

## Zusammenfassung der Ergebnisse

*E. Riegel*

Gewichtige Gründe waren ausschlaggebend dafür, daß gerade Basel als Tagungs-ort des III. Internationalen Kongresses für Selbstmordprophylaxe erwählt wurde. Basel, die Stadt einer jahrhundertealten, ehrwürdigen humanistischen Tradition – im besten Sinne repräsentiert durch die Eröffnungsansprache des Rektors der Universität – Basel, wo die Psychiatrische Klinik unter der Leitung von Prof. Kielholz sich seit Jahren erfolgreich um eine bessere Klassifikation und Therapie der Depression – eine der häufigsten Selbstmordursachen – bemüht, wo der erste Lehrstuhl für psychische Hygiene in Europa begründet wurde und nicht zuletzt auch die Stadt, die durch die Entgiftung des Leucht-gases mit Unterstützung der Behörde auch auf technischem Wege versucht hat, einen Beitrag zur Selbstmordprophylaxe zu leisten. Die Teilnehmerzahl war gegenüber den früheren Tagungen wesentlich erhöht, vor allem durfte man auch Vertreter von Ländern begrüßen, die bisher schmerzlich vermißt wurden: dies bezieht sich nicht nur auf den Osten Europas, sondern auch auf erste An-sätze einer Beteiligung Asiens und Afrikas; jedenfalls besteht berechtigte Hoff-nung, daß das weltweite Problem der Selbstmordverhütung in der Zukunft tatsächlich auf weltweiter Basis behandelt werden wird.

Eine Weiterentwicklung war auch hinsichtlich der behandelten Themen festzustellen. Ging es bei der ersten Tagung in Wien 1960 noch um die Frage, ob Selbstmord überhaupt verhütbar sei, und wurde nach deren Bejahung 1963 in Kopenhagen über das «Wie» näher diskutiert, wobei die Errichtung von Suicid-Prevention-Centers, die Bedeutung von Entgiftungsstationen für die Selbstmordprophylaxe und die Depressionsbehandlung im Vordergrund stan-den – Faktoren, deren Wichtigkeit diesmal erneut betont wurde – so widmete sich der Basler Kongreß bestimmten Gruppen, die nach übereinstimmender langjähriger Erfahrung einer besonderen Selbstmordgefahr ausgesetzt sind, sei es, daß sie sich in einer krisenhaften äußeren Situation, sei es, daß sie sich in einer inneren Krise befinden, wobei oft genug beides zusammenfällt.

Der Anteil der verschiedenen Altersgruppen am Selbstmord und Selbst-mordversuch mag, auch hinsichtlich der Beteiligung der Geschlechter, von Zeit zu Zeit und von Land zu Land differieren. Auf alle Fälle aber bleibt die Tatsache bestehen, daß beim Jugendlichen eine erste Prädilektionstelle auf-

tretender Selbstmordgefahr gegeben sein kann, was um so ernster zu nehmen ist, als es sich ja um Menschen handelt, die die Persönlichkeitsentfaltung und die Erreichung der eigentlichen Lebensziele noch vor sich haben. Selbstmordhandlungen vor der Pubertät kommen zwar vor, sie sind aber glücklicherweise außerordentlich selten und entwickeln sich wohl nur unter besonders pathologischen familiären Bedingungen. Dies ändert sich schlagartig mit dem Eintritt der Pubertät, die als tiefgreifendste Gestaltwandel-epoche in der menschlichen Entwicklung überhaupt bezeichnet werden kann, Disharmonierungen im Charakteraufbau bei der Verarbeitung der neuen Erlebnisquellen im Zusammenhang mit der Geschlechtsreife und des Individuationsprozesses zwangsweise mit sich bringend. Gerade in dieser Zeit ist die psychohygienische Beurteilung des Milieus, in dem der Jugendliche lebt, wesentlich, die psychohygienische Betreuung, schon um die oftmals drohende Abkapselung zu verhindern, eine Notwendigkeit. Die Gesichtspunkte der Selbstmordprophylaxe bei Jugendlichen decken sich wohl im wesentlichen mit denen bei Erwachsenen. Auch hier muß man vorerst um diagnostische Klärung und Klarheit bemüht sein, wobei an die Möglichkeit erster endogen-depressiver Phasen – die öfter vorkommen, als allgemein angenommen, und starke Suizidalität beinhalten – ferner an den Beginn schizophrener Prozesse – die sich mitunter erst durch eine scheinbar völlig überraschende Selbstmordbehandlung manifestieren – aber auch an die charakteristische Reaktivierung frühkindlicher neurotischer Konflikte in der Belastungsperiode der Pubertät gedacht werden muß. Was die Neurose betrifft, so soll davor gewarnt werden, sie gerade in dieser Zeit schon unbedingt in ein starres diagnostisches Schema einordnen zu wollen. In dieser Zeit, in der die Abwehrmechanismen noch nicht so eingespielt sind, gibt es hinsichtlich der Symptome viele Variationsmöglichkeiten, wie sich ja überhaupt jede Neurose durch ihre persönliche Färbung von einer anderen unterscheidet, entsprechend der Tatsache, daß «das Problem der Neurose in gewissem Sinne das Problem des menschlichen Herzens ist». Über diesen diagnostischen Erwägungen soll aber nicht vergessen werden, daß, auch ohne psychopathologische Grundlage, die wohlbekannte Pubertätskrise sich in einem solchen Maße verdichten kann, daß der Sinn des Lebens und der weiteren Persönlichkeitsentwicklung in Frage gestellt erscheint. Bestimmte Zeitumstände, wie die offizielle Repräsentation einer intoleranten, die Schwierigkeiten des Jugendlichen nicht-verstehenden Moral durch die Generation der Erwachsenen, sowie die Reizüberflutung vor allem mit sexuellen Inhalten aus eindeutig gewinnsüchtigen Motiven, tragen leider dazu bei, diese Krise zu verschärfen, was um so mehr ins Gewicht fällt, als das Phänomen der Dissoziation, das heißt der frühzeitige Eintritt der körperlichen Reife bei gleichzeitig verzögerter psychischer Entwicklung, den Jugendlichen besonders anfällig macht. Alle diese Fälle bedürfen psychiatrischer Klärung und gewissenhafter Betreuung, bei welcher Gelegenheit erneut die Forderung aufzustellen ist, es möge alles getan werden, um

jenes verhängnisvolle Vorurteil, welches eine Psychiatrierung mit einer nicht zumutbaren seelischen Traumatisierung gleichsetzt, endlich zu beseitigen. Es versteht sich von selbst, daß gerade beim Jugendlichen, dem so viele Verhaltensnuancen als Ausdruck seiner unbewältigten Probleme zur Verfügung stehen, auch die Selbstmorddrohung ernst genommen werden muß.

Wir wissen seit langem um die besondere Selbstmordgefahr, in der sich der alte Mensch befindet, wobei daran erinnert sei, daß gerade in dieser Altersgruppe der überwiegende Teil der Selbstmordhandlungen zum Tode führt, und es nur in einem geringen Prozentsatz beim Selbstmordversuch bleibt (allerdings könnte die Zahl der Selbstmordversuche von alten Menschen höher sein als angenommen, weil die «Dunkelziffer» auch bei dieser Altersstufe beträchtlich sein dürfte). Wenn es feststeht, daß bei jeder Selbstmordhandlung zwei Tendenzen einander entgegenwirken, eine selbstzerstörende und eine selbstbewahrende, so scheint beim alten Menschen die letztere in hohem Maße geschwächt zu sein. Nahezu jede Situation kann dem Menschen den Gedanken an Selbstmord nahelegen, selten aber kommen so viele negative, zum Selbstmord drängende Faktoren zusammen, wie gerade im Alter. Hier sei an körperliche und geistige Erkrankungen erinnert, die teilweise die Tendenz zur Chronifizierung haben, andererseits aber auch irrigerweise aus einer pessimistischen Haltung heraus für unheilbar gehalten werden; es sei ferner erinnert an den Verlust der im Leben eingenommenen sozialen Position, der oft mit einem völligen Absinken des Selbstwertgefühls verbunden ist; besonders aber natürlich auch an die zunehmende Isolation, die sich oft zur Desolation ausweitet: es handelt sich dabei ja nicht nur um die äußerliche Separierung, sondern auch um die Störung oder den Verlust zwischenmenschlicher Kontakte, welche der Begriff der Desolation beinhaltet. Schließlich muß bedacht werden, daß auch die persönliche Geschichte jedes einzelnen alten Menschen eine Rolle spielt: eine seit der Kindheit entwickelte mangelnde Adaptationsfähigkeit kann in der Krisensituation des Alters durchaus zu einem dem Suizid den Weg ebennenden Faktor werden. Die für die Selbstmordprophylaxe dieser Altersgruppe nötigen Maßnahmen liegen auf der Hand: die alten Menschen müßten in jeder Richtung besser betreut und aus der inneren Vereinsamung herausgerissen werden. Die sogenannte «Versorgung» im Alter müßte den Charakter eines Schreckgespenstes, welches mit dem Begriffe des «Dahinvegetierens» gleichgesetzt wird, verlieren und die Ermöglichung eines wirklich lebenswerten Daseinsabschnittes beinhalten. Erschwert werden psychohygienische Intentionen in dieser Zeit durch die Tatsache, daß der alte Mensch oft infolge seiner psychischen Struktur von sich aus wenig zugänglich ist und es daher viel Geduld braucht, um ihn die dargebotene Hilfe auch wirklich akzeptieren zu lassen. Dem Arzt kommt dabei insofern eine besondere Bedeutung zu, als er einerseits die bestehenden Beschwerden bessern und damit die Selbstmordgefahr verringern kann und er andererseits selbst in dieser Periode verminderter menschlicher Kontakte im

allgemeinen eine Vertrauensperson bleibt, der gegenüber auch überraschend oft der geplante Selbstmord angedeutet wird. Angesichts verschiedener eindeutig feststehender Fakten muß leider die Frage gestellt werden, wie ernst eigentlich von der Gemeinschaft gewünscht wird, daß die alten Menschen wirklich am Leben bleiben. Eindrucksvoll ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß in Gebieten, wo die Position der alten Menschen viel anerkannter ist als etwa in Europa, nämlich zum Beispiel in bestimmten Ländern des fernen Ostens, der Selbstmord bei dieser Altersgruppe viel seltener vorkommt. Es darf allerdings nicht vergessen werden, daß gerade in diesen vom medizinischen Standpunkt aus noch in gewissem Sinne unterentwickelten Ländern viel weniger Menschen ein hohes Alter erreichen, so daß diese Altersgruppe dort einen viel geringeren Prozentsatz der Gesamtbevölkerung repräsentiert; möglicherweise wird sie dort deswegen noch so geschätzt. Diese Zusammenhänge weisen erneut darauf hin, daß Selbstmordprophylaxe nicht betrieben werden kann, ohne den soziologischen und ethischen Hintergrund einer Gemeinschaft zu berücksichtigen.

Daß Alkoholiker und andere Süchtige (letztere vielleicht noch in größerem Ausmaße) selbstmordgefährdet sind, steht fest. Voneinander abweichende statistische Feststellungen gehen darauf zurück, daß der Begriff der Süchtigkeit nicht immer einheitlich definiert wird (was besonders für den Alkoholiker gilt), haben aber ihre Ursache vielleicht auch darin, daß tatsächlich das Suchtmittel eine Zeitlang als Substitut des Suizids, beziehungsweise sogar als Defensemechanismus gegen den Selbstmord zur Anwendung gebracht wird. Vom psychopathologischen und prophylaktischen Standpunkt ist jene Phase entscheidend, in der der Übergang vom chronischen Suizid, den jede Form der Sucht darstellt, zum faktischen Suizid erfolgt. Die Hoffnung der Selbstmordprophylaxe wird dabei vor allem von jenen Organisationen getragen, die sich speziell mit dem Süchtigen, insbesondere mit dem Alkoholiker beschäftigen, und die bemüht sind, ihn aus der Abkehr von der Welt, die in jeder Sucht gelegen ist, herauszuführen. Eine fachgemäße diesbezügliche Betreuung beinhaltet eine stationäre sorgfältige Entziehung, eine exakte Diagnosestellung, wobei Neurose, Psychopathie, endogene Psychosen und unterdurchschnittlicher Intellekt vor allem in Frage kommen und die Einleitung einer entsprechenden Therapie. Wichtigste Voraussetzung für die Entlassung nach der stationären Entziehung bleibt, daß es gelungen ist, eine gute und tragfähige Beziehung zwischen Arzt und Patienten herzustellen, mit deren Erhaltung auch nach der Entlassung zu rechnen ist. Die Aufdeckung der unbewußten psychodynamischen Faktoren durch Analyse sollte erst dann erfolgen, wenn die Tragfähigkeit der Arzt-Patientenbeziehung gesichert erscheint. Es wäre verhängnisvoll, zu glauben, daß allein durch die Tatsache der Entziehung die Selbstmordgefahr beseitigt ist: im Gegenteil, es muß bei Verzicht auf das Selbsterstörungsmittel oft mit erhöhter Selbstmordgefahr gerechnet werden. Bei Rückfällen, die leider gerade

bei Süchtigen sehr häufig sind, muß man sich entscheiden zwischen einer autoritären Intervention und einer verständisvollen Haltung, wobei diese Entscheidung oft dem «Fingerspitzengefühl» des Therapeuten überlassen bleiben wird. Man sollte sich aber darüber im klaren sein, daß im Falle einer autoritären Intervention ein weiteres analytisches Vorgehen erschwert, mitunter sogar verunmöglicht erscheint. Vorwürfe sind oft nur geeignet, das Schuldgefühl des Patienten zu verstärken und damit die Selbstmordgefahr zu erhöhen. Die krisenhaften Momente bezüglich der Selbstmordgefahr sind ja vor allem dann gegeben, wenn das Schuldgefühl ins Unerträgliche wächst, alle sozialen Positionen vernichtet, die zwischenmenschlichen Beziehungen weitgehend abgebrochen sind. Bei den Süchtigen finden wir oft eine Aneinanderreihung von Selbstmordversuchen, bis schließlich der Selbstmord den tragischen Endpunkt der Selbstzerstörung fixiert. In der lebenswichtigen Nachbetreuung kommt der Gruppentherapie eine ganz besondere Bedeutung zu. Therapeutische ebenso wie suizidprophylaktische Maßnahmen werden erfolglos bleiben müssen, wenn nicht auch die Familie einbezogen wird. Oft ist leider festzustellen, daß die Angehörigen in Wirklichkeit an der Beendigung der Sucht gar nicht interessiert sind und mindestens unbewußt Todeswünsche gegen den Süchtigen bestehen. – Eine Zunahme des weiblichen Alkoholismus geht mit einer gesteigerten Suizidalität der Frau Hand in Hand: diese beiden Phänomene, die auf die gleiche Wurzel zurückgehen dürften, bedürfen gesteigerter Aufmerksamkeit. In einer Zeit, die durch Zunahme von Süchtigkeiten aller Art gekennzeichnet ist, muß der rechtzeitigen Entdeckung derselben erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden; bei manchen Selbstmordversuchen ist nicht leicht zu unterscheiden, ob es sich nicht um eine Überdosierung eines gewohnheitsmäßig genommenen Mittels handelt, hinter bestimmten Unfällen verbirgt sich eine Süchtigkeit. Ein wichtiges Sonderproblem stellt der süchtige Arzt und seine persönliche Umgebung dar: Nicht nur, daß er die Tendenz hat, andere süchtig zu machen – ist er auch, da er leicht Zugang zu Medikamenten findet, besonders selbstmordgefährdet. Bei dieser Gelegenheit darf daran erinnert werden, daß bisher vielleicht gerade der Arzt selbst ein Stiefkind der psychohygienischen Bemühungen geblieben ist, obwohl er sie zweifelsfrei ebenso benötigt wie jeder andere Mensch.

Untersuchungen haben gezeigt, daß die Selbstmordrate in Spitalern nicht wesentlich höher ist als unter der Allgemeinbevölkerung. Allerdings muß bei dieser Gelegenheit einmal mehr auf die Fragwürdigkeit aller bisherigen statistischen Grundlagen verwiesen werden, bei denen wir manchmal nicht einmal wissen, wie sie zustandekommen. Auf alle Fälle muß bedacht werden, daß sich jeder Hospitalisierte in einer Sondersituation befindet, die zu abnormen Persönlichkeitsreaktionen führen kann. Beim Akutkranken ist erfahrungsgemäß die Zeit unmittelbar nach der Spitalaufnahme besonders gefährlich, wie es bei dieser Gruppe überhaupt vor allem darum geht, eine aktuelle Krise zu überwinden: ist sie überstanden, kann mit dem Schwinden der Selbstmordtendenz

gerechnet werden. Hervorstechende Krisenpunkte in diesem Sinne sind zum Beispiel die ersten Tage nach einer Operation, wobei (wie auch bei schweren fieberhaften Erkrankungen) besonders an die Möglichkeit plötzlich auftretender amentieeller Bilder im Sinne des exogenen Reaktionstypus gedacht werden muß, die durch die vorherrschende Ratlosigkeit und den raschen Stimmungswechsel oft zu typischen impulsiven Selbstmordhandlungen, am häufigsten durch Fenstersprung, führen; ebenfalls um krisenhafte Verdichtung handelt es sich bei Kreislaufkranken, wo akuter Sauerstoffmangel zu hochgradigen Angstzuständen, verbunden mit Suizidalität führen kann. – Anders ist die Situation natürlich beim Chronischkranken, der lange hospitalisiert ist. Hier muß man *immer* an die depressive Verarbeitung und das Überhandnehmen von Hoffnungslosigkeit denken. Es ist interessant, daß die Untersuchungen über Selbstmorde in solchen Spitälern keine sichere Relevanz zwischen Selbstmord und einer bestimmten Altersgruppe, einer bestimmten Krankheitsform oder aber hinsichtlich der Schmerzhaftigkeit der Erkrankung gezeigt haben. Allgemein bekannt sind jene chronischen Leiden, die häufig zum Selbstmord führen, besonders natürlich der Krebs, der mit Ausnahme des terminalen Endstadiums, in dem die zur Selbstmordhandlung im allgemeinen nötige Aktivität verloren gegangen ist, immer gefährlich bleibt. – Auch in psychiatrischen Spitälern kommen, obwohl sich hier eine hohe Anzahl von potentiell suizidgefährdeten Personen befindet – Selbstmordhandlungen relativ selten vor. Ein besonderes Problem stellt in diesem Zusammenhang die nötige und erfreulicherweise immer mehr sich durchsetzende Umstellung der psychiatrischen Krankenanstalt von der früheren geschlossenen in die offene Form dar, mit anderen Worten die Angleichung solcher Krankenanstalten an andere medizinische Kliniken. Hier muß schrittweise aufbauend vorgegangen werden, wobei der sachgemäßen Information des Pflegepersonals durch die Ärzte eine entscheidende Bedeutung zukommt. Bei richtiger Einschätzung der Selbstmordgefahr, intensiver persönlicher Betreuung, und natürlich auch Einsatz der modernen Psychopharmaka, läßt sich die beschriebene Umstellung durchführen, ohne eine Erhöhung der Selbstmordrate in Kauf nehmen zu müssen. Es erscheint wesentlich, durch ständige Aufklärung das Verantwortungsgefühl jedes einzelnen Staffmitgliedes eines Spitals zu heben. Mit Recht wurde gesagt, daß die Grundsätze der Selbstmordverhütung allen Beteiligten so konsequent eingeprägt werden müßten wie etwa die Prinzipien der Feuerbekämpfung, wobei allerdings vor jeder «Routine» gewarnt werden muß, an deren Stelle die individuelle Betreuung zu treten hat. Die Tatsache, daß nach der Entlassung aus Krankenhäusern, welcher Art auch immer, eine beträchtlich ansteigende Selbstmordrate gefunden wurde – gefährlich ist hier das Gefühl, die Behandlung sei erfolglos gewesen –, weist mit Nachdruck auf die Notwendigkeit einer sozialen Nachbetreuung der Spitalentlassenen hin. In verschiedenen Studien wurde übereinstimmend festgestellt, daß eine besondere Selbstmordgefahr

besteht, wenn ein Patient durch einige Zeit zur Spitalaufnahme vorgesehen ist, ohne daß diese auch wirklich schon durchgeführt wird. Besonders eine geplante Einweisung in ein psychiatrisches Spital wird als Entwertung der eigenen Person erlebt, in welcher Auffassung sich die Patienten oft durch das Verhalten der nächsten Umgebung bestärkt sehen. Aufnahmen in psychiatrischen Spitälern sollen also, wenn sie sich als nötig erweisen, sofort durchgeführt werden. Es wurde in diesem Zusammenhang über den in bestimmten Ländern herrschenden Trend gesprochen, die stationäre psychiatrische Behandlung möglichst weitgehend durch ambulante zu ersetzen. Gerade vom Standpunkt der Selbstmordprophylaxe muß dazu gesagt werden, daß die letztere in bestimmten Fällen ausgesprochen gefährlich ist, in denen daher auch weiterhin die Notwendigkeit der Spitalsbehandlung besteht.

Die Selbstmordrate bei Häftlingen ist zweifellos höher als unter der Normalbevölkerung – die diesbezüglichen Zahlen bleiben jedoch hinter verschiedenen Befürchtungen zurück. Auf alle Fälle aber drängen beim Häftling in hohem Maße Außen- und Innenfaktoren zusammenwirkend in die Richtung des «präsuizidalen Syndroms» (Einengung, unverarbeitete, gegen die eigene Person gerichtete Aggression, Selbstmordphantasien), bei dessen Auftreten Selbstmordgefahr gegeben ist und welches daher auch als charakteristischer Indikator der Intensität der Selbstmordgefahr bezeichnet werden kann. Die Situation des Häftlings ist die einer hochgradigen Einengung, Isolierung, Hilflosigkeit, Unsicherheit und Diffamierung; dazu kommt aber noch, daß es sich zu einem hohen Prozentsatz um psychisch abnorme Persönlichkeiten handelt, wobei vor allem an Psychopathen und Neurotiker zu denken ist; auch der psychisch Normale wird aber in der Gefängnissituation zu neurotischen Reaktionen neigen. Beim Untersuchungsgefangenen, der viel mehr selbstmordanfällig ist als der Strafgefangene, lassen sich drei Gefahrenmomente herausarbeiten, nämlich (und vor allem) unmittelbar nach der Verhaftung, dann nach Zustellung der Anklageschrift, aber auch gleich nach der Urteilsverkündung. Beim langjährigen Strafgefangenen ist die Art der Persönlichkeitswandlung in der Haft entscheidend; Selbstmordgefahr besteht vor allem bei der aktiv-negativen Gruppe, in jenem Moment, wo der Häftling erkennen muß, daß alles Aufbegehren gegen die Strafe keinen Sinn hat und bei der passiven Gruppe, bei der sich oft eine Depression, mitunter sogar der Symptomatik nach endogener Art, etabliert. Als wesentlicher Beitrag zur Selbstmordprophylaxe im Gefängnis muß die stete und gründliche Vermittlung des von der modernen Psychiatrie und Psychologie erarbeiteten Wissens über die Charakteristika der Auseinandersetzung der Persönlichkeit mit der Tatsache der Inhaftierung an alle Personen, die mit Häftlingen zu tun haben, bezeichnet werden. Durch Erhöhung des Wissens der Wachmannschaften kann die Selbstmordquote gesenkt werden. Die psychohygienischen Maßnahmen zur psychiatrisch-psychologischen Betreuung von Häftlingen müssen verbessert werden. Hierzu zählen

die diagnostische Qualifikation der Gefangenen, die Möglichkeit zu Aussprachen, die Intensivierung der Gruppentherapie, der eine entscheidende Bedeutung bei einer echten Gemeinschaftsbildung im Gefängnis zukommt sowie die Errichtung von Sonderanstalten für Häftlinge, die im Strafvollzug als nicht tragbar erscheinen, Maßnahmen, wie sie jetzt in Österreich am Beginn der Verwirklichung stehen.

Wenn auch in den drei Arbeitssitzungen als Hauptreferenten ausschließlich Psychiater zu Wort kamen, so bedeutet dies keineswegs, daß der Psychiater einen Führungsanspruch in der Selbstmordprophylaxe hat oder glaubt, die Selbstmordverhütung allein durchführen zu können. Die Selbstmordverhütung wird immer ein Problem bleiben, das sich zuerst auf den einzelnen gefährdeten Menschen zu beziehen hat, und insofern kann es weder durch epidemiologische noch statistische Gesichtspunkte gelöst werden. In allen Referaten wurden wissenschaftliche Ergebnisse vorgelegt, aber ausnahmslos zugleich betont, daß deren Verwirklichung ohne eine intensive psychohygienische Betreuung aller Gefährdeten, an der sich alle zuständigen Berufsgruppen beteiligen müssen, unmöglich ist. Selbstmordverhütung ist die Aufgabe von jedermann und es hat der einzugreifen, der gerade im Moment im Kontakt mit dem Gefährdeten steht. So gesehen ist diese Tagung ein erneuter Appell zum Teamwork, zur Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, die an der Selbstmordprophylaxe beteiligt sind. Eines ist allerdings festzustellen: immer wieder wurden Forderungen erhoben, wurde vom Sollen und Müssen gesprochen, wobei aber gleichzeitig klar wurde, daß zur praktischen Verwirklichung der Selbstmordverhütung noch viele Institutionen und natürlich auch ebenso viele Menschen fehlen. Dies ist nicht zuletzt auch eine Frage des Geldes und es wird eine Hauptaufgabe der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe sein, sich mit allem Nachdruck an die offiziellen Stellen zu wenden, um so weit als möglich diese Forderung durchzusetzen. Ankämpfend gegen eine teils dem Selbstmord gleichgültig, teils ihn sogar fördernd gegenüberstehende Gesellschaft wird man zur Erreichung der beschriebenen Ziele viel Geduld und Ausdauer aufbringen müssen. Auch für diejenigen, die im Dienste der Selbstmordprophylaxe stehen, sollten daher die Verse Gottfried Benns Gültigkeit haben, die man jedem Selbstmordgefährdeten ins Stammbuch schreiben könnte:

«Tauchen mußt du können, mußt du lernen.  
Einmal ist es Glück und einmal Schmach,  
Gib nicht auf, du darfst dich nicht entfernen  
wenn der Stunde es an Licht gebracht.»