

II. Hauptthema: Gerichtliche und soziale Medizin. Forensische Serologie

E. RINGEL (Wien): Möglichkeiten der Selbstmordverhütung

Lassen sich Selbstmorde wirklich verhindern? Man kann kaum übersehen, daß diese Frage immer wieder mit jener Art von Skepsis gestellt wird, die das „Nein“ als Antwort eigentlich bereits vorwegnimmt. Wie bei der Bekämpfung jedes Vorurteils ist auch hier daher eine sachliche Analyse darüber nötig, was, aufbauend auf dem heutigen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis praktisch tatsächlich getan werden kann, um Selbstmorden vorzubeugen.

Das Hauptproblem ist natürlich zuerst einmal, wie man an selbstmordgefährdete Menschen eigentlich herankommt. Auf den ersten Blick wird klar, daß man es dabei mit zwei voneinander bis zu einem gewissen Grade verschiedenen Gruppen zu tun hat: nämlich einerseits mit Menschen, die auf bei ihnen bestehende Selbstvernichtungstendenzen dadurch aufmerksam machen, daß sie Selbstmord zu begehen versuchen, aber gerettet werden können; bei ihnen geht es darum, eine Wiederholung der Selbstmordhandlung zu verhindern. Die zweite Gruppe umfaßt jene Personen, die sich — mit in der Intensität unterschiedlichen — Selbstmordabsichten tragen, also als potentielle Selbstmörder bezeichnet werden müssen.

Die erste Gruppe ist zweifellos leichter zugänglich, weil ja die Selbstmordhandlung häufig (leider aber durchaus nicht immer — vielfach „gelingt“ die Verheimlichung und somit ist die diesbezügliche sog. „Dunkelrate“ in allen Ländern relativ hoch) zu ärztlichem Eingreifen führt. Die körperlichen Folgen des Selbstmordversuches (vor allem Vergiftungen) erfordern oft genug ärztliche Hilfeleistung in spezieller Form. In diesem Zusammenhang muß die Errichtung von zentralen Entgiftungsstationen als eine absolute Notwendigkeit bezeichnet werden, weil sie mit folgenden entscheidenden Vorteilen verbunden ist.

1. Wenn eine Vergiftung aufgefunden wird, so wissen die den Transport durchführenden Institutionen dann sofort, wohin sie den Patienten zu bringen haben; es ereignete sich früher oft genug, daß man von Spital zu Spital fahren mußte, bis man den Patienten endlich untergebracht hatte, war wertvolle Zeit verstrichen. Gerade bei Vergiftungen kommt es aber darauf an, daß mit den therapeutischen Maßnahmen ehebaldigst begonnen wird.

2. Nur auf einer zentralen Entgiftungsstation kann die Technik der Vergiftungsbehandlungen auf jenen Stand gebracht werden, der den modernsten Erkenntnissen entspricht. Ohne Spezialisierung ist Fortschritt und Vervollkommnung auch hier kaum möglich. Die Tabelle 1

Tabelle I. *Mortalität der Schlafmittelvergiftungen (weibliche Patienten der Entgiftungsstation an der Wiener Nervenklinik)*

	Aktive Therapie (Cardiazol usw.) (1953—1955)	Aktive Therapie Therapie (Megimide) (1956—1960)	Konservative Therapie (1961—1962)	Konservative Therapie + Diurese Apr. bis Dez. 1963
Summe der Selbstmord- versuche	373	1220	442	296
Todesfälle	13	30	8	3
Mortalität	3,5%	2,5%	1,8%	1%

gibt einen Überblick über die Behandlung der wichtigsten Vergiftungsform, nämlich der Schlafmittelintoxikation, an der Entgiftungsstation, die im Jahre 1953 von Prof. HOFF im Einvernehmen mit dem Polizeipräsidenten Wiens im Rahmen der Psychiatrischen Klinik errichtet wurde. Tabelle I, die sich nur auf die weiblichen Patienten der Entgiftungsstation bezieht, unterscheidet die bisherigen vier Behandlungsphasen der Schlafmittelintoxikationen an dieser Station und zeigt den deutlichen Fortschritt, der insbesondere seit der Anwendung der skandinavischen konservativen Methode (CLEMMESSEN u. a.; sie besteht bekanntlich in einer Stabilisierung des Kreislaufes, genauester Kontrolle aller Funktionen sowie in Vorbeugung bzw. Behandlung eventueller Komplikationen) erzielt worden ist. (Die Megimidetherapie wurde seit 1961 völlig aufgegeben; leider ließ sich in der Behandlung von Leuchtgasvergiftungen keine gleichwertige Erfolgsprogression erzielen, die Todesrate liegt hier noch immer um 3%.) Im übrigen gibt eine solche Station Gelegenheit zu einer intensiven Zusammenarbeit mit Gerichtsmedizinern, besonders im Hinblick auf eine rasche Bestimmung des benützten Giftes. In Wien haben wir diese vorbildliche Kooperation dem Vorstand des Gerichtsmedizinischen Institutes, Prof. BREITENECKER, zu verdanken.

3. Auch die nötige spezielle Schulung des Pflegepersonals verlangt nach Zentralisierung. Die praktische Tätigkeit beweist dabei immer wieder von neuem, daß der Erfolg der ärztlichen Bemühungen zu einem nicht geringen Teil von der Erfahrung und Wachsamkeit des Pflegepersonals abhängig ist.

So ist es eigentlich nicht recht zu verstehen, warum noch immer gelegentlich gegen zentrale Entgiftungsstationen polemisiert wird. Eine andere Frage ist allerdings, ob solche Stationen im Rahmen einer psychiatrischen Klinik etabliert werden sollen oder müssen. Es mehren sich die Stimmen, die sie in die Hände der Anaesthesisten legen wollen, welche ja primär für die Vergiftungsbehandlung unbestritten ebenso zuständig sind wie etwa chirurgische Kliniken für die Folgen schwerer

bei Selbstmordversuchen erlittenen Verletzungen. Die Frage, wo eine Entgiftungsstation am besten zu errichten ist, kann aber nur dann suffizient beantwortet werden, wenn man den Stellenwert solcher Entgiftungsstationen im Rahmen der Suicidprophylaxe berücksichtigt. Es muß als eine absolute Notwendigkeit bezeichnet werden, daß jeder Patient, der eine Selbstmordhandlung durchgeführt hat, psychiatrisch untersucht wird. Insuffizient, ja widersinnig ist es, wenn auf der einen Seite zwar alle Anstrengungen unternommen werden, um die Vergiftungsfolgen erfolgreich zu bekämpfen und damit den Patienten am Leben zu erhalten, dann auf der anderen Seite aber nichts getan wird, um sich mit der psychischen Verfassung des Betroffenen auseinanderzusetzen bzw. sie zu verbessern. Immer wieder werden Fälle bekannt, wo man sich mit der bloßen somatischen Behandlung der Vergiftung begnügte und es dann nach der Entlassung früher oder später (mitunter sogar unmittelbar nachher) zur Wiederholung der Selbstmordhandlung, oft genug mit tödlichem Ausgang, kam. Welche Bedeutung die psychiatrische Untersuchung und Behandlung von Selbstmordversuchen für die Selbstmordprophylaxe hat, geht unter anderem daraus hervor, daß bei einer Untersuchung, die der Verfasser im Jahre 1959 an einer repräsentativen Gruppe von 50 gelungenen Selbstmorden in Wien durchführte, bei der Rekonstruktion der Vorgeschichte dieser Fälle insgesamt 29 (!) Selbstmordhandlungen, begangen von 14 Patienten, zu registrieren waren. In der Mehrzahl dieser Fälle war die Selbstmordhandlung ignoriert, vertuscht oder bagatellisiert worden, so daß eine psychiatrische Behandlung nicht stattfand. Es ist also sicher so, daß ein Teil der Selbstmordziffern aus Fällen resultiert, die schon früher einen Selbstmordversuch unternommen haben, wobei aber eine ausreichende psychiatrische Behandlung dieses Alarmzeichens unterblieb; ebenso sicher ist es, daß, wer alles daran setzt, einen Patienten, der einen Selbstmordversuch unternommen hat, vor der psychiatrischen Untersuchung zu „bewahren“, ihm einen mehr als zweifelhaften, oft sogar tödlichen „Gefallen“ erweist. Unterstrichen wird die Notwendigkeit einer solchen Behandlung auch dadurch, daß man auf Grund von Nachuntersuchungen, durchgeführt in verschiedenen Ländern, eine Rückfalltendenz zu neuerlichen Selbstmordhandlungen bei 10—18% aller Selbstmordversuche feststellen mußte.

Die psychiatrische Untersuchung ist also eine absolute Notwendigkeit bei all diesen Fällen. Mit Leidenschaft und auch viel Ressentiment wird immer wieder darüber diskutiert, ob jeder Selbstmordhandlung eine psychische Erkrankung zugrunde liegt oder nicht. In der Praxis darf man nicht von Theorien, sondern muß vom konkret gegebenen Fall ausgehen: Sicher vereinigen sich immer Innen- und Außenfaktoren, um zur Selbstmordhandlung zu drängen. In einem Fall mag das Außen, d. h.

die gegebene Situation, im anderen das Innen, d. h. die Persönlichkeitsstruktur an Bedeutung überwiegen. Aber wie immer auch die Lebenssituation eines Menschen beschaffen, wie „einfühlbar“ sein Notstand auch sein mag, die letzte Entscheidung über Leben und Tod kann niemals durch die Situation allein fallen, sondern nur durch die Art, wie die Persönlichkeit zu ihr Stellung nimmt. Jedenfalls ist die Toleranzbreite des seelisch gesunden Menschen unendlich groß, erst psychische Erkrankungen setzen sie — in verschiedenem Maße — herab. Davon abgesehen darf nicht vergessen werden, daß oft auch die gegebene ausweglose (oder ausweglos empfundene) Situation das Resultat krankhafter psychischer Verhaltensweisen ist. Somit hat die praktische Selbstmordprophylaxe in jedem einzelnen Fall zuerst einmal von der Erstellung einer exakten psychischen Diagnose auszugehen, weil nur dieselbe garantieren kann, daß im Einzelfall die richtigen therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden. Die Tabelle 2 zeigt, daß eine Diagnose

Tabelle 2. *Psychiatrische Diagnose bei Selbstmord und Selbstmordversuch (in Prozent der Gesamtzahl)*

	Selbstmord	Selbstmord-
	%	versuch
	%	%
Melancholie	28	15
Schizophrener Formen-		
kreis	4	4
Organische Demenz . .	2	3
Neurose	26	30
Neurotische Reaktion .	2	30
Pathologische Alters-		
reaktion	26	5
Psychopathie	12	11
Debilität	—	2

eigentlich in allen Fällen erstellt werden kann, wobei gleichzeitig Selbstmord und Selbstmordversuch einander gegenübergestellt werden. Was den Selbstmordversuch betrifft, so handelt es sich um den Jahresdurchschnitt der an der Klinik deswegen aufgenommenen Fälle beiderlei Geschlechts; die Prozentzahlen des Selbstmordes beziehen sich auf die bereits erwähnte Untersuchung (Rekonstruktion) von 50 Fällen, also sicherlich auf eine sehr kleine Gruppe; bisher aber stehen auf diesem Gebiete Untersuchungen an einem größeren Material nicht zur Verfügung, weil einer solchen „psychiatrischen Autopsie“, wie man sie auch bezeichnet hat, begrifflicher Weise enge Grenzen gesetzt sind.

Es ist völlig ausgeschlossen, in diesem Rahmen auf alle Einzelheiten der Tabelle einzugehen, so interessant dies auch wäre (es muß z. B. das

Problem des Alkoholismus — in der Tabelle nicht vertreten, weil jenen Erkrankungen zugeordnet, auf Grund derer es zum Alkoholmißbrauch kam — der sog. Psychopathie, des schizophrenen Formenkreises und der Demenz unerörtert bleiben). Beim ersten Blick fallen aber zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch gewisse Unterschiede auf, von denen wir nur die wichtigsten drei herausgreifen wollen.

1. Die Mehrzahl der Selbstmorde und Selbstmordversuche geht auf seelische Störungen und nicht auf Geisteskrankheiten (Psychosen) zurück. Davon abgesehen ist aber der psychotische Anteil beim Selbstmord wesentlich höher als beim Selbstmordversuch, was vor allem auf das Konto der Melancholie geht; damit wird erneut die bekannte Tatsache unterstrichen, daß die Melancholie eine enorme Affinität zum Selbstmord hat und die Selbstmordhandlung des Melancholikers besonders häufig zum Tode führt.

2. Der Anteil alter Menschen am Selbstmord ist wesentlich größer als am Selbstmordversuch. Auf Grund wiederholter statistischer Feststellungen ergibt sich z. B. in Wien, daß von 100 Selbstmördern 30 über 60 Jahre alt sind, hingegen von 100 Selbstmordversuchen nur 10. Über diese größere Relation älterer Menschen zum Selbstmord lassen sich natürlich verschiedene Theorien aufstellen. Alles spricht dafür, daß im Alter einerseits die lebensverneinende Tendenz eine stärkere, andererseits die Widerstandskraft des Körpers eine geringere ist. Außer Zweifel muß jedenfalls im Rahmen der Selbstmordverhütung neben der rechtzeitigen Diagnostizierung und fachgemäßen Behandlung der Melancholie den alten Menschen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, weil gerade im Alter eine Reihe von Faktoren zusammenkommen können, welche zum Selbstmord drängen; hier seien nur erwähnt: die körperlichen Veränderungen (wobei die Krankheit im Alter infolge ihrer nahen Beziehung zum chronischen Leiden einen besonderen Stellenwert hat), die Lebenssituation des alten Menschen (insbesondere seine zunehmende Isolierung, die empfundene Entwertung und der daraus resultierende Sinnverlust des Lebens), ferner abnorme psychische Vorentwicklungen (vorgegebene krankhafte psychische Verhaltensweisen treten in der kritischen Situation des Alters noch gravierender in den Vordergrund) und schließlich ausgesprochen psychiatrische Faktoren (wobei aber zu sagen ist, daß es sich mehr um depressive Syndrome als um Demenzercheinungen handelt; die Beziehung der Demenz zum Selbstmord ist eigentlich relativ gering).

3. Beim Selbstmordversuch fällt eine zahlenmäßig sehr starke Gruppe auf (30%), die beim Selbstmord fast überhaupt nicht in Erscheinung tritt, nämlich die der neurotischen Reaktion. Es handelt sich dabei um Persönlichkeiten, die durch aktuelle Schwierigkeiten relativ rasch das Gefühl gewinnen, in eine ausweglose Situation geraten zu sein. In

extremer Einengung glauben sie dann, keine andere „Lösung“ zu sehen als den Selbstmord, oder, vielleicht besser ausgedrückt, eine „Aktion gegen die eigene Person“, weil klare Vorstellungen vom „eigentlich“ Angestrebten oft fehlen; charakteristischerweise bezeichnen sie später dieses Vorgehen als unerklärliche „Verwirrung“, weil ihnen jetzt eine Reihe anderer Lösungsmöglichkeiten plötzlich wieder präsent ist. Nicht zufällig bleibt es in der überwiegenden Mehrzahl dieser Gruppe beim Selbstmordversuch: dafür ist wohl einerseits die Tatsache verantwortlich, daß es sich eher um Momentreaktionen, die einer intensiven Vorbereitung entbehren, handelt und andererseits bei dieser Art der Selbstmordhandlung sich im allgemeinen selbsterstörende und selbsterhaltende Tendenzen die Waage halten, wodurch oft die Diskussion in Gang gebracht wird, ob diese Handlungen überhaupt „ersnt“ gemeint waren, d. h. auf den Tod der Betroffenen zielten. Wie immer dies im einzelnen Fall auch sein mag, sicher ist jedenfalls, daß sie *ernst genommen* werden müssen, in dem Sinne, daß es sich um einen „Hilfeschrei“ (FARBBEROW und SHNEIDMAN) handelt, der die Insuffizienz der Persönlichkeit beweist, ihre Probleme, mögen sie auf dem Gebiet der zwischenmenschlichen Beziehungen oder des Berufslebens gelegen sein, auf normalem Wege zu lösen. Es mag eine Frage diagnostischer Terminologie sein, wie man diese Gruppe bezeichnet, und wir sind uns natürlich darüber im klaren, daß gerade diese Terminologie oft von Schule zu Schule recht different ist. Wenn man aber die aktuelle psychische Traumatisierung, die Tendenz zur Verdrängung und anderen (besonders hysterischen) Abwehrmechanismen, das Insuffizienzgefühl, den Konflikt lösen zu können und schließlich die Einengung im Moment der Tat berücksichtigt, die in all diesen Fällen gegeben sind, so dürfte der Ausdruck „neurotische Reaktion“ dem hier stattfindenden Geschehen noch am ehesten gerecht werden. Natürlich taucht oft die Frage auf, wie weit der aktuelle Konflikt lediglich ein bereits in der Kindheit geprägtes neurotisches Reaktionsmuster aktiviert, es sich also um eine echte Neurose handelt.

Damit sind wir bei einer anderen Gruppe, nämlich der der Neurose, angelangt, wo also eine seit der Kindheit gegebene chronische neurotische Entwicklung vorliegt. Diese Gruppe spielt bei Selbstmord und Selbstmordversuch eine bedeutende Rolle. Was die chronische neurotische Entwicklung betrifft, so ist sie in der Mehrzahl der Fälle gekennzeichnet durch das Fehlen aller Symptome, die normalerweise das Bild und den Inhalt der Neurose prägen. Statt dessen finden wir eine ausgesprochene *neurotische Lebensgestaltung*, die die kindliche Entmutigung und Hemmung durch ständige Wiederholung neurotisch fixierter Verhaltensmuster und neurotischer Gefühlsübertragungen konsequent fortsetzt, so daß man auch von einer „Neurose der Lebensgestaltung“ sprechen könnte. Das Resultat dieser Entwicklung ist gewöhnlich nicht nur ein

Aneinanderreihen von Mißerfolgen, sondern die Persönlichkeit selbst zeigt dann chronisch, aber in der Intensität progredient, jenes „prä-suicidale Syndrom“ (bestehend aus Einengung, gehemmter Aggression und Flucht in Selbstmordphantasien), dessen Registrierung sicherlich wertvolle Hinweise auf das Ausmaß der Suicidgefahr geben kann. Jedenfalls sieht man, daß sich neben Melancholie und der bereits beschriebenen Altersproblematik in der Neurose ein dritter Schwerpunkt der Selbstmordverhütung bildet, wobei es vor allem auf die rechtzeitige Erfassung und Behandlung solcher neurotischer Entwicklungen ankommt.

Schon diese Andeutungen, auf die wir uns hier beschränken mußten, genügen, um die Wichtigkeit psychiatrischer Diagnostik und Therapie in jedem Fall eines Selbstmordversuches klarzustellen. Besonders sei darauf aufmerksam gemacht, daß die auffällige psychische Besserung, welche die Gruppe der Neurose und mehr noch der neurotischen Reaktion nach der Rettung zeigt, ausgesprochen trügerisch sein kann. Die Neurose fällt ohne entsprechende Behandlung nur allzu leicht, ja fast zwanghaft, wieder in das alte Verhaltensmuster zurück; bei den neurotischen Reaktionen wird oft fälschlich der Eindruck einer völligen Lösung der Probleme erweckt, weil sich im allgemeinen die Angehörigen durch die Selbstmordhandlung so beeindruckt zeigen, daß sie nun ihre Bereitschaft ausdrücken, alle Wünsche des Suicidanten zu erfüllen. Die „Appellfunktion“ (STENGEL) dieser Selbstmordhandlungen scheint oft so erfolgreich eingesetzt, daß man als Psychiater den Eindruck gewinnen mag, alle Schwierigkeiten lösten sich ganz von selbst und benötigten keine wie immer geartete ärztliche Hilfe mehr. Erst die Nachbeobachtung dieser Fälle lehrt, daß die „Wandlung“ der Angehörigen gewöhnlich nur kurz anhält und dadurch mitunter schon in überraschend geringem zeitlichen Abstand neue Krisen drohen.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die richtige Behandlung von Selbstmordversuchen folgende Stadien beinhalten muß:

1. Die Beseitigung eventueller Intoxikationsfolgen.
2. Eine exakte psychiatrische Diagnosestellung.
3. Eine aus der Diagnose folgernde wirksame Therapie.

Es wurde bereits gezeigt, daß es hinsichtlich des dritten Punktes besonders um die moderne Melancholiebehandlung geht, die entweder in der Elektroschocktherapie oder in antidepressiven Drogen besteht. Diese Gelegenheit möchte der Verfasser benützen, um auszudrücken, daß — bei aller Wertschätzung der Psychodynamik — doch bei den eigentlichen Psychosen ein organischer, nämlich biochemischer Faktor als wesentlich angenommen werden muß, der dementsprechend nach einer organischen Behandlung verlangt. Bei der anderen wichtigen

Gruppe hingegen, den Neurosen, wird man sich vor allem auf Psychotherapie, sei es in Form von Einzel- oder Gruppenbehandlung, stützen müssen.

Die bisher angegebenen drei Punkte deklarieren zwei Institutionen als wesentliche Stützpunkte der Selbstmordverhütung, nämlich Entgiftungsstationen (sie müssen logischerweise zu einer Konzentration der stattgehabten Selbstmordversuche führen) und psychiatrische Kliniken; ebenso notwendig ist ihre intensive Zusammenarbeit. Der jetzt noch hinzuzufügende Punkt, nämlich

4. die notwendige intensive Nachbetreuung, direkt im Anschluß an die Entlassung aus der Klinik, zeigt, daß man einen weiteren „Stützpunkt“ unbedingt benötigt, will man wirksame Selbstmordprophylaxe betreiben: Nämlich Organisationen, die sich

ausschließlich der Betreuung selbstmordgefährdeter Personen widmen. In Wien steht mit der Lebensmüdenfürsorge der Caritas eine solche Organisation zur Verfügung, die noch in der psychiatrischen Klinik Kontakt mit den Patienten aufnimmt und ihre Behandlung in Form einer Teamarbeit, wobei das Team aus Psychotherapeuten, Psychologen, Fürsorgern, Juristen und Seelsorgern besteht, durchführt.

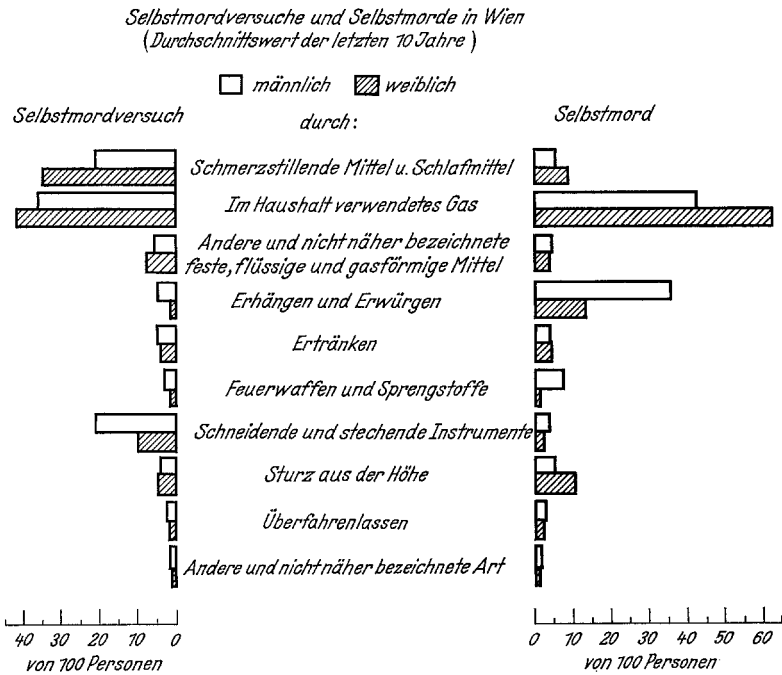
Tabelle 3.
*Arbeitsstatistik der Lebensmüdenfürsorge
für 1 Jahr (Durchschnittswert)*

Hausbesuche	3071
Sprechstunde	4023
Psychotherapeutische Betreuung	355
Juridische Beratung	40
Seelsorgliche Hilfe	92
Geldaushilfe	345
Unterkunft	29
Arbeitsvermittlung	112
Erholung	214

Die Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Arbeitsweise dieser Institution in einem Jahr (Durchschnittswert). Ohne auf die Einzelheiten näher eingehen zu können, ist dennoch zum Ausdruck gebracht, daß man bemüht ist, dem Selbstmordproblem, welches als eines der komplexesten Probleme, die es gibt, bezeichnet werden kann und welches unter anderem psychiatrische, psychopathologische, psychologische, tiefenpsychologische, soziale, soziologische, juristische, ethische, philosophische und religiöse Probleme aufwirft, durch eine konzentrische Arbeitsweise gerecht zu werden. Wichtig ist es, immer wieder zu betonen, daß Organisationen, die für die Selbstmordprophylaxe spezialisiert sind, nicht nur von gutem Willen, sondern natürlich auch von entsprechendem fachlichen Wissen und sachlicher Einstellung getragen sein müssen. Wenn sie solche Voraussetzungen erfüllen, dürfte man aber auch verlangen, daß diese Organisationen von offizieller staatlicher Seite entsprechend unterstützt werden, weil sie ja ein unentbehrlicher Bestandteil jener psychohygienischen Maßnahmen sind, die im Dienste der Selbstmordverhütung stehen.

Nun scheint es noch notwendig, auf die zweite Gruppe, die eingangs erwähnt wurde, einzugehen, nämlich auf jene Fälle, die potentiell selbstmordgefährdet sind. Es wurde immer wieder behauptet, daß man an diese Gruppe überhaupt nicht herankommen könne, weil „wirklich“ zum Selbstmord entschlossene Menschen niemandem Gelegenheit geben, sie vor dem letzten Schritt zurückzuhalten. In diesem Zusammenhang wurde der Slogan geprägt: „Wer vom Selbstmord spricht, tut es ja doch nicht, wer hingegen wirklich entschlossen ist, verrät sich mit keinem Wort.“ Es wurde auch behauptet, daß diejenigen Personen, die sich aus eigenem Antrieb bei Institutionen, die im Dienste der Selbstmordverhütung stehen, melden, eben in Wirklichkeit niemals hätten Selbstmord begehen wollen. Die Fakten widerlegen solche Theorien als glatte Vorurteile. So konnte Verfasser in der bereits erwähnten Rekonstruktion von 50 Selbstmorden feststellen, daß 39 von ihnen Selbstmordankündigungen gemacht hatten, 16 in direkter, 23 in indirekter, aber durchaus erkennbarer Form. Dieser Prozentsatz (78%) ist noch höher als der seinerzeit von ROBINS u. Mitarb. in den Vereinigten Staaten registrierte (69%). Man wird dies nur verstehen können, wenn man bedenkt, daß jede Selbstmordtendenz, und sei sie auch noch so intensiv, doch gegen den stärksten Trieb des Menschen, nämlich den Selbsterhaltungstrieb, zu kämpfen hat. Dieser ist es auch, der den Menschen wünschen läßt, vielleicht doch noch eine Chance zu bekommen, am Leben zu bleiben; das Resultat dieses Wunsches ist dann die Selbstmordankündigung. Es ist ein eigenartiges Phänomen, welches immer neuer Untersuchungen bedürfen wird, daß ein Großteil dieser Ankündigungen praktisch ungehört verhallt. Hier spielen persönliche bewußte und unbewußte Einstellungen, Ablehnungen, Widerstände, Vorurteile, aber auch prinzipielle mangelnde Bereitschaft, auf den Mitmenschen einzugehen, ursächlich zusammen. Eines steht jedenfalls heute schon fest: es müßte bei etwas mehr Aufmerksamkeit und besserer Information leicht möglich sein, an eine viel größere Zahl dieser zweiten selbstmordgefährdeten Gruppe, die sich teils durch ihr Verhalten, teils durch ihre Situation verrät, heranzukommen. Hier fiele auch den Ärzten eine besondere Aufgabe zu. Die Ärzteschaft steht unter allen Berufsgruppen, die erfahrungsgemäß oft Gelegenheit haben, mit selbstmordgefährdeten Personen in Kontakt zu kommen, eindeutig an erster Stelle. Die bereits mehrmals zitierte Rekonstruktion von 50 Selbstmorden bewies dies erneut, da nicht weniger als 27 von diesen Patienten, also mehr als die Hälfte, in den letzten Monaten vor ihrem Selbstmord, ja größtenteils sogar unmittelbar vor diesem, in ärztlicher Behandlung standen. — Überflüssig zu betonen, daß auch diese Gruppe hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose und Behandlung die gleichen Probleme aufwirft, die bereits bei der Nachbetreuung der geretteten Selbstmordversuche besprochen worden sind. Nur ein

Unterschied besteht: Der Selbstmordversuch stellt in gewissem Sinne eine Entladung dar, d. h. der Patient ist, wenn er die erste Phase des Trotzes und der Scham nach der Tat überwunden hat, im allgemeinen sehr aufgeschlossen und zur Mitarbeit bereit. Bei jenen Patienten, die einen Selbstmord planen, ist die Ausgangssituation bedeutend schlechter: sie sind verschlossener, verbitterter, eingeengter, gehemmter; man wird



dieses Minus nur durch verstärkte persönliche Bemühung und Vorsicht ausgleichen können.

Zum Abschluß noch ein Hinweis auf einen anderen, sozusagen indirekten Zugang zur Selbstmordverhütung. Die Abbildung gibt einen Überblick über die bei Selbstmorden und Selbstmordversuchen in Wien angewendeten Mittel (Durchschnittswert der letzten 10 Jahre). Das Problem der Wahl des Selbstmordmittels, welches oft sehr komplex und nicht zuletzt von den Phantasievorstellungen des Betreffenden abhängig ist, kann hier nicht erörtert werden. Man ersieht aber aus der Abb. 1 die überragende Bedeutung der Schlafmittel und des Leuchtgases sowohl bei Selbstmorden als auch bei Selbstmordversuchen. Niemand wird glauben, daß durch die Entgiftung des Leuchtgases das Selbstmordproblem aus der Welt geschafft werden könnte, dennoch wäre es als ein

großer Fortschritt zu bezeichnen, wenn ein solches verhängnisvolles Mittel nicht zu seinem Mißbrauch allzuleicht verlocken könnte. Ähnliches gilt für die Schlafmittel. Es müßte unbedingt verlangt werden, daß sie allesamt ohne ärztliche Verschreibung nicht abgegeben werden, ebenso müßten die Ärzte bei diesbezüglicher Rezeptierung sehr rigoros (jedenfalls viel strenger als bisher) vorgehen.

Die hier festgehaltenen Tatsachen beweisen eindeutig, daß Selbstmordverhütung keine utopische und idealistische Illusion, sondern reale Möglichkeit und teilweise auch schon Wirklichkeit ist. Ihre Verwirklichung ist heute in stetem Fortschreiten begriffen, sie ist zu einer Angelegenheit der ganzen Welt geworden, es drängt die einzelnen Länder, Erfahrungen auszutauschen und Anregungen aufzunehmen; aus diesem Wunsche heraus ist die Internationale Vereinigung für Selbstmordprophylaxe gegründet worden, die sich zum Ziel gesetzt hat, zum Fundament und zur Plattform der gemeinsamen weltweiten Maßnahmen gegen den Selbstmord, einen Tod in Unfreiheit infolge psychischen Krankseins, zu werden.

Die Tabelle 4 soll als ein Beispiel für die in vielen Ländern in ähnlichem Sinne erfolgenden Bemühungen zeigen, wie sich die Selbstmordzahlen in Wien in den letzten 11 Jahren entwickelt haben. Man entnimmt aus ihr einen erfreulichen Rückgang der Selbstmordziffer in Wien, der praktisch 25% ausmacht. Niemandem wird es einfallen, diese Zahlen zu überschätzen, es bleibt ja abzuwarten, ob die fallende Tendenz in den nächsten Jahren anhält, ja, ob das jetzt erreichte Niveau auch nur gehalten werden kann. Niemand wird auch daran denken, diese sinkende Kurve auf einen bestimmten Faktor zurückzuführen, wo es doch klar ist, daß hier eine Vielzahl von Faktoren, die zudem größtenteils nicht einmal genau bekannt sind, zusammenspielen. Aber mit aller Vorsicht wird man andererseits doch sagen dürfen, daß die Zusammenarbeit mehrerer Institutionen (Entgiftungsstation, psychiatrische Klinik, Lebensmüdenfürsorge) an dieser Entwicklung einen gewissen Anteil hat und daher vielleicht geeignet sein könnte, ein Modell suicidprophylaktischer Maßnahmen darzustellen. Wenn man Selbstmordprophylaxe betreibt, darf man nicht mit Zahlen operieren, sondern muß sich, wie es SCHWARZ in seinem Buch über den Selbstmord ausgedrückt hat „damit begnügen, im Einzelfall vollständige Arbeit zu leisten“. SCHWARZ fügt hinzu: „Wer sich mit Selbstmordprophylaxe befaßt, muß geduldig sein und warten

Tabelle 4. *Selbstmorde in Wien seit 1953*

Jahr	Absolut	Auf 100 000 Einwohner
1953	622	35
1954	523	33
1955	517	32
1956	477	29
1957	509	31
1958	490	30
1959	536	32
1960	483	30
1961	431	26
1962	406	25
1963	409	25

können.“ In einer früheren Arbeit wurde diesem Autor versichert, daß man geduldig und unentwegt weiter arbeiten werde. Diese Versicherung kann heute — allerdings auf einer wesentlich breiteren Basis — nur erneuert werden.

Dozent Dr. ERWIN RINGEL
 Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik
 Wien IX, Lazarettgasse 40

W. RASCH (Köln): Situationen des erweiterten Selbstmords

Der erweiterte Selbstmord gewinnt in forensisch-psychiatrischer Beziehung im wesentlichen nur dann Interesse, wenn dem Täter der den Selbstmord betreffende Tatanteil mißlang und er sich wegen eines versuchten oder gelungenen Tötungsdeliktes zu verantworten hat. Es ist auch geläufig, daß sich dann sehr schnell die Frage nach den wahrhaften Intentionen des Täters einstellt: Man ist geneigt, die Selbsttötungsabsicht zu bezweifeln, besonders, wenn sie nur sehr zaghaft oder schwächlich zu realisieren versucht oder schließlich nur behauptet wurde. Die hier vorgelegte Untersuchung will gerade diesen zweifelnden Einwand umgehen, indem sie sich ausschließlich mit solchen Tätern befaßt, denen die Tat in ihrer Gesamtheit gelang, d. h. bei denen sie selbst wie ihre Opfer den Tod fanden.

Der Begriff des erweiterten Selbstmordes soll hier zunächst nach rein formalen Kriterien abgegrenzt werden. Neben dem Kennzeichen der in beiden Richtungen vollständigen Durchführung der Tat wird Gleichzeitigkeit des Geschehens vorausgesetzt, wobei wegen der in diesen Fällen gegebenen Unsicherheit der Ermittlungen neben den fraglos simultan oder sich unmittelbar anschließenden Suiciden auch einige einbezogen wurden, bei denen der Selbstmord am gleichen Tage erfolgte, sofern er am gleichen Tatort begangen wurde. Aus dem gesamten Untersuchungsgut, das sämtliche zwischen dem 1. Januar 1950 und dem 31. Dezember 1961 im Bereich der Hansestadt Hamburg begangenen Tötungsdelikte umfaßt, waren danach fünf Fälle auszuscheiden, bei denen der Selbstmord erst am folgenden Tag oder nach einem längeren Zeitraum bzw. nach Verlassen des Tatorts begangen wurde. Wie bei der zu besprechenden Gruppe handelte es sich bei diesen Tätern ausschließlich um solche, die das vorausgegangene Gewaltdelikt am Intimpartner oder den eigenen Kindern verübt hatten, zweifellos auch bei ähnlichem Tathintergrund. Bei diesen Tätern liegt jedoch die Überlegung nahe, daß der Entschluß zur Selbsttötung in einem zweiten Akt neu gefaßt und wesentlich von Reue, Schuldgefühl, Furcht vor Haft und Strafe bestimmt wurde. Wie weit dieses Moment für die anderen Täter in Betracht zu ziehen ist, wird noch zu diskutieren sein. Außer diesen wurden vier Fälle ausgeschieden,