A 6 359 E

Soziale Arbeit

Deutsche Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete

3

21. Jahrg.
März 1972

Aus dem Inhalt:

Sind Familienhelfer eine echte Hilfe?
Ottmar Gutfleisch, Jugendamt Berlin-Kreuzberg 101

Nachgehende Fürsorge für ehemalige Sonderschüler
Prof. Dr. E. Beschel, Dortmund 105

Suicid und versuchter Suicid
Vorabdruck aus Psychiatry for Social Workers von
Munroe and McCulloch,
Übersetzung von Ruth Bang, Diessen 112

Literaturbericht zur Situation der weiblichen Jugendlichen in der Bundesrepublik
Gudrun Bauer, München 120

Eigenverlag des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen

Begründet vom Regierenden Bürgermeister von Berlin Professor Dr. Ernst Reuter †

Herausgeber: **Der Senator f. Arb. u. Soziales · Deutsches Zentralinstitut f. soziale Fragen**

Hauptschriftleitung: **Dr. Sofie Quast**

Schriftleitung: **Dr. Walter Corsten,** Bezirksstadtrat a. D. — **Else Funke,** Vorsitz. Dt. Berufsverband d. Sozialarbeiter u. -pädagogen — **Beigeordneter Dr. Wolfgang Haus,** Dt. Städtetag — **Landesarbeitsgerichtsdir. Dr. Ingeborg Höhlmann** — **Ltd. Sozialdir. Dr. Werner Hopmann,** Senatsverwalt. f. Familie, Jug. u. Sport — **Pfarrer Hans Georg Jaekel,** Geschäftsführ. Dir. d. Diakon. Werkes — **MinRat Karl Jung,** Bundesmin. f. Arbeit u. Sozialordn. — **MinRat. Dr. Anton Knopp,** Bundesmin. f. Justiz — **Dr. Eleonore Lipschitz,** Senatsverwalt. f. Arbeit u. Soziales — **Ltd. MedDir. Dr. Ruth Mattheis,** Senatsverwalt. f. Gesundh. u. Umweltschutz — **Präsident Josef Stingl,** Bundesanstalt f. Arbeit — **Caritasdir. Dr. Johannes Tobel,** Caritasverband f. Bln. e. V. — **Senatsrat Dr. Maximilian Zeise,** Senatsverwalt. f. Arbeit u. Soziales

INHALT — FORTSETZUNG

Aus der praktischen Arbeit

Konzept für ein Wohnkollektiv für Jugendliche 123

Berliner Heimerzieher in Dänemark / Umstrukturierung der Heimerziehung in West-Berlin 125

Rechtsprechung

Kündigung während der Probezeit, Dr. Helmut Sturn, Karlsruhe 127

Der Nachranggrundsatz im Sozialhilferecht 127

Ersatzpflicht nach § 43 BSHG und Unterhaltspflicht 128

Wiederaufleben der Witwenrente 129

Rundschau

Allgemeines 130

Themen für Dissertationen — Ehescheidungen/Bremen — Rechtsverletzungen durch Unzurechnungsfähige — Bildungsberatung und -Werbung/Köln

Sozialwesen 130

Öffentl. Sozialleistungen 1970 — Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG — Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege — Wilhelm Woort-Stiftung — Wäschedienst auf Rädern — Koordinierungsstelle für Haftentlassene/Berlin — Haftentlassene, Hilfe zum Lebensunterhalt/Berlin — Resozialisierung Strafgefangener/Berlin — Rehabilitationszentrum Unterschwarzach

Jugendwohlfahrt 131

Kinderspielplätze — Ideenwettbewerb/Ludwigshafen — Schulversuche/Bayern — Jugendrichter als Vollstreckungsleiter für Jugendstrafanstalten

Gesundheitswesen 132

Reform des § 218 — Krankenhaus — tägliche Besuchszeit/Stuttgart — Krankenhausfinanzierungsgesetz

Sozialpolitik 132

Sozialer Wohnungsbau — neue Einkommensgrenzen — Wohnprobleme der Studenten — Hilda-Heinemann-Stiftung — Rehabilitation — Beratung über Rehabilitation — Krankenversicherung — Rückzahlung von Rentner-Krankenversicherungsbeiträgen — Verband deutscher Rentenversicherungsträger

Soziale Ausbildungs- und Berufsfragen 133

Arbeitsbedingungen der Praktikantinnen für soziale Arbeit — Fachhochschule/Berlin — Rektor der Ev. Fachhochschule für Sozialwesen/Berlin — Standortbestimmung ev. Fachhochschulen — Sozialpädagogen in der GEW — Ausbildung von Eheberatern/England — Personalberaterin im modernen Unternehmen/Schweiz

Tagungskalender 135

Zeitschriftenbibliographie 136

Buchbesprechungen 144

Anschriften der Verfasser 148

Die Zeitschrift erscheint monatlich. Bezug durch die Postanstalten, Buchhandel und Verlag. Bezugspreis vierteljährlich DM 12,— zuzüglich Bestellgeld. Für Studierende im Sammelbezug DM 9,40. Abbestellungen sind 30 Tage vor Quartalsende bekanntzugeben. Einzelhefte DM 4,— nur durch den Buchhandel oder Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen, 1 Berlin 33, Miquelstr. 83, Tel. 832 84 82, Postscheck Berlin West Nr. 599 97.

Suicid und versuchter Suicid*)

Bei der Beschreibung der verschiedenen psychischen Erkrankungen wurde erwähnt, daß bei einigen von ihnen die Gefahr eines suicidalen Verhaltens größer ist als bei anderen. Es muß aber zu Beginn der Behandlung dieser Thematik darauf hingewiesen werden, daß ein solches Verhalten ein sehr komplexes Phänomen ist und keineswegs nur im Zusammenhang mit geistig-seelischen Erkrankungen vorkommt. Zwar werden wir es für sich betrachten und als etwas, das zuweilen auch im Zusammenhang mit einer psychischen Störung auftritt, um es aber voll und ganz zu verstehen, müssen persönliche, soziale und sozial-statistische Faktoren mitberücksichtigt werden.

Suicid ist eine der vier im Gesetz genannten Todesarten (die anderen sind Mord, Unfall und natürliche Ursachen), und der Laie geht im allgemeinen davon aus, daß, um Selbstmord zu begehen, jemand tatsächlich handeln müsse, wie z. B. durch Einnehmen einer Überdosis von Medikamenten, Sich-erschießen oder Sich-ertränken. Alle vergleichenden Angaben in Bezug auf die Häufigkeit von Suicid-Handlungen basieren auf dieser Annahme, obwohl jedes Lexikon wahrscheinlich eine weiter gefaßte Erklärung gibt und einen Selbstmörder als „einen Menschen, der sich absichtlich tötet", beschriebe. Danach kann einem Suicid sowohl eine Unterlassung wie die Ausübung einer Tat zu Grunde liegen; auch der Patient, der für ihn lebenswichtige Medikamente nicht einnimmt (oder der Diabetiker, der sich seine Insulinspritze nicht rechtzeitig gibt) kann sein Leben beenden wollen. Es ist aber höchst unwahrscheinlich, daß sein Tod in einer Suicidstatistik aufgeführt würde, weil er nicht unter die traditionelle Definition von Suicid fällt. Es besteht auch Unklarheit in Bezug auf die Todesursache bei Fällen, in denen jemand sich absichtlich Verletzungen zugefügt hat und dann daran gestorben ist, denn der den Tod bescheinigende Arzt oder andere Amtspersonen können sich auf den Standpunkt stellen, daß die „Absicht" zu sterben nicht vorlag; als Todesursache gilt dann: Tod durch Unfall.

Der Begriff vom versuchten Suicid erfährt noch eine zusätzliche Verwirrung durch willkürlichen Sprachgebrauch und offizielle innere Einstellungen in der Bevölkerung. Uns scheint wichtig, das Wort „Absicht" (angewandt im Zusammenhang mit Suicid) zu definieren, um den betreffenden Patienten und den Ablauf seiner Tat richtig verstehen zu können. „Versuchter Suicid" ist weder eine Definition noch eine Diagnose, sondern bedeutet die Interpretation einer Handlung. Kommen wir zu schnell und ohne gründliche Untersuchung des Falles zu der Überzeugung, daß jemand, der eine Überdosis von einem Medikament zu sich genommen oder eine andere Handlung von potentieller Selbstvernichtung begangen hat, versuchte, seinem Leben ein Ende zu machen, dann werden wir leicht blind dafür, daß er möglicherweise gar nicht sterben wollte. Die sich aus einer derartigen Fehldeutung ergebende Handhabung des betreffenden Falles dürfte ungeeignet, vielleicht sogar für den Patienten von Schaden sein.

Viele Autoren und Forscher haben sich bemüht, suicidales Verhalten so zu definieren, daß die bestehenden Unklarheiten beseitigt werden, aber, so weit uns bekannt, ist noch keiner zu einer Definition gekommen, die allen psychischen, soziologischen und gesetzlichen Kriterien, die dabei eine Rolle spielen, gerecht wird. Es ist wichtig, auf diese Definitionsschwierigkeiten hinzuweisen, damit dem Leser klar wird, daß die heutigen Statistiken über Suicid und Suicidversuche alles andere als exakt sind. Es ist leider auch so, daß die verschiedenen Forschungsergebnisse in vieler Hinsicht gar nicht miteinander zu vergleichen sind, weil die Forscher bei ihrem Vorgehen keine miteinander vergleichbaren Defini-

*) Aus: Psychiatry for Social Workers von Munroe and McCulloch (8. Kapitel). — Dieses Buch erscheint demnächst in deutscher Übersetzung von Ruth Bang beim Ernst Reinhardt Verlag München.

tionen und Methoden angewandt haben. Die außerordentlich unterschiedlichen Resultate, zu denen man an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten gelangt ist, haben zu vielen theoretischen Diskussionen geführt, die häufig jeder Grundlage entbehren, weil sie auf statistischen „Kunstprodukten" beruhen.

Im Hinblick auf alle diese Schwierigkeiten liegt die Annahme nahe, daß sämtliche für Suicidfälle errechneten Zahlen zu niedrig angegeben sind. Suicidales Verhalten ist eindeutig eine Angelegenheit von Belang, und das um so mehr, wenn man sich klar macht, daß — wie bedeutsam auch immer das Problem in Statistiken erscheinen mag — die wirklichen Tatsachen sich erheblich drastischer darstellen würden, könnte man sie nur richtiger einschätzen. Für England wird die Zahl der Suicide mit jährlich 5500 angegeben, d. h. ungefähr ein Mensch auf 10 000 per annum. Die tatsächliche Zahl dürfte aber, wie gesagt, erheblich höher liegen. Vergleiche zwischen verschiedenen Kulturkreisen wären sicherlich interessant, sie stoßen aber aus den angeführten Gründen und weil die Methoden, nach denen Statistiken erstellt werden, sich je nach dem Stande der sozialen Entwicklung der einzelnen Lebensgemeinschaften erheblich voneinander unterscheiden, auf Schwierigkeiten. Doch steht fest, daß sich jährlich soviele Menschen wie Genf Einwohner hat, das Leben nehmen. Trotz unserer unzulänglichen Kenntnisse läßt sich sagen, daß die Unterschiede in der Zahl der Suicide vermutlich kulturell bedingt sind. Man nimmt an, daß bei primitiven Völkern weniger Suicide vorkommen als in hochentwickelten Gesellschaften. Nach der Theorie von Durkheim (1897) verhalten sich die Zahlen umgekehrt zum Grad des Zusammenhalts innerhalb einer Gemeinschaft. So sinkt die Zahl der Suicidfälle u. a. in Kriegszeiten, in denen der nationale Zusammenhalt einen Höhepunkt erreicht. Ebenso läßt sich nachweisen, daß bei Minderheitengruppen, die inmitten eines anderen Kulturkreises leben, die Suicidrate meist geringer ist als die der zahlenmäßig überwiegenden Bevölkerung. Was nun die Suicidversuche betrifft, so hängt ihr Auftreten von verschiedenen Faktoren ab und nicht zuletzt davon, wie dieses Phänomen definiert wird. Man geht im allgemeinen davon aus, daß in westlichen Ländern die Zahl der Suicidversuche ungefähr zwanzig Mal so hoch ist wie die der ausgeführten Suicide.

Es ist nicht beabsichtigt, in diesem Buche ausführliche kulturelle Vergleiche anzustellen. Auch soll der Leser nicht mit einer Fülle von statistischem Material belastet werden. Es ist uns lediglich darum zu tun, den Ernst des ganzen Problems sichtbar werden zu lassen, und es so zu behandeln, daß Sozialarbeiter seine ganze Komplexität begreifen lernen, um einem suicidalen Klienten die bestmögliche Hilfe geben zu können.

Wir haben auf die Definitionsschwierigkeiten hingewiesen; aber wichtiger für den in der Praxis stehenden Sozialarbeiter sind ein paar grundsätzliche Richtlinien, an denen er sich orientieren kann. Um die Dinge so einfach wie möglich zu machen, werden wir bei unseren Ausführungen über Suicid und versuchten Suicid davon ausgehen, daß der Suicidabsicht eines Menschen der Wunsch, sich selbst zu vernichten, sich Schaden zuzufügen oder zu verletzen zu Grunde liegt. Suicidales Verhalten reicht von dem Wunsch zu sterben, bis zu dem Versuch, die Aufmerksamkeit anderer auf das eigene Leid zu lenken ohne wirklichen Todeswunsch. Zwischen diesen Extremen liegen verschiedene Möglichkeiten des Handelns und Verhaltens. Zu ihnen gehören — unterschiedlich in Bezug auf ihre Schwere und ihre verschiedenen Kombinationen — nicht tödlich ausgehende Selbstverletzungen (oder deren Androhung) und auch sehr verschiedene Grade von Ernsthaftigkeit bei der Absicht, sich das Leben zu nehmen.

Ein Suicid stellt meist eine spontane Handlung dar, bei welcher der Gedanke an Selbsttötung sofort in die Tat umgesetzt wird. Aber im Gedanken ist natür-

lich Absicht enthalten, und wenn wir begreifen wollen, wo der einzelne Patient in die angedeutete Skala von suicidalen Verhaltensweisen einzuordnen ist, dann müssen wir uns bemühen, die besondere Art dieser Absicht so richtig wie nur irgend möglich zu erkennen. Selbstverständlich kann ein Suicidversuch zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, z. B. bei einem Menschen, der in Gegenwart anderer eine Überdosis von Tabletten schluckt und bei jemandem, der genau das gleiche in der Abgeschiedenheit seines Zimmers tut. Die Ernsthaftigkeit eines Versuches kann nicht allein danach bemessen werden, was ein Patient letztlich einnimmt oder sonst tut. Auch die Vorkehrungen, die zur Aufdeckung oder zum Verbergen der Tat getroffen wurden, müssen mit in Betracht gezogen werden, ebenso wie die psychische Verfassung, in der er sich zur Zeit des Versuches befand. So wird z. B. noch Näheres darüber zu sagen sein (s. S. 206), daß schwer depressive Menschen äußerst stark suicidgefährdet sind. Sie haben u. U. den eindeutigen Wunsch zu sterben, aber infolge einer durch ihre Krankheit bedingten Denk- und Tathemmung können die Vorbereitungen für ihre Selbstvernichtung schlecht geplant sein. Vielen dieser Menschen fehlt es ganz allgemein an Initiative; machen sie aber dann doch einen Suicidversuch, reicht das, was sie tun, oft nicht aus, um den Tod herbeizuführen. Selbst wenn der unternommene Versuch an sich tödlich hätte sein können, so kann z. B. doch das Beziehungsgeflecht, in dem dieser Mensch lebte ein so enges sein, daß eine vorzeitige Entdeckung der Tat nicht ausbleiben konnte. Das kann leicht zu dem gravierenden Irrtum führen, das suicidale Verhalten sei eher eine Geste als ein ernst gemeinter Versuch gewesen.

Hat sich das, was ein Mensch zu seiner Selbsttötung unternommen hat, als unzulänglich erwiesen, so besteht die große Gefahr, ihn automatisch in eine von zwei Kategorien einzuordnen: Entweder glaubt man, er habe sich gar nicht ernsthaft etwas antun wollen oder aber, er habe wirklich die Absicht gehabt zu sterben und werde nun nach dem mißglückten Versuch noch einmal das gleiche tun. Die Mehrzahl der Suicidgefährdeten fällt aber unter keine der beiden Kategorien, weil sie sich selbst häufig über ihre eigenen Motive nicht im klaren sind. Diese Menschen „spielen" oft in einer Weise mit dem Tod, daß sie bewußt oder unbewußt die Verantwortung für die Entscheidung über Tod und Leben anderen zuschieben. Viele Menschen, die den ernsthaften Wunsch haben zu sterben und versuchen, sich das Leben zu nehmen, sind nur für eine begrenzte Zeit suicidal; ist ihr Versuch mißlungen, folgt kein weiterer. Das gilt aber keineswegs für alle Überlebenden. Es ist erwiesen, daß es Menschen gibt, für die die Gefahr einer Wiederholung besteht; das ist besonders bei Individuen mit Persönlichkeitsstörungen der Fall, vor allem dann, wenn diese Störungen mit Alkohol- oder Drogensucht oder beidem gekoppelt sind. Das gleiche trifft für einige der von uns bereits beschriebenen Menschen zu, denen ein erster Versuch durch den zeitweisen Ausfall von Willenskraft mißglückt ist. Tritt durch eine ärztliche Behandlung eine leichte Besserung ein, so bleibt die Depression trotzdem latent vorhanden, aber sie haben an Initiative gewonnen und sind dadurch möglicherweise imstande, ihre morbiden Gedanken in die Tat umzusetzen. Deshalb ist während der ersten Behandlungsphase besondere Aufmerksamkeit geboten.

Es ist ein weit verbreiteter Irrtum, wenn man glaubt, Menschen, die über Suicidabsichten reden, handelten meist nicht entsprechend. Es ist immer gefährlich, Suiciddrohungen nicht ernst zu nehmen. Man hat herausgefunden, daß acht von zehn Menschen, die sich das Leben genommen haben, vorher zu anderen über ihre Absicht gesprochen haben. Selbst wenn das Handeln im letzten Augenblick impulsiv geschieht, so teilen Menschen mit Suicidgedanken doch meist anderen mit, daß sie sich daß Leben nehmen wollen; derartige Äußerungen sollten nicht unbeachtet bleiben.

Es sind auch noch andere Irrtümer im Umlauf. So hört man z. B. oft, Suicide kämen besonders häufig in den oberen Gesellschaftsschichten vor, aber — wie Schneidman und Farberow (1957) sagen —: „Suicid ist weder die Krankheit der Reichen noch der Fluch der Armen." Zuweilen wird auch die Ansicht vertreten, daß Suicidneigung erblich sei oder daß „sie in der Familie läge". Wir glauben nicht an diese Erblichkeit, weil es sich dabei um ein Verhalten handelt, das sehr verschiedene Ursachen haben kann. Und doch ist die Möglichkeit eines Einflusses von der Familie nicht ganz auszuschalten; sicherlich können u. U. genetische Faktoren eine Rolle spielen, z. B. dann, wenn Depressionen durch Generationen hindurch vorkommen. Mit Depressionen geht häufig eine Suicidgefährdung Hand in Hand. Vermutlich hat der Glaube an eine angebliche Vererbung hierin seinen Ursprung. Ebenso ist bekannt, daß Menschen mit Persönlichkeitsanomalien äußerst anfällig für suicidales Verhalten sind, und da deren Kinder nicht selten die gleichen Charakterzüge aufweisen, so ist es nicht weiter erstaunlich, daß auch dieser Personenkreis besonders suicidgefährdet ist. Bei ihm stehen die Anomalien der Persönlichkeit und die Neigung zur Selbsttötung oft in einem engen Zusammenhang mit einem Mangel an tragfähigen und dauerhaften emotionalen Beziehungen in der frühen Kindheit. Ein weiterer Irrtum beruht auf der Annahme, daß jeder, der Suicidneigungen hat, geistig-seelisch krank sei. Viele Menschen, die versuchen, sich das Leben zu nehmen, sind weit mehr unglücklich als krank. Seelische Not ist nicht gleichbedeutend mit psychischen Störungen, selbst dann nicht, wenn sie den Menschen geradezu überwältigt. Hat er in solchen Situationen die Möglichkeit, Schluß mit dem Leben zu machen, ist er durchaus imstande, das ohne weitere Überlegungen auch zu tun, um sich durch solchen Verzweiflungsschritt von unerträglichen inneren Belastungen zu befreien.

Schneidmann und Farberow können als hervorragende Autoritäten auf diesem Gebiet betrachtet werden. Sie sehen vier Hauptarten von suicidalen Krisenzeiten:

1. Impulsives suicidales Verhalten aus Wut, Enttäuschung oder Frustration, das zwar meist vorübergehender Art ist, aber das doch wegen der Möglichkeit eines tragischen Ausgangs als gefährlich bewertet werden sollte.
2. Zu dem Gefühl, das Leben sei nicht mehr lebenswert, kann es bei einem Menschen kommen, der schon seit langem findet, daß das Leben keinen Sinn hat, oder daß er nicht mehr geliebt und gebraucht wird. Er empfindet seine Nöte als schier unüberwindbar und glaubt, es sei zwecklos, das Leben fortzusetzen.
3. Schwere Krankheit. Ein Mensch, der ständig Schmerzen hat, und von der Unheilbarkeit seiner Krankheit überzeugt ist, sieht im Tod die Befreiung von seinen Leiden.
4. Suicidversuche mit „Mitteilungscharakter". Das hintergründige Motiv besteht eher in dem Wunsch oder dem Versuch, bestimmte Menschen zu einer Veränderung ihres Verhaltens zu bewegen, als im Sterbenwollen. Diesem Verhalten liegt eine Art Spiel mit dem Leben zu Grunde; wird nicht in richtiger Weise mit der Hilfe angesetzt, kann es zu einem „Unfall-Suicid" kommen.

Wie kann man nun rechtzeitig erkennen, wenn ein Mensch suicidgefährdet ist? Es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß er von seiner Absicht, sich das Leben zu nehmen, entweder direkt zu einem anderen Menschen spricht, oder aber daß er sie indirekt durch irgendein auffälliges Verhalten, z. B. dem Ordnen seiner persönlichen Angelegenheiten auf eine etwas geheimnisvolle Weise zum Ausdruck bringt. Auch eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber der Frage nach Leben und Tod, wie auch deutlich zum Ausdruck gebrachte Gefühle von Hoff-

nungslosigkeit können bedeutsam sein. Viele dieser wertvollen Fingerzeige stehen in Zusammenhang mit Krankheiten, bei denen eine erhöhte Suicidgefahr besteht. So sollten z. B. alle Symptome einer depressiven Erkrankung, wie Mutlosigkeit, Schuldgefühle, körperliche und seelische Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Mangel an Interesse für die berufliche Arbeit, für Hobbies, für sexuelle Erlebnisse usw. genaue Beachtung finden. Tritt eine Depression in Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen, Psychopathie oder in einer Kombination dieser Zustandsbilder auf, so ist ernsthafte Gefahr für einen Suicid gegeben.

Bei einer Suicidkrise ist es erforderlich, sich schnell ein Urteil darüber zu bilden, wie groß die Gefahr ist, daß die betreffende Person zur Tat schreitet. Im Hinblick auf diese Notwendigkeit wollen wir mit aller gebotenen Vorsicht noch einige weitere Kriterien aufzeigen, die sich eventuell bem Erkennen einer potentiellen Suicidgefahr als hilfreich erweisen könnten. Früher behauptete man, daß ältere Männer am gefährdetsten seien, doch haben neuere Forschungen ergeben, daß — abgesehen von kulturellen Varianten — bei beiden Geschlechtern ungefähr das gleiche Risiko besteht. Allerdings kann man den Statistiken entnehmen, daß es zwei Hauptgruppen von Gefährdeten gibt. Die erste Gruppe setzt sich aus Menschen zusammen, die schmerzliche Verluste von nahestehenden Angehörigen erlitten haben oder die sich einsam fühlen und allein leben, die schwere Zeiten durchmachen mußten und keine oder nur spärliche soziale Kontakte haben. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um jüngere Individuen mit Persönlichkeitsstörungen, verbunden mit Alkohol- und Drogensüchtigkeit; sie wurden bereits erwähnt. Beide Gruppen geben deutliche Hinweise auf unmittelbare Gefahr. Je genauer geplant ein Suicid wurde, desto größer die Gefahr. Bereits früher einmal aufgetretenes suicidales Verhalten scheint die akute Gefahr noch zu erhöhen, aber es bleibt doch zweifelhaft, ob die Ernsthaftigkeit vorangegangener Versuche uns bei unserem Verstehen weiterhilft, z. T. deshalb, weil es schwer ist, den Grad der Ernsthaftigkeit richtig einzuschätzen, z. T. weil die betreffenden Personen pharmakologisch zu wenig darüber orientiert sind, was als Überdosis gelten kann und z. T. (wie bereits erwähnt) aus einem Mangel an Antriebswillen als Folge einer Erkrankung. Sind körperliche Beschwerden vorhanden, verdecken diese zuweilen eine latent bestehende Depression. Kürzlich erlebte Todesfälle oder Verluste von Menschen durch Trennung oder Scheidung oder auch der Geburtstag von jemandem, den man verloren hat, verstärken häufig die Depression und den Wunsch, sich mit dem Betreffenden wieder zu vereinen. Lebt der Suicidgefährdete umgeben von verständnisvollen und einfühlsamen Menschen, so verringert sich die Gefahr; sie wächst erheblich, wenn er von seiner Umgebung abgelehnt wird. Der Patient kann also großen Gewinn vom Kontakt mit einem Sozialarbeiter haben, der bereit ist, ihn anzuhören und teilzunehmen an seinem Kummer, und der außerdem weiß, wann er einen Psychiater oder anderen Arzt zuziehen muß. Die Möglichkeit, sich seine Verzweiflung vom Herzen zu reden, vermag zwar u. U. schon eine Krise abzuwenden, aber es gehört trotzdem ein warnendes Wort hierher. Es gibt Suicidgefährdete, die es verstehen, ihre Absichten gut zu verbergen, was manchmal zu einem Krankheitsbild gehört, dem Todeswünsche zu Grunde liegen. Fürsorger, die gewissenhaft bei ihrer Arbeit vorgegangen sind und ggf. sogar einen Psychiater zugezogen haben, brauchen sich keine Vorwürfe zu machen, wenn es — was manchmal unvermeidbar ist — gelegentlich trotz aller Bemühungen zu einem Suicid kommt.

Diese Überlegungen können sowohl soziologischer wie auch psychologischer Art sein; Unterschiede im Sprachgebrauch in beiden Bereichen haben schon zu vielen unfruchtbaren Diskussionen geführt. Der heute noch häufig zitierte Emile Durkheim (1897) neigte mehr zu einer soziologischen Betrachtungsweise, weil er die Ansicht vertrat, ein Suicid sei weitgehend von gewissen durch soziale Kräfte

ausgelösten Spannungen abhängig; er meinte, je enger die sozialen Bindungen, desto geringer die Suicidgefahr. Seine Erfahrungen finden durch neuere Untersuchungen eine Bestätigung. Diese zeigen, daß dort, wo Schwierigkeiten als Folge eines Zusammenbruches enger mitmenschlicher Beziehungen bestehen, wie z. B. ein zerrüttetes Heim, Spannungen in der Ehe oder Liebesprobleme, die Gefahr von suicidalem Verhalten groß ist. Es gibt auch andere allgemeine soziale Probleme, die in Verbindung mit einer Suicidgefahr gesehen werden können; auch sie weisen auf die Bedeutung eines zu geringen sozialen Zusammenhaltes hin. Zu ihnen gehören u. a. finanzielle Sorgen, die zu einem sehr wesentlichen Faktor werden können; hinter ihnen steht manchmal ein chronischer Zustand von Armut, mit dem moralischer Zerfall Hand in Hand gehen kann; Arbeitsplatzprobleme, mit der Angst, überflüssig und entlassen zu werden; Kriminalität und Angst vor Verfolgung und Anklage. Derartige soziale Schwierigkeiten können natürlich auf Abweichungen der Persönlichkeitsstruktur vom geistig-seelisch Normalen zurückzuführen sein und müssen an sich noch nicht im Zusammenhang mit einer Suicidgefahr gesehen werden. Ohne die Bedeutung von langanhaltenden sozialen Belastungen im Hinblick auf ihre Suicidverhalten fördernden Auswirkungen gering zu bewerten, muß aber doch darauf hingewiesen werden, daß sie im allgemeinen nicht ausreichen- um so folgenschwere Reaktionen wie einen Suicid in vollem Umfange zu erklären.

Die Tatsache des Vorhandenseins widriger sozialer Faktoren sagt oft genau so viel über die Persönlichkeit eines suicidgefährdeten Menschen aus wie über die Motivation der Tat selbst. Wie immer die sozialen Lebensumstände eines Individuums sein mögen — immer bleibt ein Suicid die Tat eines einmaligen menschlichen Wesens. Um sie in vollem Umfange zu verstehen, müssen psychologische Aspekte in unsere Überlegungen einbezogen werden. Sie ergeben sich — verallgemeinernd ausgedrückt — entweder aus psychoanalytischen oder aus nichtpsychoanalytischen Theorien. Die psychoanalytischen Gesichtspunkte beruhen hauptsächlich auf der Freudschen Konzeption von den psycho-dynamischen Vorgängen bei der Depression und auf Freuds Behauptung vom Vorhandensein eines Todestriebes. Suicidales Verhalten wird auf diese Weise gleichgesetzt mit geistig-seelischen Erkrankungen. Nicht theorie-gebundene Forschungsergebnisse aus der letzten Zeit beweisen, daß dies keineswegs immer zutrifft, und daß man es sich zu leicht macht, wenn man davon ausgeht, daß jedem Suicidversuch eine Depression zu Grunde liege. Wer zutiefst von der überwältigenden Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen überzeugt ist, kann die Ansicht vertreten, daß ein Suicidversuch eine Katharsis im Gefühlsleben bewirkt, daß also die Symptome, die z. Z. der akuten Tat vorhanden waren, bereits im Schwinden begriffen sind, bevor noch der Arzt mit dem Patienten spricht. Es ist aber so, daß sorgfältige psychische und soziale Anamnesen, die kurz nach einem Suicidversuch erhoben wurden, häufig keinerlei Beweise für das Vorhandensein psychischer Anomalien ergeben. Esi st deshalb nicht zulässig, einfach davon auszugehen, daß tatsächlich eine Krankheit bestand, die dann durch den Suicidversuch behoben wurde.

Es gibt keine Theorie, mit der man der ganzen Komplexität eines suicidalen Verhaltens gerecht werden kann. Auf jeden Fall steht fest, daß viel zu viel theoretisiert und nicht genügend wissenschaftliche Arbeit im Hinblick auf die ganze Thematik geleistet worden ist. Glücklicherweise macht sich in dieser Beziehung eine Wandlung zum besseren bemerkbar.

Die soziale Anamnese bei Suicidversuchen

Hat ein Patient einen Suicidversuch überlebt, so findet die erste ärztliche Versorgung meist im Krankenhaus statt. Ist die unmittelbare Lebensgefahr für den Patienten vorüber, muß die weitere therapeutische Behandlung geplant werden.

Eine gute Sozialanamnese ist äußerst hilfreich für die Diagnose, die Prognose und die Ausarbeitung eines Behandlungsplanes. Im 4. Kapitel wurde ein Schema für eine Sozialanamnese gegeben, aber in Fällen von Suicidversuchen werden eine ganze Reihe zusätzlicher Informationen benötigt; sie sind notwendig, um die Bedeutung der Tat richtig einschätzen zu können. Bei Einnahme einer Überdosis von Tabletten muß z. B. festgestellt werden, um welche Tabletten es sich gehandelt hat, wie der Patient in ihren Besitz gelangte, wieviele er davon geschluckt und wieviele er übriggelassen hat.

Bei Suicidversuchen sollten im allgemeinen die folgenden Punkte Beachtung finden:

1. War der Patient zu irgendeinem nach dem Versuch liegenden Zeitpunkt bewußtlos?
2. Hatte der Patient irgendwelche Andeutungen in Bezug auf seine Absichten gemacht und, wenn ja: Wurden diese Andeutungen von anderen Menschen zur Kenntnis genommen und geschah etwas mit ihnen?
3. Wurde die Tat mit Vorbedacht ausgeführt?
4. Wird ein Motiv oder ein die Tat förderndes Ereignis erkennbar?
5. Liegen bereits frühere Suicidversuche vor?
6. In welchem Zustand wurde der Patient gefunden und wer fand ihn?
7. Wie sahen die näheren Umstände aus, unter denen der Versuch unternommen wurde, und was tat der Patient, um die Entdeckung seiner Tat sicherzustellen bzw. zu vermeiden?
8. Hatte der Patient vor dem Versuch Alkohol zu sich genommen?
9. Wie reagierten die nächsten Beziehungspersonen auf den Vorfall?
10. Weitere wichtige Informationen.

Die Art der Behandlung bei Suicidversuchen

Es ist ratsam, die Anamnese so schnell wie möglich nach dem Suicidversuch aufzunehmen, weil der Patient sich dann noch besser an das Geschehene erinnern und die Behandlung schneller beginnen kann. Suicidversuche stellen häufig eine Art Mitteilung dar, die sich an bestimmte Beziehungspersonen des Patienten richten. Die Schlüsselperson, die am besten Auskunft geben kann, ist meist selbst stark in die Situation verwickelt und pflegt in einer besonderen Beziehung zum Patienten zu stehen. Das therapeutische Team muß so schnell wie möglich die Bedürfnisse beider Partner erfahren, damit die Situation zum Vorteil von allen beiden genutzt werden kann und zwar zu einem Zeitpunkt, zu dem vermutlich beide bereit sind, Ratschläge anzunehmen. Am besten wird die Persönlichkeitsdiagnose und die Einleitung einer Behandlung vorgenommen und mit praktischer Hilfe begonnen, so lange der Patient noch im Krankenhaus ist; es kann nämlich leicht geschehen, daß der Patient sich nach seiner Entlassung den gleichen Belastungen gegenübersieht, ohne sich imstande zu fühlen, sie konstruktiv zu bewältigen. Mit einem Suicidversuch ist meist eine Störung der Beziehung zwischem dem Patienten und der betreffenden Schlüsselperson verbunden; beide pflegen nach der Tat Gefühle von Schuld, Angst und Reue zu haben. Hieraus ergibt sich eine einmalige Gelegenheit für den Beginn der Behandlung, ehe nämlich die alte emotionelle Situation sich wieder verfestigt. Dieser Moment ist ebenso günstig, um belastende materielle Gegebenheiten zu verändern. Es hat meist keinen Sinn, wenn die Behandlung auf den Patienten beschränkt bleibt; um ihm die bestmögliche Hilfe zuteil werden zu lassen, muß die nächste Beziehungsperson in den Behandlungsplan einbezogen werden. Daß ein solches Vorgehen von größtem Wert ist, wurde kürzlich durch Forschungsergebnisse bestätigt, die zeigen, daß die soziale Situation sich nach einem Suicidversuch häufig

in positivem Sinne verändert, wenn sich bestimmte nahe mitmenschliche Beziehungen besserten. Umgekehrt gehören die Patienten, deren soziale Situation sich verschlechterte, meistens zu denen, deren engste Beziehungen entweder schon immer unbefriedigend waren oder sich noch mehr verschlechtert haben.

Wenn auch davon ausgegangen wurde, daß ein Suicidversuch u. U. eine Handlung ist, durch die eine nahe Beziehungsperson zu einem Verhaltenswandel veranlaßt werden soll, so dürfte eine Verbesserung der Beziehung nach der Tat doch auch von einem Verhaltenswandel bei dem, der den Versuch unternommen hat, abhängen. Patienten mit einer schlechten Prognose sind meist diejenigen, die die größten Schwierigkeiten in ihren mitmenschlichen Beziehungen haben; das gilt besonders bei Verheirateten, wenn einer der beiden Ehepartner vor dem Suicidversuch die Absicht äußerte, das eheliche Verhältnis zu beenden.

Ein weiterer Grund, der es wünschenswert macht, so schnell wie möglich mit den Verwandten Kontakt aufzunehmen, ist der, daß die nächste Beziehungsperson oft hilfebedürftiger ist als der Patient. Es wurde schon darauf hingewiesen, daß es u. U. eher zu einem Suicid kommt, weil der betreffende Mensch extrem unglücklich als weil er geistig-seelisch krank ist; es wurde erwähnt, wie heftig das Gefühl von Unglücklichsein oft ist, wenn z. B. der Patient eine liebesunfähige Persönlichkeit zum Partner hat. Es ist für den Behandlungsplan von großer Bedeutung zu wissen, bis zu welchem Grade der Helfer bei der Umwelt des Patienten mit Unterstützung seiner Arbeit rechnen kann. Man sollte sich hierüber möglichst schnell klar werden, um einer Verzögerung der Behandlung vorzubeugen.

Es wurde bereits davon gesprochen, daß suicidales Verhalten Ausdruck einer geistig-seelischen Erkrankung sein kann; ist diese gebessert, bleibt für den Psychiater und Sozialarbeiter nicht mehr viel zu tun übrig. Leidet aber der Patient an einer Charakterstörung, besonders, wenn diese auch noch mit Alkohol- und Drogensüchtigkeit verbunden ist und die Tat durch soziale Umstände gefördert wurde, so wird der Behandlungsplan komplizierter. Es wurde darauf hingewiesen, daß eine Arbeit mit so schwierigen Menschen für den Fürsorger äußerst unbefriedigend sein kann —, und doch repräsentiert dieser Personenkreis eine Gruppe mit hoher Suicidgefährdung. Im 6. Kapitel wurde die Ätiologie der Psychopathie beschrieben und als einer der wichtigsten auslösenden Faktoren Entwicklungsstörungen in den ersten Lebensjahren genannt. Wenn auch eine „Heilung" schwer — vielleicht sogar unmöglich ist, so müßte doch der Entwicklung entsprechender Anomalien bei diesem Personenkreis vorgebeugt werden. Letzte Untersuchungen im Zusammenhang mit Suicid und Suicidversuchen haben gezeigt, daß es durchaus möglich ist, diese Gruppe von Gefährdeten schon sehr früh zu erkennen, zu einer Zeit nämlich, zu der ein Eingreifen noch erfolgversprechend ist. Suicidales Verhalten tritt besonders bei Personen auf, die bereits in ihrer Kindheit außergewöhnlich häufige Kontakte hatten mit Hilfsstellen, die sich mit Kindesmißhandlung befassen, mit Jugendämtern und Schulbehörden im Zusammenhang mit Schulschwänzen. Man darf annehmen, daß eine im Frühstadium der Entwicklung begonnene, fachgerechte, wenn auch vielleicht lang andauernde soziale Unterstützung und ärztliche Behandlung sich auf weite Sicht als erheblich erfolgreicher erweisen würde.

Es muß ausdrücklich betont werden, daß von den Erwachsenen mit Charakterstörungen, die einen Suicidversuch unternehmen, einige die nötigen Kräfte besitzen, um sich zu reifen und verantwortungsbewußten Bürgern zu entwickeln. Obwohl für viele von ihnen die Prognose ungünstig ist, sind wir doch der Überzeugung, — daß selbst wenn nur wenigen geholfen werden kann — es sich lohnt, sich um ihre Rehabilitierung zu bemühen. Solange allerdings Sozialarbeiter wegen ihrer hohen Fallzahl ihre Zeit genauestens einteilen müssen, sollten sie über-

legen, wieviel Kraft sie auf Kosten anderer Klienten in diese Fälle investieren wollen. Es wäre unrealistisch zu glauben, man könne in wenigen Wochen oder Monaten die Probleme lösen, von denen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen geradezu überschwemmt werden. Aber jedem Menschen, der sich absichtlich vergiftet oder verletzt hat und trotzdem am Leben geblieben ist, sollte klar gemacht werden, daß Hilfe für ihn auch dann vorhanden ist, wenn er keine gefährlichen Handlungen begeht. Zu einer solchen Hilfe gehört nach Möglichkeit auch das Verfügbarsein eines Krankenbettes für diejenigen, die eine Zuflucht brauchen, solange eine hohe Suicidgefährdung vorliegt.

In den vorausgehenden Ausführungen wurde über verschiedene prognostische Anzeichen gesprochen. Wir möchten ausdrücklich betonen, daß die Anzeichen im sozialen Bereich mindestens ebenso bedeutsam sind wie die klinischen. Die Tat selbst oder die unmittelbar vor ihr bestehenden auslösenden Faktoren sind gar nicht so wichtig. Die Handlung an sich liefert weniger brauchbare Hinweise für die weitere Behandlung des Falles als die normalen sozialen Lebensbedingungen des Individuums. Der zunächst erkennbar werdende Grad von Ernsthaftigkeit, der hinter der Tat steht, besagt nicht allzu viel; die Erfahrung zeigt vielmehr, daß viele Menschen, die sich bei ihrem ersten Versuch keiner wirklichen Gefahr ausgesetzt haben, sich später doch das Leben nehmen. Umgekehrt verhalten sich viele, die sich bei einem ersten Versuch ernsthaft gefährdeten, später nie wieder suicidal. Suicidversuche sind das Ergebnis eines Prozesses; dieser Prozeß kann auf einer Krankheit beruhen, auf Anomalien in der Persönlichkeitsentwicklung oder in einer Reihe von sozialen Faktoren. Es ist falsch, einen Patienten lediglich nach dem Grad der „Ernsthaftigkeit" seines Suicidversuches zu beurteilen. Über seine Behandlung sollten der klinische Befund und seine gesamten Lebensumstände entscheiden und weniger seine unmittelbare soziale Situation. Für eine befriedigende Veränderung der sozialen und ehelichen Verhältnisse sind die Wandlung der inneren Einstellung und das wechselseitige Verhalten zwischen dem Patienten und der in die Tat mit verwickelten Schlüsselperson von ungleich größerer Bedeutung. Das gilt insbesondere für die Person, die den Suicidversuch gemacht hat, denn wenn ihr Verhalten so bleibt wie es war oder gar noch destruktiver wird, so ist mit einer Verbesserung der allgemeinen Lebensumstände kaum zu rechnen.

Literaturbericht zur Situation der weiblichen Jugendlichen in der Bundesrepublik

Auszug aus einem Forschungsbericht des Deutschen Jugendinstituts München, von Gudrun Bauer

Der Bericht versucht, die Situation der Mädchen in der BRD anhand vorliegender wissenschaftlicher Daten näher zu beleuchten. Nach einer einleitenden Erläuterung der Begriffe Lernen (das heute nicht mehr als Anpassung an und Eingliederung in Bestehendes aufgefaßt werden kann, sondern als Erlernen kritischen Denkens, flexibler Einstellung zu den Dingen und Bereitschaft, an notwendig erscheinenden Veränderungen mitzuwirken), Sozialisation als Lernprozeß, Lernbereiche und Lernziele sowie Lernchancen geht die Verfasserin auf die heutige Sozialisations-Situation weiblicher Jugendlicher ein. Sie stellt fest, daß die Lernchancen entscheidend von den in der Gesellschaft vorherrschenden Vorstellungen und Erwartungen von der Rolle der Frau beeinflußt werden, wodurch der Spielraum für selbständige Lebensgestaltung weitgehend von außen bereits festgelegt und eingeschränkt wird.