognostischen Validität** gegeben ist. Am praktisch zentralen Problem der Suizidologie, der Prädiktion vollendeten suizidalen Verhaltens nach Suizidversuch, entscheidet sich ihr Wert hinsichtlich prognostischer Differenzierungsfähigkeit. Da in ihr eine Beziehungsproblematik enthalten ist, eröffnet sie Wege differenzierter Vorhersage. [Der theoretische Hintergrund und die Ergebnisse sind in Felber (1999) ausführlich dargestellt.]

### 3. Typenbeschreibung

Der **Appelltyp** ist gekennzeichnet durch einen sehr hohen lebensstrategischen Selbsteinsatz (lebenserhaltende Tendenzen) mit mindestens mäßig okkupierendem Distanzverhalten zu einem signifikant sozial Anderen. Die todesstrategische Funktion und eine evasive Komponente sind sehr schwach bzw. schwach ausgeprägt. Er symbolisiert eine kommunikative Vergrößerung bei häufig unmittelbar vorausgehenden Partnerbeziehungsstörungen, aus welchen Gründen auch immer. Die Funktion des Hilferufs ist offensichtlich, in arger Vergrößerung können sich demonstrativ-erpresserische Züge finden; gelegentlich imponiert auch die mehr stille Variante im Sinne einer Pausenfunktion.

Der **Ambivalenztyp** ist charakterisiert durch die vorherrschende Unentschiedenheit nach allen Seiten, wobei die evasive Komponente und die lebensstrategische Funktion leicht überwiegen. Diese weitgehende Ausgeglichenheit affektiver Ambivalenz gegenüber Leben und Tod bleibt verhaftet im pendelnden, reflexiven, nach außen hin unentschlossen wirkenden Handeln, in welchem Ich-Definition und soziale Funktion gelähmt nebeneinanderstehen. Die Handlung selbst imponiert bildhaft als stilles, gelegentlich auch zäsurhaftes Geschehen nicht weitab vom sozialen Feld, eine Flucht aus verkümmerten kommunikativen Bindungen mit noch erkennbarer Hoffnung auf Rettung, Klärung, Neuanfang.

Der **Verzweiflungstyp** wird beherrscht durch einen hohen todesstrategischen Selbsteinsatz und ebenso hohe evasive Tendenzen; einsame Todessehnsucht lässt noch vorhandene Kompromissbereitschaft erkennen. Konkrete Ansprechpartner sind häufig nicht vorhanden oder sind für den depressiv Gestimmten objektiv oder subjektiv nicht mehr zu erreichen, es herrscht in hohem Maße eine kommunikative Erschöpfung, die sozial aktive Funktion des Handelns ist extrem gering. Allegorisch begegnen wir einem so Vereinsamten in der "Krankheit zum Tode" (Kierkegaard, 1849) mit nur noch einem Hoffnungsrest auf Gottes Hilfe (sogen. „Gottesgerichtssuizid“).

Der **Drangtyp** verkörpert den höchsten todesstrategischen Selbsteinsatz, verbunden mit hoher Okkupation des signifikant sozial Anderen, beschrieben als Wut, Rache, Zerstörung oder Selbstbestrafung aus häufig psychopathologischer Motivation mit oft impulsiv-kurzschlüssiger, jedenfalls hoher Handlungsaktivität im angestrebten Tod. Mit seiner sehr niedrigen lebensstrategischen Funktion ähnelt er in seiner Gesamtcharaktere-

ristik wohl bereits einem Suizid, dessen Vollendung durch unkalkulierbare Bedingungen ausblieb bzw. misslang. Sein kommunikatives Ziel ist entleert oder durch hochgradige Erregung bzw. Psychose chaotisch entstellt, in seinen Motiven verbirgt sich eine Botschaft mit postum beabsichtigter sozialer Funktion.

#### 4. Praktisches Vorgehen

Vorausgehend ist darauf zu achten, dass das Geburtsdatum des Patienten und das Datum des Suizidversuches eingetragen ist, was eigentlich selbstverständlich ist.

Es müssen 8 Merkmale in zutreffender Weise ausgefüllt werden, woraus sich jeweils 2 Werte (Vektoren V1 und V2) ergeben. Die Merkmale sind (s. Klassifikationstabelle, Tab. 1, s. u.):

1. **Objektive Gefährlichkeit:** Sie soll nach medizinischen und situativen Gesichtspunkten eingeschätzt werden, sollte auch mögliche Kenntnisse des Patienten mit einbeziehen. Ein unerfahrener Jugendlicher schätzt z.B. die toxische Wirkung eines Medikaments anders ein als vielleicht eine erfahrene Krankenschwester. Die Gefährlichkeit ist also primär medizinisch objektiv zu bewerten, jedoch leicht korrigiert durch das subjektive Bild des Patienten von der objektiven Gefahr. Die richtige Einschätzung dieses Merkmals erfordert suizidologische Erfahrung.
2. **Wahrscheinlichkeit des Auffindens:** Hier soll zwischen den Polen „aktive Suche nach Hilfe“ nach begonnener oder unmittelbar danach durchgeführter Suizidhandlung bei bestehender Hilfsmöglichkeit einerseits und „Auffinden zufällig“ nach planvollem Rückzug aus allen Hilfsmöglichkeiten andererseits differenziert werden. Zwischen dem Hilfe erwartenden Patient („Sender“) und dem potentiell Helfenden, einem *Signifikant sozial Anderen* („Empfänger“), bestehen meist gestörte kommunikative (Rest-)Beziehungen. Bei einem zufällig Aufgefundenen dagegen findet man regelhaft Hinweise darauf, dass er nicht gefunden werden wollte oder konnte.
3. **Aktueller psychischer Befund:** Es soll eine Grobeinteilung vorgenommen werden, die lediglich in der Unterscheidung zwischen „unauffällig“ und „psychopathologisch auffällig“ problematisch werden kann. Es ist der Zustand vor der letztendlich zur Suizidhandlung führenden Krise zu bewerten. „Unauffällig“ sind jene Personen, die bisher psychiatrisch nicht in Erscheinung traten, die keine definierte Grundstörung haben, bei denen lediglich eine aktuelle Krise besteht, deren Intensität allein und Folgen von z.B. medikamentöser Intoxikation unberücksichtigt bleiben. Als „psychopathologisch auffällig“ sind alle klinisch relevanten, aber nicht psychotischen psychischen Störungen einzuschätzen. Unter „psychotisch“ sollen auch schwerste depressiv-affektive Störungen (majore Depression) ohne eigentliche Psychose erfasst werden.
4. **Methode des Index-Suizidversuchs:** Diese ergibt sich relativ einfach aus den Merkmalsstufen der Klassifikationstabelle. Der Index-Suizidversuch ist der gegenwärtig zur Behandlung führende Suizidversuch. Immer ist die am meisten gefährliche Methode zu verschlüsseln.
5. **Gesundheitliche Folgen:** Hier wird das Ausmaß des körperlichen Schadens infolge der suizidalen Handlung verschlüsselt, welches in der Regel sehr bald nach dem Suizidversuch eingeschätzt werden kann. Die meisten Tablettenintoxikationen hinterlassen „keine“ gesundheitlichen Folgen. Einfache Narben, vorübergehende Heiserkeit nach kurzzeitiger Intubation u. ä. bedeuten „unerhebliche“ Folgen. Durch-

trennte Sehnen, Nerven, Gefäße, nachfolgende Pneumonien sind meist als „erheblich“ zu bewerten. Als „anhaltend lebensgefährlich“ gelten z.B. Nierenversagen, notwendige komplizierte Operationen und Nachoperationen, langanhaltende Bewusstlosigkeit mit hirnganischen Spätschäden u.a.

- 6. Motiv des Index-Suizidversuchs:** Dies betrifft das Hauptmotiv entsprechend der Tabelle. Zusätzliche Nebenmotive aus einem regelhaft vorliegenden Motivbündel bleiben unberücksichtigt. Der Index-Suizidversuch ist der gegenwärtig zur Behandlung führende Suizidversuch.
- 7. Methode des letzten Präzidivs:** Die Bemerkungen zur Methode (s. 4.) treffen auch hier zu, sind jedoch zu beziehen auf den letzten vorausgehenden Suizidversuch (Präzidiv), sofern ein solcher vorliegt (genau zu erfragen!). Trifft ein solcher nicht zu, entfällt eine Eingabe, das Merkmal kann übergangen werden. Das Programm wählt selbsttätig eine zutreffende sogenannte Ausfallsersetzung.
- 8. Alter beim Index-Suizidversuch:** Dieses wird vom Programm aus dem Geburtsdatum und dem Datum des Suizidversuchs automatisch errechnet. Wenn beide oder eines von beiden fehlen (derartige Situationen kommen bei Suizidversuchen vor, sollten aber im Sinne der Expertenschätzung möglichst ausgeglichen werden), wird jetzt das (vermutete) Alter zum Zeitpunkt des Index- Suizidversuchs abgefragt und eingesetzt.

Tabelle 1: Typologische Klassifikation des Parasuizids: Diskriminanzmerkmale, ihre Merkmalsausprägungen und deren Einzelvektoren V1 und V2

MA	V	1. Objektive Gefährlichkeit	2. Wahrschkt. d. Auffindens	3. Aktuell. psychischer Befund	4. Methode des Index-PS	5. Gesundheitliche Folgen	6. Motiv des Index-PS	7. Methode letztes Präzidiv	8. Lebensalter (LA)
1	1	ungefährlich 0,0	aktiv gesucht 0,00	unauffällig 0,00	Alkohol 0,00	keine 0,00	Partnerkonflikt 0,00	Alkohol 0,00	Lebensalter in Jahren x
2	2	bedingt gefährlich 1,32	sicher 0,06	psychopath. auffällig 0,21	sonst. Medikam. 0,00	unerheblich 0,42	Famil.-, Ehekonfl. 0,03	Sonst. Medikam. 0,14	
3	1	lebensgefährlich 2,46	wahrscheinl. -0,44	psychotisch 1,12	Sedativa 0,07	erheblich 0,60	Wohnungsprobleme 0,10	Sedativa 0,13	k <sub>1</sub> = 0,008081
4	2		zufällig 1,46		Psychopharm. 0,32	anhaltend leb.gefährlich 2,04	Berufskonflikt 0,17	Psychopharm. 0,28	k <sub>2</sub> = 0,01497
5	1				Gas 0,17		Scham, Strafe, Schande 0,18	Gas 0,21	zur Orientierung:
2	2				0,75		0,09	0,80	
6	1				Schnitt, Stich 0,22		Gravidität unerwünscht 0,28	Schnitt, Stich 0,06	LA
2	2				1,00		0,13	0,24	V 1
7	1				Autoabgase 0,31		Vereinsamung 0,24	Autoabgase 0,34	17 0,14
2	2				1,37		0,24	1,32	18 0,15
8	1				ätzende Chemikal. 1,67		Krankheit, -furcht 0,28	ätzende Chemikal. 0,65	19 0,15
2	2						0,28	0,65	20 0,16
9	1				Ertrinken 0,42		Verlust Angehöriger 0,43	Ertrinken 1,30	:
2	2				1,88		0,43	4,98	25 0,20
10	1				Aussetzen 0,45		Wahn 1,15	Aussetzen 0,90	30 0,24
2	2				1,98		0,54	3,43	35 0,28
11	1				Strangulation 0,60		Sonstige 0,05	Strangulation 1,90	40 0,32
2	2				2,66			1,90	45 0,36
12	1				Verbrennen 0,69			Verbrennen 0,54	50 0,40
2	2				3,08			2,08	55 0,44
13	1				Sturz a. d. Höhe 0,82			Sturz a. d. Höhe 0,77	60 0,48
2	2				3,64			2,96	65 0,53
14	1				Überfahren lass. 0,99			Überfahren lass. 0,82	70 0,57
2	2				4,38			3,12	75 0,61
15	1				Schuß 1,33			Schuß 0,74	80 0,65
2	2				5,88			2,85	85 0,69
16	1				Sonstige 0,55			Sonstige 0,52	90 0,73
2	2				2,46			1,98	95 0,77
AE	1	0,86	0,45	0,24	0,13	0,07	0,17	0,18	0,29
2	2	-0,59	-0,26	0,14	0,58	0,22	0,08	0,67	-0,53

MA = Merkmalsausprägung  
V = Einzel-Vektor  
AE = Mittelwert zur Ausfallsersetzung  
PS = Parasuizid

IPS = Index-Parasuizid  
LA = Lebensalter  
k<sub>1</sub>, k<sub>2</sub> = Konstanten zur Multiplikation mit dem Lebensalter



## 6. Literatur

- Felber, W.: Typologie des Parasuizids. Suizidale Gefährdung, taxonomische Auswertung, katamnestiche Ergebnis. 2. korr. Aufl. S. Roderer, Regensburg 1999 (1. Aufl. 1993, vergriffen)
- Kierkegaard, S: Die Krankheit zum Tode. Jena: Eugen Diederichs, 1849
- Kreitman; N.; Philip, A. E.: Parasuicide. *Brit. J. Psychiat.* 115 (1969) 746 - 747
- Kreitman, N.: Parasuicide. Wiley & Sons, London 1977
- Rilke, O.; Safar, C.; Israel, M.; Barth, T.; Felber, W.; Oehler, J.: Differences in whole blood serotonin levels based on a typology of parasuicide. *Neuropsychobiol.* 126 (1998)
- Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. *Conditio Humana*. Fischer, Frankfurt a. M. 1969
- Stengel, E.: Definition and classification of suicidal acts. *Proc. 6. Int. Conf. Prev. Mexico* 1972
- Wießner, B.: Zur Psychodiagnostik bei Parasuiziden – Messung ängstlicher und aggressiver Affekte mittels Sprachinhaltsanalyse nach Gottschalk und Gleser. In: W. Felber, C. Reimer (Hrsg.): *Klinische Suizidologie Praxis und Forschung*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1991, S. 127-135
-