

Jahren 1945–1964 betrug 10. Von 1945–1953 ereigneten sich keine Selbstmorde. Die Abteilung wurde nach altmodischen Prinzipien geleitet. Die Anzahl der Hospitalisierten lag zwischen 271 und 427. 1952 übernahm ein neuer Chef die Abteilung K, und 1953 wurde mit der Einrichtung von offenen Abteilungen begonnen. Die jährliche Zahl der Hospitalisierten stieg bis maximal 941. 1954 ereigneten sich 2 Selbstmorde, bis 1964 total 10, wovon die ersten 5 Patienten depressiv waren. Seit 1959 geschahen die weiteren 5 Selbstmorde ausschließlich unter schizophrenen Patienten. Nur 3 Selbstmorde fanden in den geschlossenen Abteilungen statt, die restlichen 7 in offenen Abteilungen.

Die Schlußfolgerung ergibt, daß die Einführung der antidepressiven Medikamente die Zahl der Suizide bei den depressiven Patienten nicht erhöht hat. Jetzt verüben schizophrene Patienten Selbstmord. Dank den Psychopharmaka werden die schweren schizophrenen Symptome zurückgedrängt, man sieht aber häufiger als früher die depressiven Reaktionen. Solche Patienten – wie auch die Patienten in den offenen Abteilungen – erfordern eine bessere Überwachung.

Das Selbstmordrisiko scheint in einem modernen psychiatrischen Krankenhaus größer zu sein, und doch ist die Promillezahl der Selbstmorde von 4,2‰ im Jahre 1959 bis auf 2,2‰ im Jahre 1964 gesunken.

Adresse des Autors: Chefarzt, Dr. med. *J. Ravn*, Staatshospital, Abteilung K, Middelfart, Dänemark.

Selbstmordprophylaxe im Krankenhaus

L. Zumpe

Wir sind längst alle darüber einig, daß nicht im Krankenhaus, sondern viel häufiger nach der Entlassung eine kritische Phase der Selbstmordgefährdung eintritt. Der Krankenhausaufenthalt als solcher stellt eine gewisse, leider nur vorübergehende Selbstmordprophylaxe dar. Die Kranken sind hier nicht nur vor Konflikten relativ abgeschirmt, sondern leben vor allem in einer Atmosphäre des zwischenmenschlichen Kontakts und der freundlichen Zuwendung.

Bei sehr vielen Kranken wird daher eine latente Selbstmordgefahr im Krankenhaus nicht akut. Dies gilt aber nicht oder nur mit Einschränkung für einige Gruppen von Patienten. Ich denke

1. an Geistesranke im engeren Sinne. Selbstmordhandlungen sowohl Depressiver wie Schizophrener lassen sich auch bei noch so intensiver Behandlung und Beaufsichtigung, selbst auf geschlossenen Abteilungen, nicht immer verhindern. Auch bei exogenen Psychosen sehen wir Selbstmordversuche.

2. Bei zwar nicht psychotischen, aber hochgradig abnormen Persönlichkeiten, die in hohem Maße an sich und am Leben leiden, kommen besonders angesichts der bevorstehenden Entlassung Selbstmordversuche vor. Ich denke etwa an schwere Zwangsneurotiker oder Astheniker, für die auch nach einer gewissen Stabilisierung das Heraustreten aus der relativen Geborgenheit des Krankenhauses oft kaum zu bewältigen ist.

3. Gefährdet sind ferner körperlich schwer Kranke, besonders wenn sie gleichzeitig alt und vereinsamt sind. Meist müssen mehrere dieser belastenden Momente zusammenkommen, um einen Selbstmordversuch im Krankenhaus auszulösen. Nach der Entlassung kommt es dazu, trotz vorsorgender Maßnahmen, noch häufig genug.

4. Schließlich kommen bei meist jugendlichen oder unreifen Patienten kurzschlüssige Selbstmordhandlungen vor, die selten zu lebensbedrohlichen Erscheinungen führen. Oft geht es darum, über das gewährte Maß hinaus die Zuwendung der Umgebung zu erzwingen. Einzig die plötzlichen Selbstmordhandlungen mancher Schizophrener, etwa auf Grund von imperativen Stimmen, entziehen sich weitgehend der Vorhersage. Bei den anderen ge-

nannten Krankengruppen lassen sich dagegen bestimmte Faktoren oder Zeitpunkte hervorheben, die eine verstärkte Selbstmordgefahr bedingen. Zu denken ist auch an die bekannte Gefährdung Depressiver in der beginnenden, oder, für unsere Fragestellung wichtiger, in der abklingenden Phase. Oft fühlen sich diese Kranken gerade in diesem Augenblick von der Umwelt im Stich gelassen. Selbst psychiatrisch geschultes Pflegepersonal übersieht oft, daß die zwar durch Psychopharmaka gebesserten Kranken noch immer entschlußunfähig und ängstlich sind. Durch eine unangemessen fordernde und mahnende Haltung können solche Patienten bis zum Selbstmord getrieben werden.

Überhaupt kommt es ja sehr darauf an, auch das Pflegepersonal über die kritischen Phasen der Suizidgefährdung aufzuklären und zur Mitarbeit zu gewinnen. Wir müssen erreichen, daß uns Schwestern und Pfleger von sich aus auf anscheinend gefährdete Kranke aufmerksam machen. Auch hier muß man immer noch gegen die unwissende und gleichgültige Haltung gegenüber der Selbstmordabsicht eines Mitmenschen ankämpfen, die in der häßlichen, aber verbreiteten Redensart gipfelt, daß man Reisende nicht aufhalten solle.

Da wir alle viel zu wenig Zeit haben, müssen wir wissen, *wer wann* besonders gefährdet ist, um gezielt und erfolgreich Selbstmordprophylaxe betreiben zu können.

Adresse der Autorin: Frau Dr. L. Zumpe, Eberleinstraße 46/48, 62, Wiesbaden.