

# Selbstmordverhütung – Praxis und Theorie heute

H. Pohlmeier<sup>1</sup>

Universität Göttingen

## Einleitung

Einer ausführlicheren Begründung, warum das Thema Selbstmordverhütung in einer Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin ausführlicher abgehandelt wird, bedarf es eigentlich nicht, drückt doch schon der Name Selbstmordverhütung aus, dass es sich um eine Präventivmassnahme handelt. Wenn sich die Selbstmordverhütung im weiteren Sinne auch mit Patienten befasst, die einen Selbstmordversuch unternommen haben (Tertiärprophylaxe), und mit solchen, die aus akuter Suizidgefahr zu retten sind (Sekundärprophylaxe), so ist doch die eigentliche Aufgabe, Massnahmen zur Verhütung zu ergreifen, damit Selbstmordversuche gar nicht erst unternommen werden, die unter Umständen dann auch tödlich enden (Primärprophylaxe). Der andere Gesichtspunkt des vorliegenden Heftes, nämlich jener der Sozialmedizin, betrifft die Selbstmordverhütung ebenso unmittelbar, wenn das im Namen auch nicht zum Ausdruck kommt. Selbstmordhandlungen spielen sich in einem sozialen Feld der Familie oder der Berufsgruppe oder der Wohngemeinschaft oder der Gesellschaft überhaupt ab und werden von zahlreichen Faktoren aus diesen Bereichen beeinflusst. Selbstmordverhütung kann nur betrieben werden, wenn diese sozialen Faktoren mitberücksichtigt werden, worum die Sozialmedizin sich seit langem bemüht. Selbstmordverhütung ist insofern auch ein Problemfeld der Sozialmedizin. Um über Praxis und Theorie der Selbstmordverhütung möglichst übersichtlich zu informieren, wird es sinnvoll sein, nach dieser Einleitung die Entwicklung der Selbstmordverhütung im deutschsprachigen Raum nach dem Krieg darzustellen, dann einige praktische Verfahren der Selbstmordverhütung zu diskutieren und schliesslich die Theorien darzustellen, aus denen sich die Praxis entwickelt hat.

## Entwicklung der Selbstmordverhütung im deutschsprachigen Raum nach dem Zweiten Weltkrieg

In Wien wurde 1948 durch *Erwin Ringel* die «Lebensmüdenfürsorge» gegründet. Diese Institution, die zunächst vom Caritas-Verband der Katholischen Kirche getragen wurde und erst jetzt, 30 Jahre danach, 1978, ein Staatsinstitut ist, setzte sich die theoretische und praktische Grundlegung der Selbstmordverhütung zum Ziele. *Erwin Ringel*, aus der Tradition österreichischer Psychiatrie, repräsentiert durch *Hoff*, und aus der Tradition österreichischer Psychoanalyse, reprä-

Durch einen geschichtlichen Überblick, die Beschreibung der Praxis und der theoretischen Grundlagen wird die gegenwärtige Situation der Selbstmordverhütung geschildert.

sentiert durch *Alfred Adler*, stammend, lüftete systematisch in der Medizin und in der Öffentlichkeit das Tabu der Selbstmordhandlung. Er arbeitete mit seinen Mitarbeitern die Selbstmordverhütung als eine therapeutische Strategie unter vielen in der Medizin wieder heraus und schaffte durch die Entwicklung einer Theorie der Selbstmordhandlung die Voraussetzungen dafür, dass therapeutische Strategien überhaupt möglich wurden und dass die Öffentlichkeit den Lebensmüden wieder als Menschen akzeptieren lernen konnte. War vor dem entscheidenden Vorstoss durch den französischen Psychiater *Pinel* Ende des 18. Jahrhunderts der sogenannte Geistesranke ein Krimineller, vor dem die Öffentlichkeit geschützt werden musste und der keinen Anspruch auf ärztliche und menschliche Behandlung hatte, so war bis zu den systematischen wissenschaftlichen Untersuchungen durch *Erwin Ringel* der Lebensmüde höchstens einer, der Mitleid erweckte, aber nicht vernünftige ärztliche Kunst herausforderte mit dem Ziel neuer Lebensbejahung als Heilung. *Erwin Ringel* hat 745 gerettete Suizidpatienten medizinisch und psychologisch genau untersucht und aus diesen Untersuchungen das sogenannte präsuizidale Syndrom entwickelt, über das er 1953 erstmals in einer Monographie schrieb. Er hatte festgestellt, dass die Selbstmordhandlung in einem Zustand der Einengung, der gehemmten Aggression und des Rückzugs von der Realität in Selbstmordphantasien abläuft. Mit der Herausarbeitung dieses Syndroms hat er wichtige Voraussetzungen dafür geschaffen, Menschen in selbstmordgefährdeten Lebenssituationen zu erkennen. Er hat damit an bewährte medizinische Tradition angeknüpft, die durch Feststellung von Symptomen und deren Zusammenfassung zu Syndromen eine klare Diagnostik anstrebt, um darauf eine Therapie aufbauen zu können. Ganz eindeutig hat *Erwin Ringel* mit diesen Untersuchungen den Lebensmüden als Kranken erkannt, der Anspruch auf ärztliche Hilfe hat. Bis auf den heutigen Tag ist *Erwin Ringel* ein leidenschaftlicher Verfechter der Theorie, dass von ganz wenigen Ausnahmefällen abgesehen Selbstmordhandlungen immer in irgendeinem Krankheitszusammenhang stehen. Aus der Phänomenologie der Selbstmordhandlungen ergab sich für *Ringel*, dass Selbst-

<sup>1</sup> Professor Dr. med., Lehrstuhl Medizinische Psychologie, Humboldtallee 1d, D-3400 Göttingen.

mordhandlung Krankheit oder Symptom einer Krankheit ist. Der andere Schwerpunkt seiner Theorie knüpft an die Psychoanalyse um die Jahrhundertwende an, wo *Abraham* und *Freud* und später *Adler* die Selbstmordhandlung als Wendung der Aggression gegen die eigene Person interpretiert haben. *Erwin Ringel* arbeitete in seinen Untersuchungen diese Aggressionsumkehr heraus und konnte sie als wesentliche Voraussetzung zum Zustandekommen von Selbstmordhandlungen darstellen. In Weiterführung der sehr stark sozialpsychologisch orientierten Psychoanalyse von *Alfred Adler* wurde zum dritten Schwerpunkt seiner Theorie die soziale Isolierung, auf die schon französische Soziologen des vorigen Jahrhunderts, wie unter anderem *Durkheim*, aufmerksam gemacht hatten.

Die Pionierarbeit von *Ringel* wurde für ihn und seine Arbeitsgruppe Anstoss zu einer schnell um sich greifenden systematischen Organisation der Selbstmordverhütung, die in Deutschland dann 1956 in Berlin durch die Einrichtung der Lebensmüdenberatungsstelle von *Claus Thomas* eine sichtbare Fortsetzung erlebte. Inzwischen gibt es im deutschsprachigen Raum etwa 20 Selbstmordverhütungs-Beratungsstellen, die in ähnlicher Weise arbeiten. Eine grössere Bekanntheit hat die *Arche*, Zentrale für Selbstmordverhütung und Lebenshilfe in München, erlangt, die 1972 der Ausgangspunkt für die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Selbstmordverhütung wurde. Schon 1960 hat *Ringel* konsequent im Hinblick auf die Umsetzung seiner theoretischen und praktischen Erkenntnisse in die Öffentlichkeit die Internationale Gesellschaft für Selbstmordverhütung gegründet. Neben diesen Selbstmordverhütungs-Beratungsstellen, auf deren Praxis im dritten Abschnitt zurückzukommen sein wird, beteiligen sich in gewissem Umfang mehr als 60 Telefonseelsorgestellen an dieser Arbeit.

Seit dem Erscheinen des Buches von *Jean Améry* «Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod» im Jahre 1976 hat innerhalb der Selbstmordverhütung die Diskussion um Krankheit oder Freiheit, um Recht auf Selbstmord und Zulässigkeit der Selbstmordverhütung stark belebt. Die Diskussion wird gegenwärtig von allen Beteiligten sehr leidenschaftlich geführt mit der Tendenz, dass etwa 30 Jahre nach den Grundlegungen von *Ringel* die ausschliessliche Zuordnung von Selbstmordhandlungen zu Krankheit und Krankheitssymptom und die ausschliessliche Zuordnung der Selbstmordhandlung als einer Wendung der Aggression gegen die eigene Person neu zu durchdenken und so nicht mehr zu halten sind. Innerhalb der Psychologie ist die Aggressionstheorie inzwischen um die Narzissmstheorie ergänzt worden. *Henseler* hat an über 50 Fällen dargestellt, dass Selbstmordhandlungen narzisstische Krisen darstellen, die durch eine Kränkung des Selbstwertgefühles gekennzeichnet sind, und dass die Wendung der Aggression gegen die eigene Person noch andere Voraussetzungen hat als Liebesverlust und Schuldgefühle. In der Öffentlichkeit richtet sich

die Aufmerksamkeit zunehmend auf die politischen Selbstmorde, die sich in historische Zusammenhänge einzufügen anbieten und nicht unbedingt in Krankheitszusammenhänge. Schliesslich greift die Sozialwissenschaft ein altes Thema ihres Fachs aus dem vorigen Jahrhundert (siehe oben) wieder auf mit der Frage nach der Bedeutung gesellschaftlicher Einflüsse auf die Selbstmordhandlung unabhängig vom inneren psychischen Zustand. Es werden soziale Situationen daraufhin untersucht, ob aus ihnen überhaupt ein anderer Ausweg als der Selbstmord denkbar ist. Eine der Sozialwissenschaft nahestehende, auf der Grundlage der Lerntheorie forschende Psychologie schliesslich untersucht Selbstmordhandlungen und damit im Zusammenhang Depressionen auf den Stellenwert in der Kommunikation mit anderen und auf den Stellenwert innerhalb der eigenen Lebensgeschichte, wo Depression und Selbstmord als «gelernte Hilflosigkeit» auftauchen. *Hoffmann* hat die neuesten Untersuchungen dazu zusammengestellt.

So ist die jetzige Situation der Selbstmordverhütung dadurch gekennzeichnet, dass nach dem Zweiten Weltkrieg eine erste Entwicklung von einem Zeitraum von über etwa 30 Jahren neue theoretische und praktische Ansätze auftauchen lässt, welche die künftige Theorie und Praxis unter Umständen stark verändern. Das erscheint verständlich, wenn man feststellt, dass sich durch die grosse Aktivität auf dem Gebiet der Selbstmordverhütung in den letzten drei Jahrzehnten die Realität der Lebensmüdigkeit kaum verändert hat. Seit Einrichtung der Lebensmüdenfürsorge in Wien ist die Zahl der Selbstmorde von 32 auf 20 pro 100 000 gesunken. Eine ähnliche Beobachtung lässt sich aus England anführen. Seit Einführung der Selbstmordverhütung im Jahre 1953 ist dort die Rate der Selbstmordhandlungen um einen Drittel gesunken. Dies sind aber die beiden einzigen Zahlen, die eine Wirksamkeit der Selbstmordverhütung nicht ausgeschlossen erscheinen lassen. In der Bundesrepublik Deutschland bleibt die Zahl der Selbstmorde und Selbstmordhandlungen seit Jahren einigermaßen konstant. Sie beträgt etwa 20 Selbstmorde im Jahr pro 100 000 Menschen der Bevölkerung und etwa 5- bis 10mal soviel Selbstmordversuche. Im Jahr wird dadurch auch seit langem fast konstant eine Rate von etwa 14 000 Selbstmorden erreicht. In den USA gibt es seit etwa 15 Jahren etwas über 200 Selbstmordverhütungszentren. Wie *Kiev* berichtet, ändert sich die Zahl der Selbstmordhandlungen dadurch nicht. Es ist also verständlich, wenn nach ersten verdienstvollen Anfängen die Selbstmordforschung und auch Praxis nun darangeht, ihr Problemfeld genauer und mit neuen Ansätzen zu untersuchen, um Lücken zu schliessen, die die Wirksamkeit der Arbeit stark beeinträchtigen. Aus dem Gesagten ergibt sich nämlich nicht, dass Selbstmordverhütung nicht möglich sei, wie Einzelfälle eindrucksvoll beweisen. Wir wissen aber offenbar noch nicht genug über die geeignetste Organisationsform und über die geeignetste Therapieform.

### Praxis der Selbstmordverhütung

Der Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Selbstmordverhütung nach dem Zweiten Weltkrieg, der auch eine Reihe von theoretischen Hinweisen enthalten musste, lässt die angewandte Praxis der Selbstmordverhütung folgerichtig erscheinen. Der erste Schwerpunkt der Praxis der Selbstmordverhütung ist die Organisation. Es war schon darauf hingewiesen worden, dass Selbstmordverhütungszentren und Beratungsstellen sich der Lebensmüden annehmen. Ausserdem war darauf hingewiesen worden, dass die Telefonseelsorgestellen zu etwa 7 % ihrer Tätigkeit Selbstmordverhütung betreiben. Schliesslich ist zu erwähnen, dass die Psychiatrischen Kliniken Selbstmordverhütung in Form eines sogenannten psychiatrischen Konsiliardienstes anbieten. Bei dieser Konsiliartätigkeit soll geklärt werden, wieweit ein Patient nach Selbstmordversuch in einer Internistischen oder einer Chirurgischen Klinik im Hinblick auf seine weitere Suizidgefährdung entlassen werden kann. Darüber hinaus wird die Frage erörtert, ob und gegebenenfalls welche Art der Nachbetreuung zu empfehlen ist. Diese Organisationsformen im engeren Sinne der Praxis der Selbstmordverhütung werden derzeit intensiv diskutiert. Die schon erwähnten gleichbleibenden Zahlen der Selbstmordhandlungen werfen nämlich die Frage auf, ob die genannten Einrichtungen und ihre Struktur wirksam genug sind. Der Bericht zur Lage der Psychiatrie, der von einem Expertengremium 1975 dem Deutschen Bundestag zugeleitet wurde, enthält auch einige Vorschläge über die Zukunft der Selbstmordverhütung. Im Zusammenhang mit ihrer Praxis wird vor allem gefordert, dass in den Kliniken sogenannte Modellstationen eingerichtet werden, auf denen die Patienten nach Selbstmordversuch betreut werden. Diese sollen so die Möglichkeit bekommen, sich noch einige Zeit nach dem Selbstmordversuch und nach der unmittelbaren Entgiftung mit der neuen Situation auseinanderzusetzen. Der Übergang von der Intensivbehandlung in die Realität des Alltags soll nicht so unmittelbar erfolgen, dass mit neuen Selbstmordversuchen zu rechnen ist. An der Universitätsklinik Heidelberg und an den Städtischen Kliniken in Darmstadt sind solche Modellstationen etwa mit der genannten Tendenz an der Arbeit. Diese ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass in der Betreuungsgruppe Ärzte, Seelsorger, Psychologen und Sozialarbeiter interdisziplinär zusammenarbeiten. Ausgehend von der Beobachtung, dass eine Selbstmordhandlung nicht nur medizinische, sondern auch psychologische sowie soziale und religiöse Aspekte hat, werden die genannten Berufsgruppen in der Zusammenarbeit als besonders geeignet angesehen.

Mit der Erwähnung der in der Praxis der Selbstmordverhütung Tätigen ist deren zweiter Schwerpunkt angesprochen. Über die Organisationsform hinaus ist nach den angewandten Methoden zu fragen und nach denen, die diese Methoden gebrauchen. Die medizinische Behandlung von Selbstmordpatienten besteht vor allem in der Entgiftung und in der Beseitigung akuter

Lebensgefahr. Darüber hinaus kann es sein, dass im Zusammenhang psychiatrischer Erkrankungen im engeren Sinne eine psychopharmakotherapeutische Behandlung durch Mediziner angezeigt ist. Die Aufgabe des Mediziners besteht konsequent dazu vor allem auch noch darin, dass er als Psychiater versucht, die Selbstmordhandlung auf ihre Zugehörigkeit zu einer psychischen Erkrankung zu prüfen und daraus entsprechende Konsequenzen der Behandlung zu ziehen.

Da der Anteil der Selbstmordhandlungen aber keineswegs auf die Gruppen der psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Störungen im engeren Sinne beschränkt ist, werden von Psychologen und Sozialarbeitern psychotherapeutische und sozialtherapeutische Methoden angewandt. Ausgangspunkt dafür ist die Beobachtung, dass die Selbstmordhandlung einer bestimmten individuellen oder sozialen Konfliktsituation entspringt, die entsprechend zu bearbeiten ist. Die Praxis bedient sich hier aller verfügbaren Verfahren der Psychotherapie und Sozialtherapie, nämlich der Psychoanalyse, der Psychotherapie, der Kurztherapie, der Fokalthherapie, der Gesprächstherapie und auch der Verhaltenstherapie. Mehr auf die sozialen Konflikte gerichtet sind die Massnahmen der Gruppentherapie, der Familientherapie und der Milieuthherapie. Eine besondere Schwierigkeit der Anwendung aller dieser Verfahren liegt einmal darin, dass der Patient nicht das Gefühl der Aufdringlichkeit haben darf, weil er dadurch erneut in eine Situation von Schuldgefühlen und Abhängigkeit gerät, die seine Selbstmordgefahr erhöhen. Darüber hinaus müssen diejenigen, die diese Methoden anwenden, mit ihrer Angst vor dem Tod und dem Sterben und damit auch vor dem Selbstmord umgehen lernen. Es ist eine klinische Erfahrung, die in Zukunft näherer Untersuchung bedarf, dass Selbstmordpatienten bei den Helfern bestimmte Ängste auslösen und die dadurch herbeigeführte Verunsicherung bei den Helfern die Wirksamkeit ihrer Massnahmen erschwert. Ganz allgemein kann davon ausgegangen werden, dass die wirksamste Grundlage für jede Art von Intervention das wertfreie Interesse des Helfers an der Not und an den Konflikten des Lebensmüden darstellt. Das erfordert vom Helfer ein hohes Mass von Selbstreflexion und Toleranz gegenüber seinem Anvertrauten. Die Toleranz muss so weit gehen, dass die letzte Entscheidung über Leben und Tod der Betreffende selbst hat und nicht der Selbstmordverhüter zu seiner eigenen Befriedigung und Beruhigung seinen Patienten zu etwas zwingt, was dieser gar nicht mehr will.

Die bestehende Praxis der Selbstmordverhütung, wie sie im Hinblick auf ihre Organisation, im Hinblick auf die an ihr Beteiligten und im Hinblick auf die angewandten Methoden beschrieben wurde, ist insgesamt unwirksam. Überall bleiben seit Jahren die Zahlen der Selbstmorde und Selbstmordversuche mehr oder weniger gleich. Auf der anderen Seite ist eindrucksvoll, zu sehen, dass im Einzelfall sehr schwer selbstmordgefährdete Menschen durch intensive Arbeit und

Zuwendung aus unmittelbaren und längerdauernden Krisen erfolgreich herauskommen können. Das zwingt die Suizidforschung dazu, ihre Bemühungen und katamnestischen Untersuchungen zu intensivieren und zu systematisieren. Es gibt nur wenige Forscher, die sich für Katamnesen von Patienten nach Selbstmordversuch interessiert haben. Beispielgebend dafür sind unter anderem die katamnestischen Untersuchungen von *P. B. Schneider*. Vordringlich wäre im Zusammenhang mit den bereits angestellten Untersuchungen zu klären, ob überhaupt eine Nachbetreuung und welche Art der Nachbetreuung die Wiederholungen von Selbstmordversuchen verhindert. Diese Frage ist in entsprechenden Kontrolluntersuchungen insofern unschwer zu prüfen, als zwangsläufig in der Praxis der Selbstmordverhütung eine Gruppe von nichtnachbetreuten Patienten einer Gruppe von betreuten Patienten gegenübergestellt werden kann. In weiteren Kontrolluntersuchungen ist dann die Wirksamkeit der verschiedenen Methoden zu überprüfen, und es wären Indikationsstellungen zu erarbeiten, welche Methode in welchem Falle und in welcher Zeit die meiste Aussicht auf Erfolg hat. Solche Untersuchungen erscheinen im gegenwärtigen Zeitpunkt, wie schon oben erwähnt, dringend notwendig, um die erfreuliche und engagierte Aktivität auf dem Gebiet der Selbstmordverhütung empirisch und wissenschaftlich zu begründen.

### Theoretische Grundlegung der Selbstmordverhütung

Im Abschnitt über die Geschichte der Selbstmordverhütung waren schon einige Andeutungen ihrer theoretischen Grundlegung gemacht worden. Die klassische Theorie der Selbstmordhandlung wurde von der Psychoanalyse um die Jahrhundertwende vorgelegt. Sie gipfelt in der Beschreibung der Wendung der Aggression gegen die eigene Person und in der Zielrichtung dieser Aggression auf ein sogenanntes introjiziertes Liebesobjekt, das mit dieser Person identifiziert ist. Da die Thematik früh verlorener Liebesobjekte und der Versuch, diesen Verlust durch Introjektion auszugleichen, das zentrale Geschehen der Depression ist, wurde die Selbstmordhandlung lange Zeit als eine spezielle Verhaltensweise in Zusammenhang mit der Depression aufgefasst. Das gilt heute in dieser Ausschliesslichkeit nicht mehr.

Mit der Wiederbelebung der Narzissmustheorie durch *Kohut*, anknüpfend an die klassische Arbeit von Sigmund Freud zur Einführung des Narzissmus 1914, hat *Henseler* den Anteil der sogenannten narzisstischen Kränkung beim Zustandekommen der Selbstmordhandlung herausgearbeitet. Es wurde beobachtet, dass der Selbstmordhandlung eine starke Kränkung und Erniedrigung des Selbstwertgefühles zugrunde liegt und dass es um die Erhaltung oder Wiederherstellung eines sogenannten narzisstischen Gleichgewichtes geht.

Die Sozialwissenschaft arbeitet immer noch an dem Ansatz von *Durkheim*, der das Zustandekommen der Selbstmordhandlung dadurch erklären wollte, dass der Betreffende aus dem Integrationszusammenhang einer

Gesellschaft herausgeraten ist. Dieser theoretische Ansatz ist dann vor allem im Hinblick auf die familiären Zusammenhänge und auf die Berufskonflikte weiter verfolgt worden. *Welz* und andere untersuchen die gesellschaftlichen Einflussgrößen auf die Selbstmordhandlungen insbesondere in Beziehung zur Wohnungsumwelt.

Schliesslich hat die auf der Lerntheorie aufgebaute Psychologie versucht und tut es gegenwärtig immer mehr, Selbstmordhandlungen als erlernte Verhaltensweisen zu beschreiben, mit denen der Betreffende selbst und auch eine Gruppe ihrer eigenen gleichmässigen Ökonomie dient.

Die theoretischen Ansätze aus der frühen und gegenwärtigen Psychoanalyse, aus der Sozialwissenschaft und aus der lerntheoretisch orientierten Psychologie sind alle gültig. Sie werden zum Ausgangspunkt der Praxis, insofern es in der praktischen Arbeit um die Aggressionsverarbeitung geht, um den Ausgleich von Verlustängsten und Schuldgefühlen, um die Erhaltung und Wiederherstellung des narzisstischen Gleichgewichtes, um die Integration des Lebensmüden in Familie, Beruf und Gesellschaft und um den Neuerwerb von Fähigkeiten, Konfliktsituationen anders als durch Selbstmordhandlungen zu bewältigen und andere Wege der Problemlösung zu beschreiten.

### Zusammenfassung

Durch einen geschichtlichen Überblick, die Beschreibung der Praxis und der theoretischen Grundlagen wurde die gegenwärtige Situation der Selbstmordverhütung zu schildern versucht. Dabei liess sich zeigen, dass die Selbstmordverhütung intensiv nach 1948 belebt wurde durch die grundlegenden praktischen und theoretischen Arbeiten von *Erwin Ringel*. Die gegenwärtige Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass nach dem ersten Rückgewinn der Lebensmüden als Patienten für die Medizin nun eine Diffamierung durch die Gesellschaft auch anders vermieden werden kann als durch die Kennzeichnung der Selbstmordhandlung als Krankheit. Zunehmende Aufmerksamkeit finden politische Selbstmorde und andere, welche Selbstmordhandlungen als Möglichkeit des Menschen ausweisen. Die Praxis der Selbstmordverhütung besteht in der Organisation von Zentren und Beratungsstellen, in der interdisziplinären Beteiligung verschiedener Berufsgruppen und der Anwendung verschiedener medizinischer, psychologischer und sozialer Therapieformen. Als theoretische Grundlagen gelten die Theorien der frühen und gegenwärtigen Psychoanalyse, der Sozialwissenschaft und der lerntheoretisch orientierten Psychologie. Diese Information und dieser Überblick über die Selbstmordverhütung – Praxis und Theorie heute – erlaubt die Schlussfolgerung, dass jeder, der als Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter oder einfach als Mensch mit Lebensmüden in Berührung kommt, die wirksamste Selbstmordverhütung dann betreibt, wenn er sich vorbehaltlos aufrichtig, unaufdringlich für die psychische und soziale Konfliktsituation des anderen interessiert und die Freiheit der Person respektiert.

### Résumé

#### La prévention du suicide – théorie et pratique d'aujourd'hui

La situation actuelle de la prévention du suicide est présentée à travers un aperçu historique et la description de la pratique et des bases théoriques. Il s'est avéré que depuis 1948 la prévention du suicide s'est intensifiée, grâce aux travaux fondamentaux, pratiques et théoriques d'*Erwin Ringel*. La situation actuelle est caractérisée par le fait qu'après les premières récupérations des désespérés en tant que patients pour la médecine, il existe d'autres moyens d'éviter la diffamation de l'acte suicidaire par la société que de le classer parmi les maladies. On accorde une attention croissante aux suicides politiques et autres, qui caractérisent le suicide comme une

possibilité pour l'être humain. La pratique de la prévention du suicide consiste en l'organisation de centres d'accueil, en la participation interdisciplinaire de différents groupes professionnels et l'application de différentes formes de thérapies médicales, psychologiques et sociales. Les bases théoriques se composent de théories psychanalytiques d'autrefois et d'aujourd'hui, celles des sciences sociales et de la psychologie de l'apprentissage. Cette information et cet aperçu de la prévention du suicide, la pratique et la théorie d'aujourd'hui, nous permettent d'arriver à la conclusion que quiconque s'occupe des désespérés, en tant que médecin, psychologue, assistant social ou autre personne, exerce la prévention du suicide la plus efficace lorsqu'il s'intéresse sans réserve, honnêtement et sans vouloir s'imposer à la situation conflictuelle de l'autre tout en respectant la liberté de cette personne.

**Summary**

**Suicide Prevention—Theory and Practice Today**

The present situation of suicide prevention is portrayed by an historical outline, and the description of the practice and the theoretical foundations. It is established that suicide prevention was intensified after 1948 through the fundamental practical and theoretical works of *Erwin Ringel*. The present situation is characterized by the fact that after the initial recovery of desperate persons as patients for medicine, the defamation of the suicidal act by society could be avoided in another manner than by merely classifying it as a sickness. Increasing interest is being granted to political and other suicides who depict suicide as a possibility of mankind. The practical application of suicide prevention consists in the organization of rest-centres, the interdisciplinary participation of various professional groups and the application of various medical, psychological and social therapies. The theoretical foundation includes the theories of early and present psychoanalysis, social science and theoretical learn-oriented psychology. This information and this global view of suicide prevention—practice and theory today, allows us to draw the conclusion that every physician, psychologist, social worker or other human being who comes into contact with desperate persons applies the most effective suicide prevention when he behaves in a

straight forward manner, and is interested unreservedly in a candid, unforced way in the psychic and social conflict situation of the other, allthwhile respecting that person's freedom.

**Literatur**

- [1] *Abraham, K.*, Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände (1912), in: Psychoanal. Studien, Bd. II (Fischer, Frankfurt 1971).
- [2] *Adler, A.*, Selbstmord, Int. Z. Individ. Psychol. 15, 49–52 (1937).
- [3] *Durkheim, E.*, Der Selbstmord, Dtsch. Übers.: Luchterhand, Neuwied 1973.
- [4] *Freud, S.*, Trauer und Melancholie, Ges. Werke, Bd. X, London 1917.
- [5] *Freud, S.*, Zur Einführung des Narzissmus, Ges. Werke, Bd. X, London 1914.
- [6] *Henseler, H.*, Narzisstische Krisen, Zur Psychodynamik des Selbstmordes (Rowohlt, Reinbek 1974).
- [7] *Hoffmann, N.* (Hrsg.), Depressives Verhalten (Otto Müller, Salzburg 1976).
- [8] *Kiev, A.*, New directions for suicide prevention centers, Amer. J. Psychiat. 127, 87–88 (1970).
- [9] *Pohlmeier, H.*, Einige Bedingungen für die Psychotherapie von Suizidpatienten, Med. Monatsschr. 28, 115–119 (1974).
- [10] *Pohlmeier, H.*, Selbstmord und Selbstmordverhütung (Urban & Schwarzenburg, München-Wien-Baltimore 1978).
- [11] *Ringel, E.*, Der Selbstmord, Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung (Maudrich, Wien 1953).
- [12] *Schneider, P. B.*, et al., Contribution à l'étude de la prévention du suicide, Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 118, 307–355 (1976).
- [13] *Thomas, K.*, Menschen vor dem Abgrund, Neuauflage: Warum weiter leben? (Herder, Frankfurt 1977).
- [14] *Welz, R.*, Gesellschaftliche Einflussgrößen auf die Selbstmordhandlung, in: Pohlmeier H. (Hrsg.), Selbstmordverhütung – Anmassung oder Verpflichtung (Keil-Verlag, Bonn 1978).

## Risques suicidaires et prise en charge des suicidants

*P.-B. Schneider*<sup>1</sup>

Policlinique psychiatrique universitaire, Lausanne

La notion de «risque», telle que nous l'utiliserons, appartient à la science actuarielle, c'est-à-dire au domaine des probabilités ou à la statistique appliquée aux problèmes d'assurance. Le «risque» est donc la probabilité que tel sujet a, par exemple dans le domaine de la maladie, d'être atteint de telle ou telle affection, d'une part, et d'en mourir, d'autre part. Dans cette perspective probabiliste, chaque personne possède un certain taux de risque d'être atteint de telle ou telle maladie. Pour le suicide, ce «risque suicidaire» est exprimé par un chiffre conventionnel dont nous étudierons le caractère fallacieux lorsqu'on l'envisage selon certains points de vue. Le taux du suicide est le

**Les nombreux pièges de l'appréciation du risque suicidaire: un exemple, l'âge. Les suicidants, groupe à haut risque: étude clinique, leur prise en charge, approche psychodynamique. Nécessité d'une critique constante de l'approche psychothérapique.**

nombre de suicides réussis en une année pour une population donnée, ramenée à 100 000 personnes. Un taux de suicide de 20 signifie qu'en une année 20 sujets sont décédés de suicide dans une population de 100 000 habitants.

Ce chiffre de 20 correspond à la moyenne du taux du suicide en Suisse ces 20 à 30 dernières années. Le repérage des suicidés se fait différemment selon les

<sup>1</sup> Professeur de psychiatrie et de psychologie médicale à la Faculté de Médecine de l'Université, directeur de la Policlinique psychiatrique universitaire, rue Caroline 11bis, CH-1003 Lausanne.