

Begrüßung durch den Präsidenten des Organisationskomitees

Prof. Dr. P. Kielholz

Vir magnifice,
Herr Regierungsrat,
Sehr verehrte Damen und Herren,

Es ist mir eine große Ehre, Sie im Namen des Organisationskomitees in Basel begrüßen zu dürfen und Ihnen zu danken, daß Sie die oft sehr weite Reise – ich denke an die Kollegen aus dem Fernen Osten, Afrika, Kanada und Amerika – nicht gescheut haben, um beim Versuch mitzuhelfen, durch persönlichen Meinungs- und Erfahrungsaustausch ein weltweites allgemein menschliches Problem zu klären. Der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe mit ihrem Präsidenten, Kollegen *Ringel*, möchten wir danken, daß sie uns mit der Organisation des III. Kongresses betraut hat. Wir haben diese Aufgabe wegen der verpflichtenden humanistischen Tradition Basels übernommen, aber auch weil besonders auf psychiatrischem Gebiet die Abschätzung der Selbstmordgefahr von größter und praktischer Bedeutung ist. Täglich sehen wir uns mit den Problemen der Selbstmordprophylaxe konfrontiert. Besonders häufig stellt sich das Problem in drei Situationen:

1. Bei Menschen, die bereits Suizidversuche unternommen haben; es muß bei ihnen abgeklärt werden, ob sie weiterer Behandlung bedürfen oder ob sie nach Hause entlassen werden können.

2. Bei Depressiven und anderen psychisch Kranken ist die Suizidgefahr für die Entscheidung, ob ambulante oder klinische Behandlung indiziert ist, richtungsweisend.

3. Bei depressiven Patienten, die unter einer psychopharmakologischen Behandlung stehen, muß die Suizidalität immer wieder beurteilt werden, da von ihr die Wahl und Dosierung des Medikamentes abhängt. Suizidgefährdeten Kranken dürfen keine antriebssteigernden Antidepressiva, Weckamine oder weckaminähnliche Medikamente verabfolgt werden, da durch deren aktivierende Wirkung die psychomotorische Hemmung vermindert wird, und so die destruktiven Tendenzen realisiert werden können.

Wir sind Ihnen zu großem Dank verpflichtet, daß Sie uns helfen wollen, die mit der Suizidprophylaxe zusammenhängenden schwierigen Probleme zu lösen, und wir möchten aus Ihren Erfahrungen lernen. Da es ohnehin nicht möglich wäre, alle die bedeutenden Namen der hier Anwesenden aufzuzählen, mögen Sie mir gestatten, keine Zeit zu verlieren und sofort *medias in res* zu gehen.

Das zentralste Problem der Selbstmordprophylaxe scheint mir die Beurteilung der Suizidalität zu sein. Die erste Frage, die bei jedem psychisch Kranken entschieden werden muß, ist, ob eine ambulante oder aber eine klinische Behandlung durchgeführt werden soll. Die Beantwortung dieser Frage hängt nicht von der Genese der psychischen Störung, sondern in erster Linie von der Suizidgefahr ab. Die Abschätzung der Suizidalität gehört indessen zu den schwierigsten Aufgaben des Arztes. Trotzdem muß die Intensität der destruktiven Tendenzen so schnell als möglich geklärt werden. Die Auseinandersetzung mit dem Problem von Wert und Unwert des Lebens und mehr oder weniger hintergründige Todeswünsche können beinahe bei jedem psychisch Kranken beobachtet werden. Wir haben deshalb seit Jahren versucht, diejenigen Faktoren, die für eine erhöhte Suizidalität sprechen, zusammenzustellen und in Zusammenarbeit mit *Ringel, Stengel* und *Im Obersteg* folgende äußere und innere Momente gefunden: Drei *Hauptkriterien* müssen berücksichtigt werden: nämlich die Selbstmordhinweise, das Krankheitsgepräge und die Umweltsituation. Als *Selbstmordhinweise* sind zu betrachten: Vorkommen von Suiziden in der Familie oder in der näheren Umgebung, wobei schon die Nachricht von einem Suizid eine Suggestivwirkung auslösen und zu eigentlichen Suizidepidemien führen kann. Die Vorstellung, daß Menschen, welche direkt oder indirekt mit Suizid drohen, keinen Suizid begehen, hat sich als falsch erwiesen. Als weitere Indizien müssen Äußerung konkreter Vorstellungen über die Art der Durchführung, offensichtliche Vorbereitungen zu einem Suizid oder aber auffällige, unheimliche Ruhe betrachtet werden. Gelegentlich kann man aber auch vor einem Suizid Selbstvernichtungs-, Sturz- und Katastrophenträume, die auf unbewußte Vorbereitung einer Selbstvernichtung hindeuten, feststellen.

Betrachten wir das zweite Hauptkriterium, das *Krankheitsgepräge*, so können wir feststellen, daß es meistens depressive Zustandsbilder verschiedenster Genese sind, die fast regelmäßig mit Suizidimpulsen einhergehen. Bei den Depressionen besteht speziell im Beginn oder Abklingen der depressiven Phase bei ängstlich-agitiertem Gepräge, wenn schwere Schuld- und Insuffizienzgefühle vorhanden sind, eine erhöhte Gefahr. Aber auch langdauernde Schlafstörungen, Krankheitswahn oder unheilbare Krankheiten sowie Alkoholismus und Toxikomanie sind prädisponierende Momente.

Entscheidend für die Intensität der Suizidalität ist das dritte Hauptkriterium, nämlich die *mitmenschlichen Beziehungen*. Besonders gefährdet sind

Menschen, die in zerrütteten Familienverhältnissen leben oder in solchen aufwachsen, also Menschen, die aus einem «broken home» stammen. Aber auch Verluste oder primäres Fehlen mitmenschlichen Kontaktes, Verlust der Arbeit, Fehlen eines Aufgabenkreises und das Nichtvorhandensein religiöser Bindungen sind Momente, die zu Suizidtendenzen disponieren.

Je gehäufter die erwähnten Faktoren nachweisbar sind, desto größer ist die Suizidgefahr. Mit zunehmendem Alter nimmt die Ernsthaftigkeit der Suizidhandlungen zu. Man könnte überspitzt sagen, daß Jugendliche *Selbstmordversuche* begehen, um einen Appell, einen Notschrei, einen Hilferuf an die Umwelt zu richten, während alte, vereinsamte Menschen, da sie kein Echo mehr erwarten, ihrem Leben zielbewußt ein Ende setzen. Betrachten wir das Selbstmordproblem unter diesem Aspekt, so zeichnet sich die wirksamste Prophylaxemöglichkeit sofort ab, nämlich der mitmenschliche Kontakt und die Bindung an höhere Werte. Sobald ein Mensch fühlt, daß er offen, natürlich und undramatisch mit einem Mitmenschen über seine Suizidtendenzen sprechen kann, ist er erleichtert und von seinem Druck befreit. Schon die Aussprache über Selbstzerstörungsimpulse schwächt nicht selten die affektive Spannung ab. Das Wissen, daß man von einem Menschen während schweren Zeiten begleitet wird, ist der beste Schutz gegen Suizid. Selbstmordprophylaxe ist deshalb nicht nur ein Problem, das den Arzt angeht, es beschäftigt in gleicher Weise Seelsorger, Psychologen, Sozialfürsorger, Juristen, ja es sollte überhaupt jeden Menschen, der sich für die Gemeinschaft verantwortlich fühlt, interessieren. Unsere Diskussionen müssen deshalb über die einzelnen Fachdisziplinen hinausgehen, um jenen Menschen helfen zu können, welche durch Krankheit oder scheinbare Ausweglosigkeit ihr Leben wegwerfen wollen. Ein Leben, von dem selbst ein Pessimist wie Sigmund Freud sagte: «Es ist nicht viel wert, aber es ist alles, was wir haben.»

Eine große Freude ist es mir, daß die erfahrensten Forscher auf diesen Spezialgebieten als Vorsitzende, Vortragende und Diskussionsleiter oder als Diskutanten dazu beitragen werden, die Frage der Prophylaxe bei selbstmordgefährdeten Menschen einer Klärung zuzuführen.

Es bleibt mir die angenehme Pflicht, dem Regierungsrat von Basel-Stadt, allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und der pharmazeutischen Industrie für ihre Hilfe bei der Organisation des Kongresses zu danken

Ich möchte mit dem Wunsche schließen, daß die Ergebnisse dieses III. Internationalen Kongresses vielen Menschen, die in ihrer Not und Verzweiflung am Rand des Lebens stehen, helfen werden, sie in ein sinnvolles Sein zurückzuführen.