

## **Beitrag zur Selbstmordproblematik Jugendlicher**

*E. Guensberger*

Nirgends tritt das Dämonische des Phänomens Selbstmord so zutage wie beim Suizid Jugendlicher. Während der Freitod im absteigenden Ast des Lebens da, wo sich der Mensch auf den Tod sowieso vorbereiten muß, menschlich verständlich ist, ist es um so paradoxer, daß im Jugendalter gerade im größten Auftrieb der Lebenskräfte und wohl durch ihre Fehlleitung auch der Selbstmord seinen Platz findet. Es ist der sagenumwobene Selbstmord Jugendlicher, der von Dichtern besungen wurde. Aber gerade das Paradoxe dieser Erscheinung muß in uns die Überzeugung festigen, daß man ihr mit Erfolg entgegentreten kann.

Das Studium der Selbstmordfälle Jugendlicher weist einige Erfahrungen auf, die von großem präventivem Nutzen sein können. Es scheint festzustehen, daß auch ganz normale Individuen, genauer gesagt solche ohne beobachtete Abweichungen, unter den Selbstmördern sich befinden. Auch scheint es unzweifelhaft, daß in einer Reihe von Fällen die Tat zureichend motiviert ist – wenn wir den Ausdruck Bilanzselbstmord umgehen wollen. Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, daß der Begriff des pathologischen Vorfeldes genügend weit abgesteckt werden muß. Man unterschätzt die Rolle der Psychopathologie oftmals, weil man nur von Psychosen ausgeht. Man muß aber auch die weniger lärmenden, aber sehr gewichtigen Faktoren berücksichtigen, wie die abnorme Konstitution, die Kontaktarmut, die präsuizidale Stimmung, welche Erscheinungen nur potentiell pathologisch sind. Daß das pathologische Element im Zustandekommen des Suizides Jugendlicher nicht genügend eingeschätzt wird, geht auch daraus hervor, daß das Gebiet der abnormen Reaktionen, um die es sich hier oftmals handelt, auch psychopathologisch nicht genügend abgegrenzt und aufgeteilt ist.

Man muß die Bedeutung der Pathologie nicht deshalb unterstreichen, um einen Grund für das präventive Vorgehen zu besitzen. Vielmehr müssen wir insbesondere bei Jugendlichen ein derartiges System von präventiven Maßnahmen aufbauen, welches nicht davon abhängig sein kann, ob der Selbstmordgefährdete selbst um Hilfe ansucht, oder diese überhaupt annimmt.

Adresse des Autors: Prof. Dr. *E. Guensberger*, Psychiatrische Universitätsklinik, Bratislava CSSR.

*Diskussionsbeitrag* von Prof. Dr. **J. Chong-Enn Kim**, Catholic Medical Center, Dept. of Neuropsychiatry, 1,2-ka, Myung Dong, Seoul, Korea (wird an anderer Stelle publiziert).

## **Prévention de suicide chez les jeunes atteints de maladies mentales**

*P. Lab*

Notre opinion sur la prévention du suicide chez les jeunes est tirée de dix ans d'expérience dans un Service psychiatrique destiné aux soins et à la réadaptation des malades mentaux étudiants et grands adolescents scolaires: la clinique Dupré à Sceaux, près de Paris. Les tentatives les plus graves se situent soit au début d'une affection, comme un témoin de la conscience d'une catastrophe imminente, ou la conséquence de l'échec des premières réactions défensives; soit, au contraire, à la période de stabilisation, lorsque la réalité, un peu perdue de vue pendant la phase aiguë, permet de mesurer le poids des conséquences de la maladie.

Dans le premier cas, la mobilité et la puissance des investissements, les réactions de prestance, le caractère souvent impulsif de ces réactions rendent bien aléatoire le dépistage des éléments prémonitoires. L'ouverture relationnelle qui succède à un geste suicidaire est souvent de courte durée et empreinte d'autant de méfiance que d'espoir. Mais *la solidité du lien créé à cette occasion est capitale* et une relation sûre avec le médecin représente alors une garantie indiscutable à l'égard d'une récidive.

Il n'en est pas de même dans le second cas: les échecs de réinsertion, les inhibitions (particulièrement les inhibitions intellectuelles) persistantes, la conscience du rejet de la part d'autrui font le lit de tentatives longtemps ruminées, déclenchées à l'occasion d'un incident minime et où la valeur des liens avec l'entourage ou le médecin ne constitue pas un obstacle infranchissable. La connaissance précise de la vie quotidienne du malade permettant une intervention rapide (connaissance des lieux familiers qui sont souvent le refuge choisi) donne presque autant d'importance aux *précautions «routinières»* qu'à l'habileté du maniement de la relation, si important dans le premier des deux groupes que nous avons distingué.

Mais l'action sur le plan individuel n'est pas suffisante. La sensibilité de l'adolescent aux réactions de «son groupe» (et particulièrement au rejet), ses références éthiques aussi puissantes que mobiles, sa vulnérabilité au prosélytisme (le prosélytisme suicidaire et les réactions suicidaires collectives sont chez les adolescents plus importantes que partout ailleurs) rendent particulièrement efficace une prévention collective dont les modalités particulières ne peuvent être déterminées qu'en référence aux groupes considérés, et à leurs «idéaux».

Adresse de l'auteur: Dr *Pierre Lab*, Clinique Dupré, 30, avenue de Franklin Roosevelt, Sceaux, Seine.

*Diskussionsbeitrag* von Dr. **Kazuo Nakamura**, Iwatsuki-shi, Saitama-ken, 53, Jizuka, Japan (wird an anderer Stelle publiziert).

## **Selbstmordversuche der Jugendlichen und ihre Prophylaxe**

*Ep. Tomorug*

Bevor wir uns mit dem Suizidproblem bei Jugendlichen befassen, müssen wir uns dessen bewußt sein, daß der Jugendliche nicht eine Miniaturausgabe des Erwachsenen ist, sondern ein Wesen, das seinem eigenen Wandel von biologischen, körperlichen und psychischen Umbauprozessen unterliegt, wobei die Einflüsse der Umwelt eine große Rolle spielen. In dieser Entwicklung spielt die Pubertät, aber auch die Übergangsperiode von der Pubertät zur Adoleszenz eine wichtige Rolle.

In unserer psychiatrischen Praxis konnten wir feststellen, daß die Jugendlichen in diesen kritischen Phasen Suizide oder Suizidversuche begehen, und daß bei den Jugendlichen die Suizidversuche pathologisch sind, selbst diejenigen, die bei den Eltern die mütterlichen Gefühle erschrecken oder ausnützen wollen.

Die Kausalität dieser Tat ist vielschichtiger Natur, doch in den meisten Fällen spielen psychische Traumata eine große Rolle. Als psychische Krankheitsbilder fanden wir psychische Reaktionen, depressive (melancholieartige) Angstzustände, halluzinante und schizophrenieartige Zustandsbilder, welche oft mit Schizophrenie verwechselt werden, verschiedene psychoreaktive Krankheitsbilder. Bei diesen Kranken fanden wir verschie-