

Glaube und Religion in der Suizidprävention?

In diesem Bericht will ich die Frage, ob und inwieweit Religion und Spiritualität mit dem Problem der Selbsttötung korrelieren, aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Im Fokus soll dabei vor allem der christliche Standpunkt stehen. Dabei möchte ich mir ein klareres Bild über einige oftmals kontrovers diskutierte Fragen verschaffen. Etwa darüber, ob Personen die einer religiösen oder spirituellen Gemeinschaft angehören vergleichsweise tiefere Suizidraten aufweisen, als Personen die sich selber als Atheisten bezeichnen. Oder die Frage, ob und inwiefern *religious coping* einen Einfluss auf suizidales Verhalten haben kann.

In der Schweiz stellt der Suizid bei Menschen im Alter von 15-44 Jahren die 2. häufigste Todesursache dar. 10% aller Schweizer begehen im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere Suizidversuche und gar 50% sagen aus, sie hätten schon einmal Suizidgedanken gehabt. Damit weist die Schweiz im internationalen Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Suizidrate auf. Die Faktoren, welche dazu führen können, dass Individuen einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt sind, können sehr komplex sein und interagieren miteinander.¹

„Suizide und Suizidversuche stellen nur selten von langer Hand vorbereitete Handlungen dar, denen ein freier Willensentscheid zugrunde liegt (Bilanzsuizid). Neben demografischen Faktoren wie Alter und Geschlecht wird das individuelle Risiko eines Suizids oder Suizidversuchs durch psychische, biologische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren wie auch durch Faktoren, die mit der Lebensgeschichte verbunden sind, beeinflusst. Suizid und Suizidversuche stellen für sich gesehen keine Krankheit dar, und sind auch nicht unbedingt Ausdruck einer Krankheit. Sie werden aber oft durch psychische

¹ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html>

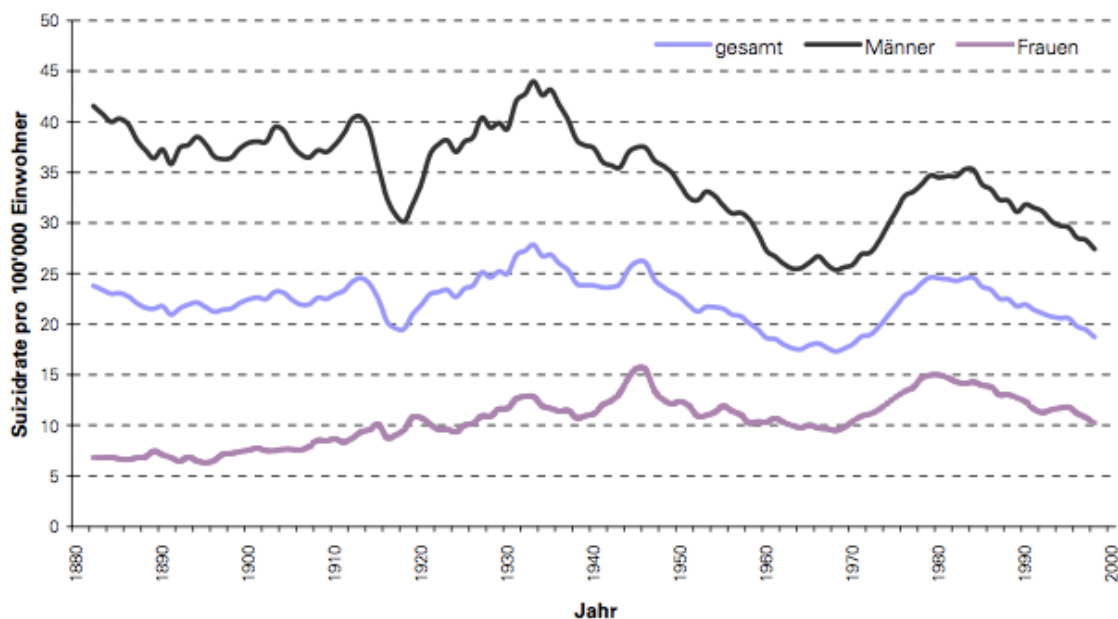
Krankheiten (insbesondere Depressionen, Psychosen/Schizophrenie und Suchterkrankungen) begünstigt.“²

Im Bereich der Suizidprävention wurden in den letzten Jahrzehnten grosse Fortschritte erzielt. Man unterscheidet dabei zwischen Public-Health-Massnahmen, welche sich an die gesamte Bevölkerung richten und Health-Care-Massnahmen, die auf spezifische Risikogruppen zugeschnitten sind.

„Public-Health-Massnahmen zur Suizidprävention versuchen auf die Lebens- und Umweltbedingungen der Gesamtbevölkerung, von Bevölkerungsgruppen und von Individuen Einfluss zu nehmen. Nebst Massnahmen der Gesundheitsförderung zur Verbesserung der Problembewältigungsfähigkeiten und der Früherfassung im Bereich der Suchtprävention sind hier auch Massnahmen wie Sensibilisierung der Bevölkerung für psychische Erkrankungen, Schaffung und Förderung niederschwelliger Anlaufstellen, Erschweren des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden sowie Leitlinien für die Medien-Berichterstattung über Suizide zu nennen.

Health-Care-Massnahmen, d.h. Massnahmen der medizinischen Versorgung, umfassen die Verbesserung der Behandlung, Begleitung und Rehabilitation von psychiatrischen Patientinnen und Patienten, von Personen nach einem Suizidversuch und von Menschen in Krisensituationen und/oder mit Suizidabsichten.³

Abbildung 1: Historische Entwicklung der Suizidrate in der Schweiz zwischen 1880 und 2000 ⁴



² <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html>

³ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html>

⁴ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html>

Eben gerade hier greift ein neuer Faktor im biopsychosozialen Modell ein. Einige wenige Exponenten aus der medizinischen Fachwelt haben schon vor Jahren erkannt, dass Religiosität und Spiritualität und ihre Bedeutung für Krankheit und Genesung eines Patienten eine entscheidende Rolle spielen können. ⁵

Die Erweiterung des biopsychosozialen Modells nach Engel (1977) um eine weitere, nämlich eine spirituelle Dimension, wird auch in der Schweiz in einigen Institutionen praktiziert. Dabei steht viel mehr das Menschenbild, im Sinne einer anthropologischen Spiritualitätsdefinition im Zentrum, als dass dogmatische oder auf Lehrsätzen beruhende Glaubenswahrheiten Verwendung finden.

Abbildung 2: Erweitertes Bio-Psycho-Soziales Modell nach Dr. med. René Hefti (2002) ⁶

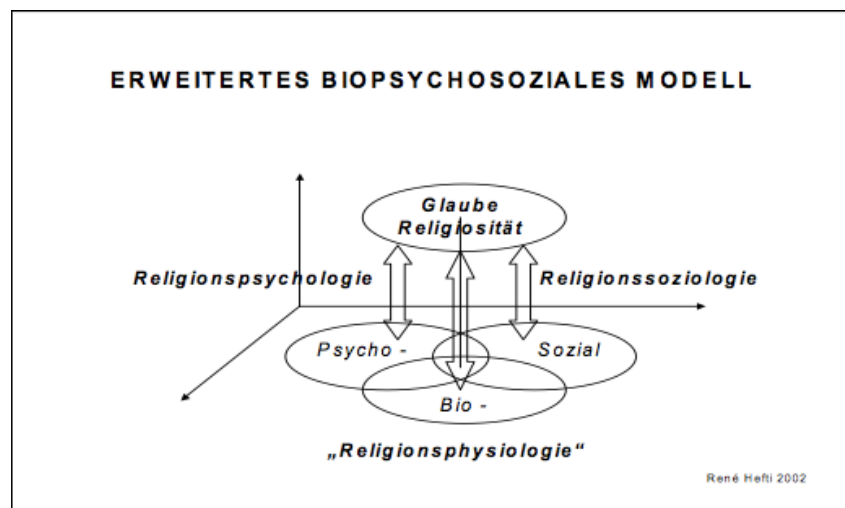


Abb.1: Erweitertes Bio-Psycho-Soziales Modell

Gerade in der Heilung psychischer Leiden erhielten Glaube und Religiosität zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine zunehmend negative Beurteilung. Dies nicht zuletzt weil der Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud 1927 die Religion als „universelle Zwangsneurose“ und als „Opiat für das Volk“ betitelte.

In den letzten 2 Jahrzehnten kam es jedoch immer mehr zu einer spirituellen Öffnung in der Psychiatrie. So gibt es bekannte Vertreter, welche das Seelisch-Geistige sowie religiöses Erleben als eine Kraft oder Ressource für den psychisch Kranken werten und daher den Schritt wagen, spirituelle Aspekte in einer Therapie miteinzubeziehen. ⁷

⁵ PrimaryCare 2010;10: Nr. 14

⁶ <http://www.klinik-sgm.ch/index.php/therapiekonzept.html>

⁷ Wahlpraktikum Uni Bern 1./2. Jahr; Überblick über das Themengebiet „Medizin und Spiritualität“; Dr. med. René Hefti

Seit 1950 beobachtete man in den USA einen starken Anstieg der Suizidraten von jungen Erwachsenen. Besonders stark zeigt sich diese Phänomen bei jungen Männern. Bei ihnen hat sich die Suizidrate zwischen 1950 und 1995 sogar vervierfacht. Noch deutlicher zeigt sich das Problem, wenn man die Zahlen einer gross angelegten nationalen Risiko-Verhaltens-Studie von Studenten studiert. Diese besagen, dass gar 27% aller Studenten bereits ernsthaft über Suizid nachgedacht hätten. 8.3% gaben sogar an, während der 12 monatigen Studie einen oder mehrere Suizidversuche durchgeführt zu haben.

Im Zusammenhang mit diesem und weiteren Problemen gab es in den letzten 100 Jahren eine ganze Reihe von Wissenschaftlern, die den Zusammenhang zwischen religiösem Verhalten und Suizid untersucht haben.⁸

Auf einige der markantesten und meist beachteten Aussagen will ich im folgenden Abschnitt eingehen:

Der französische Soziologe Émile Durkheim war einer der ersten Forscher, die den Zusammenhang zwischen Suizid und Religiöser Zugehörigkeit untersuchten. Seine Arbeiten im Bereich der Religionssoziologie befassten sich mit der Frage nach dem Wesen der Religion. Durkheim formulierte in seinem Werk *Suicide (1897)*, dass Suizid primär ein soziologisches und kein individuelles Problem darstelle. In seinen Betrachtungen funktionalisierte er das Wesen einer Religion, indem er bestimmte Elemente, wie etwa das Schaffen eines gesellschaftlichen Zusammenhalts, Vergebung, Dankbarkeit und die daraus resultierenden positiven Gefühle ausmachte. Sein Ziel war es, aufzuzeigen, dass viele populationsbezogene Phänomene, einschliesslich der Religion und des Suizids, am besten als soziologische Tatsachen zu verstehen seien, anstatt sie den Charakteristiken einer Person zuzuschreiben.⁹

Zusammenfassend hielt er fest:

„We see why, generally, religion has a prophylactic effect upon suicide. It is not, as has sometimes been said, because it condemns it more unhesitatingly than secular morality, nor because the idea of God gives it precepts exceptional authority which subdues the will, nor because the prospect of a future life and the terrible punishments there awaiting the guilty give its proscriptions a greater sanction than that of human laws. ... If religion

⁸ Koenig, Harold G. / McCullough, Michael / Larson, David B.: Handbook of Religion and Health: Oxford University Press 2001, S. 136.

⁹ Koenig, Harold G. / McCullough, Michael / Larson, David B.: Handbook of Religion and Health: Oxford University Press 2001, S. 136f.

protects man against the desire of self-destruction, it is not that it preaches the respect for his own person to him with arguments sui generis; but because it is a society. ... The details of dogmas and rites are secondary. The essential thing is that they be capable of supporting a sufficiently intense collective life. (pp. 169-170)¹⁰

Basierend auf Durkheims Erkenntnissen haben Religionssoziologen eine Reihe von Erkenntnissen gesammelt, denen es jedoch oft an statistischer Signifikanz mangelte: *„Several studies have found that population aggregates, such as U.S. counties, that have higher percentages of Roman Catholics also have lower suicide rates (...). Two studies that used individual-level data (...) found that Protestants were overrepresented among both people who attempted suicide and those who completed it.“¹¹*

Spätere publizierte Studien stellten diesen Zusammenhang zwischen Katholizismus, Protestantismus und Suizidraten aber in Frage. Weder verallgemeinert noch auf individuelle Charakteristika gestützt, seien Suizidraten in protestantisch dominierten Regionen der USA höher als diejenigen von vorwiegend röm. Katholisch geprägten Regionen. Zusammenfassend konnte man über die zwischen ca. 1970-1995 erhobenen Studien jedoch zwei Aussagen treffen:

Erstens scheinen die für lange Zeit tieferen Suizidraten bei Katholiken gegen Ende des 20. Jahrhunderts nicht mehr zu vorzuliegen; was möglicherweise mit dem stark ansteigenden Anteil an nominalen Katholiken zu tun haben könnte. Und Zweitens scheinen bei vielen kleineren religiösen Gruppierungen die Suizidraten nun tiefer als im Mittel zu liegen.

Neuere Untersuchungen haben also gezeigt, dass entgegen der Durkheim'schen Tradition nicht mehr die Suizidraten ganzer religiöser Gruppierungen, sondern dass viel mehr der Grad an religiöser Beteiligung entscheidend ist.

Dies formulierte auch Stack (1983a) so in seinen Untersuchungen. Er zählte eine Reihe von Mechanismen auf, die dazu führen sollten, dass religiöse Beteiligungen das Suizidrisiko senken würde. *„(...) (a) encouraging beliefs in an afterlife and in a responsive, loving God; (b) conveying purpose and self-esteem; (c) providing role models for coping with stress and crisis; (d) offering resources for reframing life's struggles and difficulties;*

¹⁰ Koenig, Harold G. / McCullough, Michael / Larson, David B.: Handbook of Religion and Health: Oxford University Press 2001, S. 137f.

¹¹ Koenig, Harold G. / McCullough, Michael / Larson, David B.: Handbook of Religion and Health: Oxford University Press 2001, S. 138.

and (e) offering a social hierarchy, that runs counter to the socioeconomic hierarchy in which many religious people find themselves in a one-down position. Indeed, some religions even place a special emphasis on people who are at socioeconomic disadvantage. In addition, many religions disapprove strongly of suicide. Together, Stack (1983a) argues, the resources that religion offers work to deter suicide among people who are involved in religion.”¹²

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass sich die Untersuchungen ob und inwieweit Religion und Suizidrisiko korrelieren auch nach einem Jahrhundert als schwierig gestalten.

Der Faktor Religionszugehörigkeit scheint heute, im Vergleich zu früher eine untergeordnete Rolle zu spielen, vielmehr scheint das „religious involvement“ der entscheidende Faktor zu sein.

„Religious involvement“ gemessen an der Häufigkeit von Kirchbesuchen, dem Gebet und dem religiösen Zusammengehörigkeitsgefühl ist korreliert umgekehrt proportional zum Suizidrisiko.¹³

Die wenigen klaren Aussagen, die sich aus über einem Jahrhundert von Studien zu diesem Thema ergeben zeigen mir zweierlei Sachen auf:

Religiosität oder Spiritualität ist ein vielschichtiges Gebiet und daher nur schwierig mit statistische Erhebungen vereinbar. Trotzdem scheint es gemessen am Grad des „religious involvements“ eine gewisse Korrelation mit der Suizidrate zu geben.

Gerade in einer Zeit, in welcher die Anforderungen an ein Individuum ständig zunehmen und die Anzahl der an Depressionen oder Angststörungen Leidenden in der Bevölkerung laufend zunehmen, können spirituelle oder religiöse Gemeinschaften den Menschen Halt geben. Vielleicht ist diese Erkenntnis einer der Gründe, warum sich seit Beginn des 21. Jahrhunderts wieder vermehrt junge Menschen zum Glauben bekennen und v.a. evangelisch freikirchliche Institutionen, die meist eine wenig dogmatische, aber stark anthropozentrisch ausgerichtete Glaubenslehre vermitteln, wieder starken Zuwachs an Neumitgliedern erhalten.

¹² Koenig, Harold G. / McCullough, Michael / Larson, David B.: Handbook of Religion and Health: Oxford University Press 2001, S. 139.

¹³ Koenig, Harold G. / McCullough, Michael / Larson, David B.: Handbook of Religion and Health: Oxford University Press 2001, S. 139-143.