

**Zeitschrift:** Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

**Herausgeber:** Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

**Band:** - (1986)

**Artikel:** Seelsorgerliche Aspekte im Umgang mit Suizidgefährdeten

**Autor:** Reiner, Artur

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1051030>

#### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

#### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

#### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 13.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Seelsorgerliche Aspekte im Umgang mit Suizidgefährdeten

Artur Reiner

Dieses Thema möchte ich unter drei Gesichtspunkten behandeln. Einmal die seelsorgerliche Beratung als Suizidprophylaxe – im Sinne einer Sekundärprophylaxe, dann die seelsorgerliche Nachbetreuung von Patienten nach einem Suizidversuch – im Sinne einer Tertiärprophylaxe und schließlich die Mitarbeit des Seelsorgers in einem interdisziplinären therapeutischen Team.

## 1. Seelsorgerliche Beratung als Suizidprophylaxe

Bei vielen persönlichen Belastungen suchen Menschen einen Seelsorger auf, um sich von ihm beraten zu lassen. Da unverarbeitete Konflikte sich so zuspitzen können, daß sie zu einer lebensbedrohlichen Krise werden, hat die seelsorgerliche Beratung eine wichtige Funktion innerhalb der Krisenberatung und insofern auch in der Suizidverhütung im Sinne der Sekundärprophylaxe. Da signifikant gefährdete Gruppen bekannt sind, hat die seelsorgerliche Beratung ihnen gegenüber eine wichtige Funktion. Folgende besonders konfliktbeladene Gruppierungen begegnen häufig dem Seelsorger in seiner Beratung:

### 1.1. Alte Menschen

Das höchste Suizidrisiko haben nach wie vor alte Menschen. Die Altersgruppe zwischen 60 und 70 steht an der Spitze. Häufigste Motive für den Alterssuizid sind: körperliche Beschwerden und Krankheiten; Abnehmen der geistigen Kräfte; Ausscheiden aus dem Beruf; das Schicksal der Arbeitslosigkeit älterer Menschen; Frührentnertum und Vereinsamung.

Die allgemein verbreitete Todesverleugnung wird in einer auf Jugendkult eingestellten Gesellschaft noch verstärkt. Das erschwert es dem alten Menschen noch mehr, sich mit dem Tod positiv auseinanderzusetzen, der sich im Alter immer stärker und unübersehbarer ankündigt. Für Menschen, die bisher der Todesfrage ausgewichen sind, kann die nunmehr unausweichliche Konfrontation mit dem Tod zu einer bedrohlichen Krise mit Suizidgefahr führen.

Das Alter ist heute besonders durch eine funktionslose Rolle gekennzeichnet. Deshalb ist es für die seelsorgliche Beratung alten Menschen gegenüber von besonderer Bedeutung, sie auf Möglichkeiten aufmerksam zu machen, daß sie eine neue Rolle innerhalb der christlichen Gemeinde finden.

### 1.2. Die Kranken

Psychische und körperliche Erkrankungen gehören zu den suizidfördernden Faktoren. Da Krankheiten sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich eine tatsächliche oder befürchtete Einschränkung der Lebensmöglichkeiten mit sich bringen, außerdem mit Verfremdungen mancherlei Art verbunden sind, lösen sie Unsicherheit und Angst aus. Letztlich wird in ihnen die Grenze menschlicher Existenz und der unausweichliche Tod offenbar. Deshalb werden sie als ein so einschneidendes Ereignis erlebt, das leicht in eine bedrohliche Krise führen kann. Gerade lebensstüchtige und dauernd mit Verantwortung belastete Menschen erleben diese Situation vielfach als fundamentale Gebrochenheit ihres Daseins, ja als Krise, die ihr Welt- und nicht selten ihr Gottesverständnis ins Wanken bringt. Wenn es nicht gelingt, diese Krise aufzuarbeiten, darf es nicht wundern, daß eine Suizidhandlung die Reaktion auf eine so erlebte Krise sein kann.

Die Krankenseelsorge, vor allem das Gespräch mit dem Kranken, kann neben der ärztlichen und pflegerischen Betreuung und neben der Tätigkeit des Sozialarbeiters eine wichtige und eigene Funktion in der Aufarbeitung dieses Konfliktes übernehmen.

### 1.3. Junge Menschen

Suizidversuche kommen besonders häufig bei jungen Menschen vor. Die Zeit der Adoleszenz stellt für viele Jugendliche eine schwer zu bewältigende Krise dar. Nach *Stork* (1969) ist für diesen Lebensabschnitt die »Sympathie und Faszination für den Tod«, so wie »Todesängste in allen ihren Gestalten und Gegensätzlichkeiten« besonders typisch, außerdem die Beschäftigung mit dem Sinn des menschlichen Daseins. Hinzu kommt, daß junge Menschen noch wenig Erfahrung haben in der Bewältigung von Krisen, so daß oft für Außenstehende scheinbar unbedeutende Konflikte in eine schwere Krise mit Suizidgefahr führen können. Jugendliche, die zu einer Kirchengemeinde Kontakt haben, suchen in solchen Schwierigkeiten häufig den Seelsorger zur Beratung auf.

#### 1.4. Partnerschaftskonflikte

Ein immer wiederkehrendes Thema beim seelsorgerlichen Gespräch sind Partnerschaftskonflikte, die sich häufig so zuspitzen, daß es zu suizidalen Krisen kommen kann. In vielen Fällen besteht das Ziel der seelsorgerlichen Beratung bei Partnerschaftskonflikten darin, die Betroffenen zu motivieren, sich einen Therapeuten für eine Paar- bzw. Familientherapie zu suchen.

#### 1.5. Trauernde

Ein sogenannter Trauerfall ist fast immer Anlaß, einen Seelsorger aufzusuchen. Häufig wenden sich jedoch auch Trauernde nicht nur nach einem Todesfall an einen Seelsorger, sondern auch nach Verlust eines geliebten Menschen. Da unverarbeitete Trauer zu schweren Krisen führen kann, kommt dem seelsorgerlichen Gespräch mit Trauernden eine besondere Bedeutung zu. Da der Betroffene bei der Verarbeitung der Trauer bestimmte Phasen durchmacht (*Spiegel* 1973) braucht er einen Begleiter, der um die einzelnen Phasen weiß, und den Trauernden führen kann.

Für jedes seelsorgerliche Gespräch ist zu beachten, herauszufinden, inwieweit die bestehende Krise durch ein beratendes Gespräch zu verarbeiten ist bzw. inwieweit sie nur therapeutisch aufgearbeitet werden kann. Im letzteren Fall besteht das Ziel des seelsorgerlichen Gespräches darin, den Ratsuchenden zu einer Therapie zu motivieren.

(Eine ausführlichere Beschreibung der Risikogruppen und der möglichen seelsorgerlichen Intervention in: *Reiner/Kulessa, Ich sehe keinen Ausweg mehr, 134–247*).

## 2. Seelsorgerliche Nachbetreuung nach einem Suizidversuch

In einer interdisziplinären Arbeitsgruppe kann der Seelsorger ebenfalls die Nachsorge für Suizidpatienten übernehmen. Voraussetzung dafür ist, daß er eine entsprechende Ausbildung bzw. Erfahrung in Krisenintervention hat (z.B. bei der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie). Im Aufbaustadium einer Arbeitsgruppe wird er in der Regel therapeutische Aufgaben übernehmen müssen, weil die Anzahl der therapeutischen Mitarbeiter meistens noch zu klein ist.

Bei einem gut eingespielten Team mit einer ausreichenden Anzahl von Therapeuten (Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pflegende) kann sich der Seelsorger bei der Nachsorge wieder auf seinen speziell seelsorgerlichen Dienst begrenzen. War er im Anfangsstadium bei einzelnen Patienten eigenständig für die Nachsorge verantwortlich (ausgenommen Patien-

ten mit Psychosen), kann er bei einem gut funktionierenden Team die Psychotherapie (im Sinne einer Krisenintervention bzw. Fokaltherapie) den anderen Teammitgliedern überlassen und sich für speziell seelsorgerliche Gespräche zur Verfügung stellen. Bei diesen seelsorgerlichen Gesprächen geht es inhaltlich vor allem darum, mit dem Patienten zu erarbeiten, ob und inwieweit Religion und Glauben für ihn zur Bewältigung seiner Krise eine Rolle spielen. Wenn dieses Gespräch von Seiten des Seelsorgers »unideologisch« geführt wird, d.h. wenn der Seelsorger von den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten und nicht von seinen eigenen ausgeht, kann ein solches Gespräch eine wichtige zusätzliche Stabilisierung für den Patienten bedeuten.

Wichtige Themen beim Seelsorgegespräch sind: Sinnfrage, die Frage nach Sterben und Tod und die Schuldproblematik.

## 2.1. Die Sinnfrage

Patienten nach einem Suizidversuch stellen oft die Frage nach dem Sinn des Lebens, meistens in der negativen Formulierung, daß sie selbst keinen Sinn mehr in ihrem Leben sehen. Für den Seelsorger ist es wichtig herauszuhören, was der Patient mit dieser Frage meint. Denn den meisten geht es nicht um eine theoretisch-philosophische oder theologische Problematik. Vielmehr ist die Sinnfrage auf der Beziehungsebene zu verstehen. Wenn die Suizidhandlung als Abbruch der Beziehungen verstanden werden kann, dann ist die Sinnfrage konsequenterweise eine Anfrage auf der Beziehungsebene, zunächst gerichtet auf die Beziehung zum Berater. Hier gilt das Wort von Kierkegaard »Der Helfer ist die Hilfe«. Insofern ist die Sinnfrage des Patienten ein Appell nach Zuwendung. Dieser Appell hat aber auch seine eigene Problematik. Wer durch mangelnde Liebe und Zuwendung in der frühen Kindheit geschädigt ist, wird auch im späteren Leben schwerlich fähig sein, angebotene Zuwendung und Liebe unvergessen anzunehmen. Eine solchermaßen zu kurzgekommene Persönlichkeit kann in ihrer Erwartung so maßlos sein, daß ihr Liebeshunger nicht zu stillen ist bzw. sie Beziehungen nur symbiotisch eingehen kann. Hier genügt das seelsorgliche Gespräch allein sicher nicht, nur eine langfristige Therapie kann Versäumtes aufarbeiten. Deshalb muß sich trotz angebotener Zuwendung der Seelsorger auch abgrenzen, damit er sich nicht in die Rolle von Substituten, also zu einem Ersatz für fehlenden Vater, Mutter, Partner oder Freund drängen läßt. Sonst kann der Konflikt nicht verarbeitet, sondern nur wiederholt werden, da der Berater die Rolle des fehlenden Vaters, der Mutter, des Partners oder Freundes irgendwann nicht mehr weiter übernehmen will oder kann. Es ist ein schmaler Grat

zwischen Nähe und Distanz, auf dem sich jeder bewegt, der einerseits Zuwendung und Liebe vermitteln will, andererseits sich abgrenzen muß, um den Patienten zur Realität hinzuführen.

Die Frage nach dem Sinn des Lebens in ihrem ganzen Umfang, also auch die Frage nach der Transzendenz, ist damit noch nicht beantwortet. Aber Theologie beginnt nicht erst dort, wo ein Wort aus der Bibel ausgesprochen, ein theologischer Begriff verwendet oder ein Sakrament gespendet wird.

Vielmehr öffnet sich eine theologische Dimension schon dort, wo sich z.B. das ereignet, was Jesus in der vorurteilsfreien Zuwendung zum Menschen gelebt und verkündet hat. Wer Hunger hat, braucht zuerst Brot und dann erst ein Wort der Bibel oder ein Sakrament. Wenn die Suizidhandlung vieler Menschen als Hilferuf nach Kommunikation und Angenommensein verstanden wird, können die Botschaft von einem liebenden Gott und die Sakramente als Zeichen der Nähe Gottes erst verstanden werden, wenn der Hilfesuchende Liebe und Zuwendung von denen erfährt, die ihm nach einem Suizidversuch begegnen. Ob und wann der Zeitpunkt für ein weiterführendes deutendes Wort aus dem Glauben gekommen ist, ergibt sich im Einzelfall.

## 2.2. Einstellung zum Tod

Die meisten Patienten haben sich – entgegen »landläufiger Meinung« – vor ihrem Suizidversuch mit Sterben und Tod nicht auseinandergesetzt, da in der Mehrzahl der Fälle der Suizidversuch als parasuizidale Handlung ohne Sterbewille zu verstehen ist (Feuerlein 1971). Deshalb ist vonseiten der Patienten beim seelsorglichen Gespräch nach einem Suizidversuch Sterben und Tod meistens kein Thema. Die Suizidhandlung ist bei den meisten Patienten als letzte Möglichkeit zu verstehen, einem ausweglos erscheinenden Konflikt dadurch zu entrinnen, daß der Betroffene mit der Suizidhandlung die Verantwortung für sein Leben abzugeben versucht und Hilfe für die Lösung des Konfliktes von außen erwartet (Appellfunktion). Zwar unternimmt er eine Handlung, die den Charakter einer Selbstvernichtung trägt, trotzdem möchte er nicht sterben, sondern *so* nicht mehr weiterleben. Von daher wird verständlich, daß er sich nicht mit Sterben und Tod auseinandersetzt, sondern häufig als einziges Thema im seelsorglichen Gespräch immer wieder seinen unbewältigten Konflikt anbietet.

Trotzdem kann es therapeutisch wichtig sein, daß der Seelsorger im Gespräch mit dem Suizidpatienten Sterben und Tod thematisiert, um ihn darauf aufmerksam zu machen, daß ein Suizidversuch ein gefährliches und letztlich untaugliches Mittel zur erhofften Lösung scheinbar unlösbarer Konflikte ist.

Anders ist es bei Menschen zu sehen, bei deren Suizidhandlung Sterbewille vorhanden war, obwohl sie gerettet wurden. Hier haben wir es mit Suizidversuchen im strengen Sinn des Wortes zu tun (*Feuerlein 1971*). Diese Patienten sprechen meistens von sich aus das Thema Sterben und Tod an.

Ähnliches läßt sich auch aus dem Nachlaß von Suizidtoten feststellen. In Tagebuchnotizen und Abschiedsbriefen wird das Thema Sterben und Tod meistens ausführlich behandelt.

### 2.3. Suizidhandlung und Schulderleben

Nach dem eben Gesagten ist es eigentlich nur konsequent, daß für die meisten Patienten nach einem Suizidversuch beim seelsorglichen Gespräch Verantwortung oder Schuld Menschen oder Gott gegenüber kein Thema ist. Selbst religiös erzogene und religiös lebende Menschen bringen von sich aus dieses Thema meistens nicht ein. Wenn sie nicht sterben, sondern *so* nicht mehr weiterleben wollten, war das Motiv der Suizidhandlung nicht Sterbewille, sondern Appell an die anderen. Insofern ist es auch verständlich, daß Schulderleben vordergründig kein Thema für sie ist. Es ist nicht Aufgabe des Seelsorgers, diesen Menschen Schuldgefühle zu machen. Aber vielleicht könnte ein Gespräch über die Auswirkung des Suizidversuches auf den Partner bzw. das soziale Umfeld, dem der Appell gegolten hat, für die Verarbeitung der Krise und für die Zukunft wichtig sein. Denn in vielen Fällen wird der Appell vom Gegenüber nicht verstanden und so die mit dem Suizidversuch gewünschte Kommunikation erst recht erschwert.

Wenn in Einzelfällen Patienten sich wegen ihres Suizidversuches schuldig fühlen – oder Schuldgefühle Mitursache des Suizidversuches waren –, ist es wichtig, daß der Seelsorger das Thema Schuld aufgreift, um mit dem Patienten daran zu arbeiten. Häufig leitet der Patient das Gespräch damit ein, daß er sich selber anklagt, sich für seinen Suizidversuch entschuldigt und beteuert, so etwas nie mehr tun zu wollen. Eine Verharmlosung vonseiten des Seelsorgers wäre für den Patienten lediglich eine kurzfristige Entlastung, jedoch keine tragfähige Hilfe auf Dauer. Nur wenn ihn der Seelsorger in seinem Schulderleben ernst nimmt, kann er Zugang zu ihm finden und mit ihm an seiner möglichen Schuld arbeiten. Deshalb empfiehlt sich als erster Schritt die Bestätigung, daß mit dem Suizidversuch etwas Belastendes geschehen ist. In einem zweiten Schritt kann mit ihm daran gearbeitet werden, den Suizidversuch jetzt als zu seinem Leben gehörend zu akzeptieren; es ist wichtig, daß er dazu steht, damit er aus dem, was geschehen ist, für die Zukunft lernt. Für religiös offene Menschen kann in diesem Prozeß befreiend erlebt werden, was Vergebung heißt: nicht Auslöschen der Vergangenheit oder Rückgängig-machen-wol-

len des Geschehenen, sondern Angenommensein im Hier und Jetzt (Zulehner 1979). Diese Erfahrung kann den, der sich schuldig weiß und fühlt, ermutigen, sich selbst mit seiner konkreten Lebensgeschichte und Schuld anzunehmen und so neue Möglichkeiten für die Zukunft zu eröffnen.

Eine Sonderstellung nehmen die Patienten ein, die unter starken Depressionen leiden. Bei dieser Gruppe spielen krankhafte Schuldgefühle eine große Rolle, die bekanntermaßen als Teil-Symptom der erlebten Depression gelten. Unsere Erfahrungen legen sogar den Verdacht nahe, daß eine Depression vorliegt, wenn ein Suizidpatient den Seelsorger *als erstes* um die Beichte bittet. (Vgl. zu diesem Themenkreis Hole, G., Der Glaube der Depressiven, Stuttgart 1977).

### 3. Die Mitarbeit des Seelsorgers im therapeutischen Team

3.1. Das zusätzlich seelsorgliche Gespräch kann letztlich therapeutisch nur dann fruchtbar werden, wenn eine ständige Zusammenarbeit zwischen dem Seelsorger und den übrigen Therapeuten garantiert ist. Sonst laufen Seelsorger und Therapeuten Gefahr, dem Patienten ein Feld zum Agieren zu eröffnen.

Meistens wird der Seelsorger nicht alle Suizidpatienten sehen können, da er in der Regel nicht nur eine, sondern mehrere Stationen zu betreuen hat. Durch die regelmäßige Kooperation mit den anderen therapeutischen Diensten kann er z.B. bei der wöchentlichen Besprechung und der wöchentlichen Supervision seine Eindrücke aus den Gesprächen mit einzelnen Patienten in die Teambesprechung einbringen. In Einzelfällen kann er von den Therapeuten in die Krisenintervention miteinbezogen werden und darauf achten, daß der seelsorgliche Aspekt nicht vergessen wird.

Für eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe kann der Seelsorger eine weitere Bereicherung sein. Denn wie jedes andere Teammitglied vertritt er in seiner Funktion seine Berufsgruppe. Außerdem spielt sein Alter, sein Geschlecht und seine Art, auf Menschen zuzugehen, eine Rolle. Das kann bei suizidalen Patienten von großer Bedeutung sein. Denn Suizidpatienten haben sich nicht von sich aus an einen bestimmten Therapeuten gewandt und um Hilfe gebeten. Sie sind bisweilen dem Therapeuten gegenüber ablehnend, haben manchmal aufgrund einer Traumatisierung Vorurteile bestimmten Berufsgruppen gegenüber, gegen eine bestimmte Altersgruppe oder Geschlecht. Bei der nur kurz bemessenen Zeit des stationären Aufenthaltes scheint es oft sinnvoller, nicht das Vorurteil bzw. die Projektion zu bearbeiten, sondern ein anderes weniger durch Vorurteil belastetes Team-Mitglied für die Krisenintervention auszuwählen, dem sich

der Patient vielleicht leichter öffnen kann. Bei einem gut eingespielten Team wird dieser mögliche Wechsel keine Kränkung, sondern eine Erleichterung für den einzelnen Therapeuten bedeuten.

Da außerdem die Mitarbeit in einem therapeutischen Team zumindest für die in Ausbildung befindlichen Mitglieder (z.B. Psychiater) zeitlich begrenzt ist, kann der Seelsorger, der keinen Zeitvertrag hat und nicht nur Krisenintervention macht (eine sehr kraftaufbende und verschleißende Tätigkeit), am ehesten Kontinuität wahren. Für eine Arbeitsgruppe ist das von großer Bedeutung, wenn wenigstens einer im Team da ist, der über Jahre hindurch die Erfahrung weitergeben kann und dadurch die Arbeitsgruppe stabilisiert.

### 3.2. Der Seelsorger als möglicher Initiator der Krisenintervention

Für Kliniken und Krankenhäuser, in denen es noch keine Arbeitsgruppe für die Nachsorge für Suizidpatienten gibt, kann der Seelsorger möglicherweise Initiator für eine solche Arbeitsgruppe werden. Es ist bekannt, daß der Aufbau einer derartigen Arbeitsgruppe äußerst schwierig ist. Einmal sind es Zeitprobleme, die zumeist eine gezielte Nachsorge verhindern, wenn nicht eigene Stellen dafür geschaffen werden. Hinzu kommen häufig Kompetenzschwierigkeiten zwischen den einzelnen medizinischen Disziplinen. Wer ist verantwortlich für die Neuschaffung zusätzlicher Stellen, Internisten – Psychiater? Zuviel Initiative und Engagement einzelner (Assistenz)Ärzte zur Schaffung einer eigenen Arbeitsgruppe kann diese leicht in Loyalitätskonflikte der Klinikleitung oder Verwaltung gegenüber bringen.

Bei der derzeitigen Stellenknappheit ist dies ein sehr brisantes Thema. Das ist mit ein Grund, warum trotz Unzufriedenheit über die mangelnde Nachsorge von den Kliniken aus konkret wenig getan wird, um diesen Zustand zu ändern. In diesem Punkt hat der Klinikseelsorger mehr Freiheit. Er kommt von »außen«, hat keinen befristeten Vertrag, ist in vielen Bundesländern von der Kirche und nicht vom Staat angestellt. Bei ihm besteht in der Regel auch kein Karriere-Verdacht. Damit ist er offener für die Interessen der Patienten. Er kann auch eher auf Mißstände in der Institution hinweisen und kann leichter Vermittler zwischen rivalisierenden Gruppen sein, weil er keiner direkt angehört und somit weniger unkritisch werdender Loyalität verpflichtet ist. Außerdem ist er kontinuierlicher mit Mißständen konfrontiert. Gerade auf Intensivstationen wechseln aus Ausbildungsgründen häufig Ärzte und Pflegende. Deshalb gerät er bei beobachteten Mißständen unter größeren Leidensdruck als Ärzte und Pflegende, die sich eher damit abfinden können, da ihre Zeit bemessen ist, die sie unter dem Druck der ungenügenden Versorgung der Suizidpatienten auszuhalten haben.

Der Klinikseelsorger kann auch unbefangener als Angestellte einer bestimmten Klinik mit anderen Institutionen außerhalb der Klinik diesbezüglich Kontakt aufnehmen. Er ist unabhängig von Klinik – politischen Erwägungen und muß nicht die Interessen einer bestimmten Klinik vertreten. Deshalb kann er unbefangen mit den unterschiedlichsten Beratungsstellen, Laienhelferkreisen und Gemeindediensten kooperieren.

## Literatur

- Feuerlein, W.*: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung, in: *Der Nervenarzt* 42 (1971), 127–130
- Hagenbuchner, K.*: Der Selbstmord des alten Menschen, in: *Wissenschaftliches Bei-blatt zur Materia Medica Nordmark*, Nr. 58 (1967), 1–52
- Hole, G.*: Der Glaube der Depressiven, Stuttgart 1977
- Jörns, K.*: Nicht leben und nicht sterben können. Suizidgefährdung – Suche nach dem Leben, Wien–Freiburg–Basel–Göttingen 1979
- Reiner, A., Kulessa Chr.*: Ich sehe keinen Ausweg mehr. Mainz–München 1981<sup>3</sup>
- Spiegel, Y.*: Der Prozeß des Trauerns, Mainz–München 1973
- Stork, J.*: Vorläufige Ergebnisse eines Fragebogens über das Suizidverhalten von Adoleszenten, in: *Materia Medica Nordmark XXI/9* (1969), 523–528
- Zulehner, P.*: Umkehr: Prinzip und Verwirklichung. Am Beispiel Beichte, Frankfurt 1979.

Artur Reiner  
Dr. theol.  
Albert-Mays-Str. 11 a  
D–6900 Heidelberg

## Résumé

1. Pour des hommes dans une situation de crise le dialogue avec un pasteur/prêtre dans le sens d'une prévention suicidaire secondaire peut devenir très important. Ça se montre spécialement chez des gens âgés, chez des malades, dans des conflits des jeunes, dans des conflits matrimoniales, et chez des gens en deuil. Toujours, il est très important pour le pasteur/prêtre de voir si ce dialogue de consultation est suffisant ou il devrait motiver les gens qui cherchent une consultation à une thérapie.

2. Les soins après un acte suicidaire par un pasteur/prêtre est part d'une intervention de crise. Dans cette intervention il est important de voir combien la religion et la foi jouent un rôle pour pouvoir surmonter cette crise.

Des sujets importants dans le dialogue du pasteur/prêtre sont:

a. La question d'après le sens, ce qui est à comprendre tout d'abord sur le plan du rapport. Si la suicidalité est à comprendre comme une rupture des rapports avec autrui, la question d'après le sens est en conséquence un appel sur le plan du rapport, d'abord adressé au rapport avec le conseiller dans le but d'un appel pour l'aide. Pour le conseiller ça veut dire de trouver la mesure correcte de proximité et de distance pour pouvoir guider l'homme à la réalité.

b. Attitude envers le mourir et la mort. Parce que la plupart des gens qui survivent une action suicidaire, ne voulaient primairement pas mourir, mais ne voulaient seulement plus vivre dans l'avenir comme ils vivaient dans le passé, beaucoup d'entre eux ne se préoccupaient pas avec le mourir et la mort. Si et dans quel cadre cette question mène à un dialogue est à décider dans chaque cas.

c. Action suicidaire et expérience vécue de culpabilité. Similairement comme dans l'adaptation envers le mourir et la mort il s'agit dans cette problématique. La plupart des patients n'ont pas des sentiments de culpabilité après une tentative de suicide excepté ceux qui souffrent de fortes dépressions. Chez ces patients l'expérience vécue de la culpabilité est une partie de la dépression vécue.

3. Le pasteur/prêtre peut être un enrichissement pour un groupe de travail interdisciplinaire. Comme chaque autre membre du team il représente dans sa fonction son groupe professionnel. En plus, son âge, son sexe et sa manière de pouvoir entrer en contact avec autrui jouent un rôle. Parce que les patients suicidaires ne sont pas venus d'eux même de se faire consulter, il est au groupe de travail de réfléchir dans chaque cas individuel quelle personne ou quel groupe professionnel est apte le mieux de s'occuper du patient.

4. Pour des hôpitaux où il n'y pas encore une organisation de 'postcure' pour des patients suicidaires le pasteur/prêtre pourrait probablement être l'initiateur d'un tel groupe de travail. Il est indépendant envers l'institution et travaille en général plus longtemps dans une station intensive que les autres collaborateurs.

