

Die Beurteilung des Suizidrisikos

T. Haenel, Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel (Chefarzt: Prof. Dr. R. Battegay)

Bis vor wenigen Jahrzehnten wurden Suizidhandlungen fast schicksalsmässig hingenommen, ohne dass an eine wirksame Prophylaxe gedacht oder geglaubt wurde. Heute ist zwar viel mehr von Suizidverhütung die Rede, doch stösst sie in praxi oft auf grosse Probleme. Ringel schreibt in diesem Zusammenhang: «Ein signifikantes Symptom des zwischenmenschlichen Kontaktverlustes in unserer Zeit ist die Ahnungslosigkeit über das, was in anderen vorgeht» [22]. Dieser Satz beinhaltet das Kernproblem unserer Betrachtung: die Schwierigkeit, die Selbstgefährdung unseres Mitmenschen, unseres Patienten, richtig einzuschätzen. Wir sind nicht imstande, die Suizidalität zu messen mit eindeutigen, klaren Parametern oder laborähnlichen Daten, sondern wir können sie lediglich einschätzen, um schliesslich zu einer Beurteilung im konkreten Fall zu gelangen. Trotz dieses Sachverhalts ist die Beurteilung der Suizidalität kein Ratespiel, sondern kann, richtig gehandhabt, einen wesentlichen Beitrag zur Suizidverhütung liefern.

Wie häufig sind Suizidhandlungen überhaupt? Kommt auch der praktizierende Arzt, der Nichtpsychiater, mit solchen Problemen in Berührung? Nach Henseler [6] sterben täglich rund 1000 Menschen auf der Welt durch eigene Hand. Die Zahl der Suizidversuche ist 5–15mal so gross [6]. Von den Personen, die Suizid begangen haben, hatten 40–50% innerhalb des letzten Monats, 20–25% sogar eine Woche vor ihrer Selbsttötung einen Arzt, fast immer einen Nichtpsychiater, aufgesucht [1]. Sehr oft kommen solche Patienten wegen körperlicher, funktioneller Beschwerden zum Arzt, die sich in der Gesellschaft eines höheren Stellenwertes erfreuen als rein emotionelle Probleme. Nicht immer wird eine Depression oder larvierte Depression diagnostiziert, an Suizid wird vom Arzt meistens gar nicht gedacht. Besteht kein eindeutig somatisches Leiden oder besteht aufgrund der Anamnese oder des Verhaltens des Patienten der Verdacht, dass er depressiv sein könnte – eventuell leidet er an einer larvierten Depression –, wird der erfahrene Arzt den Kranken auf seine Empfindungen und Gefühle ansprechen und ihn auch nach Suizidgedanken und -impulsen fragen. Das Erkennen von Suizid-tendenzen bedeutet einen wesentlichen Schritt zur Suizidverhütung, da das Problem Suizid – vielleicht erstmals im Leben des Patienten – offen besprochen werden kann. Die Erkennung der Suizidgefahr ist also nicht auf die Psychiatrie beschränkt, sondern in den meisten Fällen wird der Nichtpsychiater damit konfrontiert.

Methoden der Beurteilung

Zur Abschätzung der Suizidalität kommen grundsätzlich folgende Verfahren in Frage:

1. Testpsychologische Methoden

2. Psychiatrisch-psychologisch-soziologische Methoden

3. Syndromatologische Untersuchungsmethoden, also klinisch-psychiatrische

1. Testpsychologische Methoden sind als alleinige Verfahren zur Bestimmung des Suizidrisikos nicht geeignet [19]. In bezug auf die akute Suizidgefahr gibt es kaum einen Test, der dazu Eindeutiges aussagen könnte [20].

2. Zu dieser Gruppe gehören Selbsteinschätzungsbo-gen, die von den Patienten selbst ausgefüllt werden. Gewisse Anhaltspunkte in bezug auf Suizidalität können zum Beispiel aus Fragen heraus gelesen werden, welche die Zukunft bzw. die Zukunftsperspektive betreffen [19]. Besonders zu erwähnen sind Risikolisten, aus denen die Häufigkeit bestimmter Merkmale herausgelesen werden kann. Wichtig sind jedoch neben einzelnen bestimmten Merkmalen auch ihre gegenseitige Beeinflussung, wie dies zum Beispiel in der von Pöldinger entwickelten Risikoliste berücksichtigt wurde [17].

3. Dieser Gruppe kommt die grösste Bedeutung zu. Die klinisch-psychiatrische Methode der Abschätzung der Suizidalität besteht in einem oder mehreren eingehenden Gesprächen mit dem Patienten. Wesentlich ist eine genaue Kenntnis der Anamnese sowie eine Vertrauensbeziehung zum Patienten. Eine Fremdanamnese, die Schilderung der Situation des Kranken durch einen ihm Nahestehenden, ist oft hilfreich und rundet das Bild ab. Im Gespräch mit dem Patienten ist es wichtig, genau hinzuhören, auf Nuancen der Sprache zu achten und zu «lesen», was «zwischen den Zeilen» steht. In der Unterredung wird dem Suizidverdächtigen – sehr oft einem Depressiven – die Frage gestellt, ob er schon Suizidgedanken gehabt, ob er Suizidäusserungen anderen gegenüber ausgesprochen oder mit Suizid gedroht habe oder ob er bereits früher Suizidhandlungen unternommen habe. Er wird auch nach Selbstvernichtungs- und Katastrophenträumen gefragt. Einen wesentlichen Hinweis gibt das Vorkommen von Suizidhandlungen (vollzogenen Suiziden oder Suizidversuchen) in der nächsten Umgebung des Patienten, die kurz zurückliegen. Suizide üben eine enorme Suggestivwirkung aus [8], sie wirken «ansteckend» und können Schuldgefühle und Selbstbestrafungswünsche wecken. Amerikanische Autoren, wie zum Beispiel Motto [14] und Phillips [15, 16] haben den suggestiven Einfluss von Suizidhandlungen eindrücklich beschrieben. Patienten, die hereditär mit Suiziden in der Familie belastet sind, leiden oft an einer endogenen Depression und sind damit selbst suizidgefährdet. Mitterauer [13] betont die auffallend hohe Rate von Suiziden in der Familie von Personen, die durch eigene Hand gestorben sind.

Neben den erwähnten Kriterien, die in direktem Zusammenhang mit dem Suizid stehen bzw. das Thema Suizid unmittelbar betreffen, sind zahlreiche indirektere, aber nicht weniger wichtige Hinweise zu beachten: Nach Kielholz [8] sind nicht nur direkte und indirekte Suizidhinweise zu berücksichtigen, sondern auch das Krankheitsgepräge und Umweltsbeziehungen. Zur Abklärung des Krankheitsgepräges wird nach schweren Schuld- und Insuffizienzgefühlen, depressiven Zuständen mit ängstlich-agitiertem Gepräge, schweren und langdauernden Schlafstörungen sowie nach unheilbaren Krankheiten und nach Drogenabhängigkeit gefahndet. Bei den Umweltsbeziehungen sollte nach zerrütteten Familienverhältnissen in der Kindheit (broken home), dem Verlust oder dem primären Fehlen mitmenschlicher Kontakte und nach finanziellen Sorgen gefragt werden. Auch Vereinsamung und das Fehlen tragfähiger religiöser Bindungen sind zu beachten [8]. Dass religiöse Bindungen suizidverhütend wirken, ist anzunehmen, aber schwierig zu beweisen. Die sorgfältigen Untersuchungen von Hole [7] weisen jedoch in diese Richtung.

Risikogruppen

Zur Beurteilung des Suizidrisikos ist es notwendig, die häufigsten Risikogruppen, das heisst Personengruppen, die besonders suizidgefährdet sind, zu kennen und zu erkennen. Im folgenden sollen in der Reihenfolge der Häufigkeit die wichtigsten Risikogruppen genannt werden [18].

1. Depressive aller Arten: Besonders gefährdet sind Depressionen mit ängstlich-agitiertem Gepräge, zum Beispiel Involutionsdepressionen, endogene und organische Depressionen.
2. Drogenabhängige (im weitesten Sinne des Wortes): Es gehören in erster Linie Alkoholabhängige [4, 10], aber auch Medikamenten- und Rauschmittelabhängige dazu [5]. (Die zweithäufigste Todesursache bei Alkoholabhängigen ist der Suizid.)
3. Alte und Vereinsamte: Vollzogene Suizide sind bei Betagten häufiger als bei jungen Personen; bei Suizidversuchen verhält es sich gerade umgekehrt.
4. Personen, die durch eine Suizidankündigung oder Suiziddrohung aufgefallen sind. Mehr als die Hälfte der durch Suizid ums Leben Gekommenen haben zuvor auf irgendeine Weise, sei es durch direkte oder indirekte Andeutungen oder Ankündigungen, ihren Suizid vorausgesagt. Dieses Faktum steht natürlich in absolutem Widerspruch zur noch häufig anzutreffenden Meinung, gemäss welcher jemand, der von Suizid spreche, diesen sowieso nicht ausführen werde.
5. Personen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben: Nachuntersuchungen haben ergeben, dass von den Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, 10 Jahre später etwa 5–10% durch Suizid ums Leben gekommen sind.

Noch zahlreiche weitere Risikogruppen könnten angeführt werden, so zum Beispiel Studenten/-innen [9], Ärzte/-innen, Verfolgte aus religiösen, politischen

oder rassistischen Gründen, Flüchtlinge sowie Chronischkranke, sogenannte unheilbar Kranke.

Das präsuizidale Syndrom

Ebenso wichtig wie statische und statistische Gesichtspunkte sind jedoch auch dynamische Kriterien, die oft schwierig zu erfassen sind. Anhand des von Ringel [21] beschriebenen präsuizidalen Syndroms soll eine besonders häufige und wesentliche Dynamik beschrieben werden, die bei den meisten Selbsttötungen in unterschiedlich raschem Tempo durchschritten wird. Das präsuizidale Syndrom besteht aus drei Phasen, aus drei Elementen:

1. Der Einengung, 2. der gehemmten, gegen die eigene Person gerichteten Aggression und 3. den Selbstmordphantasien.

Ad 1. Es gibt verschiedene Arten der Einengung. Zunächst ist die *situative* Einengung zu erwähnen, die im Gefühl zum Ausdruck kommt, im seelischen Lebensbereich eingeengt zu sein. Der Betreffende fühlt sich von allen Seiten behindert und glaubt in einen immer enger werdenden Rahmen gepresst zu werden [21]. Die Situation, in der sich der Patient befindet, wird als erdrückend, überwältigend erlebt, der gegenüber er sich ohnmächtig, hilflos und ausgeliefert empfindet. Wann diese situative Einengung im Einzelfall auftritt, ist abhängig von der Vorgeschichte des Betreffenden, wie anfällig er für ein bestimmtes seelisches Trauma ist. Jedes Trauma ist immer subjektiv zu beurteilen, natürlich subjektiv aus der Sicht des Patienten. Eine weitere Form der Einengung betrifft die *Wertwelt*; wir werden später im Zusammenhang mit dem Narzissmus darauf zurückkommen. Der *dynamischen* Einengung kommt ein Spontaneitätsverlust, eine Hemmung und passives Verhalten gleich. Es liegt aber kein Erlöschen der Persönlichkeitsdynamik vor, sondern eine Kanalisierung des Antriebs auf das Ziel der Selbsterstörung hin. Die dynamische Einengung ist nicht mit einem adynamischen Zustand gleichzusetzen, wie zum Beispiel bei Karzinomkranken im Terminalstadium, die keinen Suizid begehen, weil dazu eine Dynamik nötig wäre, die sie nicht mehr besitzen. Dynamische Einengung heisst also, dass sich die Gefühle des Menschen in eine einzige Richtung bewegen, in Richtung Depression, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, und dass alle Gegenregulationsmechanismen versagen. Je mehr Abwehrmechanismen jemand anwenden kann, desto eher scheint die Suizidgefahr vermindert. Ein Beispiel für einen solchen Abwehrmechanismus wäre die sogenannte Somatisierung [23]. Auch der Einengung der zwischenmenschlichen Beziehung, der Isolierung, kommt wichtige Bedeutung zu.

Ad 2. Im präsuizidalen Syndrom ist die Aggression gegen die eigene Person gerichtet. Solche Patienten berichten etwa, dass sie «alles in sich hineinfressen». Es besteht eine Aggressionshemmung oder eine Aggressionsumkehr, die Aggression ist gegen sich selbst gerichtet. Es kann zu einem solchen Aggressionsdruck kommen, dass bestimmte Personen in

gewissen Situationen diesem nicht mehr gewachsen sind. Ringel [23] nennt dieses zweite Element des präsuizidalen Syndroms den Freudschen Baustein, da Sigmund Freud als erster auf die wesentliche Rolle, welche die Aggression für den Suizid spielt, aufmerksam gemacht hat. Es kann in einem Menschen das Gefühl ohnmächtiger Wut entstehen, welche zur Umkehr der Aggression gegen die eigene Person führt, zu dem, was als «Implosion» bezeichnet werden kann, also einer Explosion, die nach innen erfolgt. Eine solche Implosion ist eine Anklage gegen die Umgebung, ein Vorwurf an die Umwelt, da nicht nur eine Selbstzerstörung stattfindet, sondern zugleich auch Rachedenken an anderen ihre Erfüllung finden. Dazu ein eindrückliches Beispiel: Ein Mädchen, dessen eine Schwester durch Selbstmord geendet hatte, unternahm einen Suizidversuch und wurde danach von Ringel [23] untersucht. Er fragte es, wie ihre Eltern hätten weiter existieren sollen, wenn sie hätten erleben müssen, ein zweites Kind durch Suizid zu verlieren. Die blitzschnelle Antwort des Mädchens lautete: «Soviel Kinder, wie meine Eltern verdienen würden, durch Selbstmord zu verlieren, soviel können sie im ganzen Leben nicht zeugen.»

Ad 3. Das letzte Element des präsuizidalen Syndroms ist die Zunahme bzw. das Überhandnehmen von Suizidphantasien. Mit Selbstmordphantasien und Todeswünschen ist die intensive gedankliche Beschäftigung mit dem Suizid gemeint. Es werden drei Stufen von Todesphantasien unterschieden [21].

- a) Die Vorstellung, tot zu sein: Es wird nicht das Sterben, sondern das Resultat des Sterbens phantasiert.
- b) Die gedankliche Vorstellung, sich etwas anzutun, man denkt an Suizid, ohne dass es zu konkreten Plänen der Ausführung kommt.
- c) Bestimmte Selbstmordmethoden werden in allen Einzelheiten und Details durchdacht.

Was anfänglich wie ein selbstgewählter Mechanismus zur Entlastung aussieht, erweist sich später als Bumerang: Die Suizidgedanken machen sich selbständig, das heisst, sie drängen sich gegen den Willen zwinghaft auf und werden bis zum Tod bzw. bis zur Selbstmordhandlung immer intensiver.

Das präsuizidale Syndrom kann innert Stunden oder innert Wochen und Monaten durchschritten werden. Ist der Patient so weit, dass er den Suizidplan bis in alle Einzelheiten festgelegt und auch den Zeitpunkt seines Ablebens bestimmt hat, kann er einige Zeit vorher ruhig und abgeklärt, sogar guter Stimmung erscheinen. Es ist die die Umgebung irreführende «Ruhe vor dem Sturm». Diese Ruhe kann klinisch zum Beispiel durch eine Aufhellung der Depression, durch eine Besserung des Befindens gekennzeichnet sein. Oft legt der Patient ein suizidales Verhalten an den Tag, welches aber von der Umgebung meistens nicht wahrgenommen, nicht «für wahr» genommen bzw. nicht richtig interpretiert wird. Das Wegschenken von persönlichen Effekten kann zum Beispiel Ausdruck eines suizidalen Verhaltens sein. Eine Ankündigung des

Suizides kann indirekt oder sogar direkt erfolgen, ohne dass es die Umwelt erkennt, da sie in anderen Bahnen, in ihren eigenen, zu denken gewohnt ist.

Suizidale Entwicklung und Narzissmus

Im Verlauf einer suizidalen Entwicklung wird in einem ersten Stadium, in dem der Erwägung, der Suizid als Möglichkeit erwogen, um eigene, besonders belastende Probleme zu lösen. In einem zweiten Stadium erfolgt ein Widerstreit zwischen den selbstzerstörerischen und den selbsterhaltenden Kräften, es ist das Stadium der Ambivalenz, in welchem Suizidankündigungen und -androhungen vorkommen können. Das dritte Stadium, sofern die suizidale Entwicklung weiterläuft, ist das Stadium, in welchem der Entschluss zu einem Suizid gefasst wird. In diesem dritten Stadium kann die bereits erwähnte «Ruhe vor dem Sturm» eintreten. Patienten, die während einer gewissen Zeit von Suizid gesprochen haben, von denen plötzlich keine entsprechenden Äusserungen zu vernehmen sind, sollten im Rahmen eines eingehenden Gespräches gefragt werden, warum sie weiterleben möchten, denn wenn sie sich entschlossen haben, sich das Leben zu nehmen, sind sie meist um eine Antwort verlegen oder können die Frage zumindest nicht so rasch plausibel beantworten [18].

Eine weitere psychodynamische Erklärungsmöglichkeit für die Suizidhandlung – und damit ein Kriterium für die Beurteilung des Suizidrisikos – liefern uns die Erkenntnisse über den Narzissmus. Unter Narzissmus werden die verschiedenen Zustände des Selbstwertgefühls, der affektiven Einstellung des Menschen zu sich selbst, verstanden. In der psychiatrischen Praxis werden Patienten mit Störungen des Selbstwerterlebens immer häufiger. Narzisstisch gestörte Patienten, die suizidal werden, mussten in ihrer frühen Kindheit das so wichtige Geborgenheits- und Wärmegefühl der Familiengemeinschaft vermissen. Infolge dieses Mangels hat sich das Selbst jener Menschen nur ungenügend entwickelt. Sie werden später narzisstisch gestört bzw. narzisstisch neurotisch. Nach *Battegay* und *Thilges* [2] stammt etwa die Hälfte der in der Notfallstation des Kantonsspitals Basel untersuchten Patienten mit Suizidversuchen aus einer sogenannten Broken-home-Situation. Während unter einer äusseren Broken-home-Situation schicksalsmässige Ereignisse für das Kind, wie zum Beispiel Scheidung der Eltern, Tod eines der beiden Elternteile, verstanden wird, versteht man unter der inneren Broken-home-Situation das Faktum, dass sich das Selbst der jungen Menschen wegen einer behindernden, einengenden und lieblosen Erziehung nur ungenügend entwickeln konnte. Die Familie ist äusserlich gesehen durchaus intakt, aber die Eltern sind zum Beispiel für die Kinder nicht da, sie haben keine Zeit – kurz, ihre Söhne und Töchter sind «Waisenkinder mit Vater und Mutter». Zu Recht betont Ringel [23], dass die richtige Elternliebe heute seltener als je zuvor sei, jedenfalls so selten wie eine gute Mann-Frau-Beziehung. Häufig werde ein Erziehungsstil praktiziert, der den Eigennutz der Eltern

widerspiegle, das heisst sie benützen das Kind für ihre Zwecke und können es dadurch zerstören. *Alice Miller* [11, 12] hat Wesentliches zur Eltern-Kind-Beziehung publiziert, und zwar in eindrücklicher, pointierter, teilweise provokativer Form. Im Gegensatz zu früheren Generationen sind heutige Eltern oft verunsichert in bezug auf die Vermittlung von Wertsystemen, da ihre eigenen oft längst in Brüche gegangen sind. Während in früheren Jahren unantastbare Werte Kindern oft geradezu aufgedrängt wurden, geschieht heute in dieser Hinsicht oft zu wenig, so dass die Kinder in eine «Wertverdünnung» geraten [23] und damit verunsichert werden. Sie finden den Sinn des Lebens nicht, was ihnen aus ihrer Sicht Überdross und Langeweile beschert, beides Vorstufen einer Tendenz zu Suizidhandlungen.

Viele narzisstisch gestörte Menschen berichten nach einem missglückten Suizidversuch, dass sie sich trotz aller Ernsthaftigkeit ihres Todeswunsches noch irgendeine Nachwelt vorgestellt haben. Sie hoffen, im neuen Dasein die Zuwendung und Wärme zu finden, die ihnen in ihrem bisherigen Leben versagt blieb. Die Kranken wollen etwa auch die Bestrafung der Angehörigen noch miterleben. Sie glauben also irgendwie an ein anderes Dasein, nicht im religiösen Sinne, sondern in diesseitigen Bezügen. Diese Vorstellung entspricht der Persönlichkeit dieser Patienten: Sowohl Grössenideen als auch die Idealisierung von Objekten sind für narzisstisch Gestörte typisch. Die Suizidhandlung kommt den Grössenideen insofern entgegen, als sich die Betroffenen Herr über Leben und Tod wähnen und sie sich in scheinbarer Freiheit für den Tod entscheiden können [3]. Diese realitätsfremde Hoffnung wurde von *Heinrich Heine* im Gedicht «Die Grenadiere» meisterhaft dargestellt: Ein Grenadier möchte sich, über die politischen Ereignisse schwer enttäuscht, umbringen. Er möchte im Grab warten, bis sein Kaiser darüber hinwegreitet, um dann in voller Ausrüstung bewaffnet aus dem Grab herauszusteigen und seinen idealisierten Kaiser zu schützen. Robert Schumann, der selbst versuchte, seinem Leben ein Ende zu bereiten, hat dieses Gedicht vertont.

Das präsuizidale Syndrom und die Erklärung einer Suizidhandlung mit Hilfe des Selbstwerterlebens sind keine zwei voneinander abgegrenzten psychodynamischen Modelle, sondern es sind verschiedene Erklärungsmöglichkeiten, die sich gegenseitig nicht auszuschliessen brauchen. Im Gegenteil, die Dynamik im Zusammenhang mit dem Narzissmus passt durchaus zum präsuizidalen Syndrom: Ein pathologischer Narzissmus kann als eine weitere Form der Einengung gesehen werden, als eine Einengung, welche die Wertwelt, die Wertbezogenheit und eben das Selbstwertgefühl betrifft.

Akute Krisenintervention

Was ist zu tun, wenn ein Mensch als suizidal, als akut suizidgefährdet erkannt wird? Die Vertrauensbeziehung ist die beste Voraussetzung für die Suizidverhütung. Ist der Patient alleinstehend, ist eine Einweisung

in eine Psychiatrische Klinik meist nicht zu umgehen. Ist er nicht alleinstehend, kann unter Umständen der Partner oder eine andere Vertrauensperson zur Mithilfe herangezogen werden. Eine antidepressive Therapie kann auch zu Hause durchgeführt werden, wenn sich der Patient in guten Händen und geborgen weiss. Fühlt sich der Patient vom Arzt ernst genommen und besteht eine Vertrauensbeziehung, sollte dem Suizidalen das Versprechen abgenommen werden, sich kein Leid anzutun. Natürlich ist kein Mensch in der Lage, dieses Versprechen auf Lebenszeit zu geben oder gar zu halten. Das Versprechen sollte zeitlich limitiert sein, zum Beispiel bis ein bestimmter kritischer Zeitpunkt, natürlich in naher Zukunft, vorbei ist, oder zum Beispiel bis zur nächsten Konsultation. Ein solches glaubhaft abgegebenes Versprechen wird erfahrungsgemäss nur selten gebrochen, besonders wenn ein ihm Nahestehender den Patienten psychologisch unterstützt und ihm beisteht. *Ringel* schreibt wörtlich [23]: «90 von 100 Selbstmorden liessen sich verhindern, würden Mitmenschen den Satz der Bibel erfüllen: <Wer Ohren hat zu hören, der höre.>»

Adresse des Autors

PD Dr. med. T. Haenel, Psychiatrische Universitätspoliklinik, Kantonsspital, CH-4031 Basel.

Zusammenfassung

Viele Patienten suchen vor einer Suizidhandlung einen Arzt auf wegen somatischer oder funktioneller Beschwerden. Meist bringen sie ihre Suizidgedanken nicht zum Ausdruck, wenn sie nicht direkt darauf angesprochen werden. Eine genaue Anamnese, eventuell zusammen mit einer Fremdanamnese, ist das sicherste Fundament für eine optimale Beurteilung des Suizidrisikos. Die häufigsten Risikogruppen in bezug auf Suizid sind:

1. Depressive
2. Toxikomane
3. Alte und Vereinsamte
4. Personen, die durch eine Suizidankündigung oder -drohung aufgefallen sind
5. Personen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben

Das von *Ringel* beschriebene präsuizidale Syndrom besteht aus den verschiedenen Arten der Einengung, der Autoaggression und den Suizidphantasien. Sowohl das präsuizidale Syndrom als auch die Erkenntnisse der Narzissmusforschung tragen wesentlich zur Einsicht in die Dynamik von Suizidhandlungen bei. Suizidale sollten versprechen können, keine Suizidhandlung zu unternehmen, zum Beispiel bis zur nächsten Konsultation beim Arzt oder bis ein gewisser kritischer Zeitabschnitt in naher Zukunft überbrückt ist. In jedem Fall kommt der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient bei der Suizidverhütung wesentliche Bedeutung zu.

The Assessment of Suicidal Risk

Summary

Before committing a suicidal act, many people consult a doctor because of somatic or functional complaints. Most of them do not express their suicidal thoughts, unless they are asked direct questions. The taking of a thorough history, possibly supplemented by information from relatives or friends, is the safest basis for an optimal assessment of the suicide risk. Predisposing factors are:

1. Depression
2. Alcohol or drug dependence
3. Old age and loneliness
4. Warnings or threats of suicide
5. Past suicide attempts

The presuicidal syndrome, as described by *Ringel*, consists of the narrowing of mental functions, the turning of suppressed aggression against oneself and suicide phantasies. The concept of the suicidal syndrome, as well as the new concepts of narcissism give important insights into the dynamics of suicide. A verbal promise should be obtained from suicidal patients that they will not commit a suicidal act for a specific period of time, e.g. until the next consultation with the doctor or until a critical point in the near future has been overcome. In any case, a trustful doctor-patient-relationship plays an essential part in suicide prevention.

Literatur

- [1] *Achté, K.*, Suizidalität und Suizidverhütung, Münch. Med. Wschr. 117, Nr. 6, 189–192 (1975).
- [2] *Battegay, R., Thilges, R.*, Die in einer psychiatrischen Poliklinik behandelten Patienten mit Suizidversuchen, Schw. med. Wschr. 100, 225–228 (1970).
- [3] *Battegay, R., Haenel, T.*, Narzisstische Störungen und Suizidalität – Sozial- und Präventivmedizin 24, 42–47 (1979).
- [4] *Borg, S. E., Ståhl, M.*, Prediction of Suicide, Acta psychiat. Scand. 65, 221–232 (1982).
- [5] *Haenel, T., Kielholz, P.*, Larvierte Depression und Suizidalität, Hexagon Roche 10, H. 5, 2–7 (1982).
- [6] *Henseler, H.*, Narzisstische Krisen; Zur Psychodynamik des Selbstmordes (Rowohlt, 1974).
- [7] *Hole, G.*, Der Glaube bei Depressiven (Enke Verlag, Stuttgart 1977).
- [8] *Kielholz, P.*, Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker, 3. Auflage (Lehmanns Verlag, München 1971).
- [9] *Kielholz, P.*, Der Student in der heutigen Zeit, Schweiz. Ärztezeitung 63, H. 19 (12. 5. 1982).
- [10] *Kuda, K., Kuda-Eber, M.*, Zur Vorhersage der Selbstmordgefährdung bei Studierenden und Drogenabhängigen (Hans Huber, Bern 1981).
- [11] *Miller, A.*, Das Drama des begabten Kindes (Suhrkamp, Frankfurt am Main 1979).
- [12] *Miller, A.*, Am Anfang war Erziehung (Suhrkamp, Frankfurt am Main 1980).
- [13] *Mitterauer, B.*, Das suizidale Achsendyndrom, Wiener med. Wschr. 131, Jg. Supplement, Nr. 68, 1–28 (1981).
- [14] *Motto, J. A.*, Newspaper Influence on Suicide, Arch. Gen. Psychiat. 23, 143–148 (1970).
- [15] *Phillips, D. P.*, Motor Vehicle Fatalities Increase Just After Publicized Suicide Stories, Science 196, 1464–1465 (1977).
- [16] *Phillips, D. P.*, Suicide, Motor Vehicle Fatalities and the Mass Media: Evidence toward a Theory of Suggestion, American Journal of Sociology (= AJS), Mar. 84 (5), 1150–1174 (1979).
- [17] *Pöldinger, W.*, Die Abschätzung der Suizidalität (Hans Huber, Bern 1968).
- [18] *Pöldinger, W.*, Die Beurteilung und Behandlung der Suizidalität, Therapeutische Umschau 37, H. 1, 9–16 (1980).
- [19] *Pöldinger, W., Sonneck, G.*, Die Abschätzung der Suizidalität, Nervenarzt 51, 147–151 (1980).
- [20] *Rauchfleisch, U.*, Handbuch zum Rosenzweig Picture-Frustration Test (PFT), Bd. 1 und 2 (Hans Huber, Bern 1979).
- [21] *Ringel, E.*, Selbstmordverhütung (Hans Huber, Bern 1969).
- [22] *Ringel, E.*, Möglichkeiten der ärztlichen Selbstmordprophylaxe, Therapiewoche 22, 2199–2214 (1972).
- [23] *Ringel, E.*, Die Beurteilung des Suizidrisikos, Schweiz. Ärztezeitung 62, 1405–1409 (13. 5. 1981).