

**Zeitschrift:** Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie  
**Herausgeber:** Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ;  
Arbeitsgruppe für Kriminologie  
**Band:** - (1986)

**Artikel:** Interventionen und Selbstmordverhütung in geschlossenen Institutionen  
**Autor:** Sluga, Willibald  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1051044>

### **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:** 27.03.2026

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

# Interventionen und Selbstmordverhütung in geschlossenen Institutionen

Willibald Sluga

Die Bezeichnungen »geschlossene Institution« und »totale Institution« sind bei großflächiger Betrachtung praktisch in ihrer Bedeutung deckungsgleich. Jedoch wird man nach wie vor hervorzuheben haben, daß es *E. Goffman*<sup>1</sup> war, der die Auflistung und Aufzählung der Wesensmerkmale totaler Institutionen veröffentlichte. Als totale Institutionen in der Reihenfolge einer gegenwartsbezogenen Betrachtung gelten:

1. Einrichtungen zum Schutz der Gesellschaft gegen Delinquenten, Antisoziale und gegen Personen, die für eine jeweilige Gesellschaft aufgrund unakzeptabler Überzeugungen als untragbar angesehen werden. Hier fällt bedauerlicherweise auch die Ausgrenzung politischer Oppositioneller durch psychiatrische Etikettierung. Im wesentlichen aber sind hier die Strafvollzugsanstalten und Unterbringungsanstalten für den Maßnahmenvollzug zu nennen. Ebenso Kriegsgefangenenlager und Arbeitslager und die inhumanen Konzentrationslager.
2. Einrichtungen für Personen, die nicht in der Lage sind, für sich und ihre Gesundheit zu sorgen und dadurch einerseits selbstgefährlich, andererseits für ihre Umwelt gefährlich sein können. Das sind in erster Linie psychiatrische Krankenhäuser, aber auch Heilanstalten für ansteckende, gefährliche Erkrankungen (Tuberkulose, Lepra).
3. Institutionen zur Fürsorge und Pflege von Behinderten, wie es z.B. Altersheime oder Blindenheime sind.
4. Institutionen, in denen Tätigkeiten erforderlich sind oder Arbeiten ausgeführt werden, die keine Veränderung innerhalb eines Raumes gestatten, z.B. Kasernen, Schiffe, aber auch gegenwärtige Fabriks- bzw. Industriegebäude. Gelegentlich werden auch Ganztagschulen hier erwähnt.
5. Örtlichkeiten, abgeschlossene Gebäude oder Areale, die es Menschen gestatten, sich von der Welt zurückzuziehen, wobei hier weltanschauliche und religiöse Motive im Vordergrund sein werden. Z.B. Klöster, Priesterseminare, Exerzitienstätten.

Im Zusammenhang mit dem abzuhandelnden Thema interessieren besonders die Institutionen der Gefängnisse oder anderer Vollzugseinrich-

tungen. Hervorzuheben ist der strafrechtliche Maßnahmenvollzug, der über Rechtsbrecher Anhaltungen von unbestimmter Dauer verfügt. Dadurch geraten diese sehr leicht in Krisensituationen. Ebenso sind die psychiatrischen Krankenhäuser sowie Heil- und Pflegeanstalten herauszustreichen. Wenn auch in verschiedenem Maße und zum Teil für einzelne Länder nicht vergleichbar, stellen psychiatrische Krankenhäuser ebenso wie Gefängnisse und Vollzugsanstalten einen Angelpunkt der Kritik dar. Diese findet sich quer durch alle Sozial- und Bildungsschichten. Dabei trifft man besonders auf die Forderung nach Lockerung der Abschließung – aber es ist auch ein unüberhörbarer Ruf nach Verschärfung der Überwachung wahrzunehmen. Verschärfungen der Absperrung und die Befürwortung von Gefängnisneubauten für die kriminelle Population entstammen wohl größtenteils der Ratlosigkeit und Ohnmacht, die Gesellschaftskreise angesichts der ungenügenden Effizienz der Vollzugseinrichtungen befällt. Der analytisch Denkende sieht in den traditionellen Hochsicherheitsgefängnissen mit in der Regel überfüllten Zellen eine bedeutende Ursache für die hohen Rückfallsziffern, die bei mehrfach Vorbestraften 80 % betragen können. Es gelangen aus solchen Großanstalten weitgehend lebensunfähige und durch soziale Selbstzerstörung und Selbstbeschädigung gezeichnete Menschen in das Leben der Freiheit. Wer solche Vollzugsanstalten und ihre Insassen im Rahmen von Kriseninterventionen kennt, gelangt bald zur Überzeugung, daß die psychische aber auch psychophysische und psychosomatische Störung allgemein vorkommt. Krisen stellen dann die Dekompensation der vorgenannten Persönlichkeitsveränderungen dar. Daß es sich bei den Haftreaktionen und den früher als »Haftpsychosen« bezeichneten Zuständen um weitgehend spezifische Krisen handelt, die kurzfristig und rezidivierend oder sich langfristig manifestieren, erübrigt gegenüber aufgeschlossener toleranter und – was nicht immer gefordert werden kann – emotionell kontrollierter Menschen einer Begründung. Nicht immer besteht Klarheit und wir stehen vor stark kontroversiellen Stellungnahmen, wenn es um die Kompetenzzuteilung von Kriseninterventionen geht. Auf einem anderen Niveau könnte man hier auch die Frage stellen, in wessen Kompetenz der Suizid fällt. In Österreich sind mehr als 35 Jahre lang alle Selbstmordversuche in eine psychiatrische Krankenanstalt oder Universitätsklinik überstellt worden. Wurden sie in einem sonstigen medizinischen Krankenhaus aufgenommen, wurden sie auch dort von einem Psychiater untersucht oder es kam zu einer Zwangseinweisung in die psychiatrische Krankenanstalt.

Es dominierte nach dem Zweiten Weltkrieg das medizinisch-psychiatrische Behandlungsmodell und auftretende Krisen von Häftlingen wurden in psychiatrische Kompetenz verwiesen. Es entwickelte sich auch ein eigener Behandlungsvollzug. Die Psychiatrie befand sich im Aufwind und es bestand ein starker therapeutischer Optimismus. Man sprach von der

»sozialtherapeutischen Wende«. Den Ärzten gesellten sich bald klinische Psychologen zu. Die Diskussion um Behandlungsmodelle oder »Strategien« wogt in Österreich seit etwas mehr als zehn bis zwölf Jahren hin und her. Es besteht der Eindruck, daß auch Soziologen, Sozialarbeiter, geschulte Justizwachebeamte, Pädagogen und praxisorientierte Juristen kaum andere und bessere Erfolge erreichen. Nun ist die Zuteilung eines Gefangenen, der sich in einer seelischen Krise befindet, vielfach bereits ebenfalls schon eine Art Krise, nämlich die des nicht ausreichend vorhandenen Fachpersonals. Es ist nicht nur eine gesellschaftspolitische Frage nach der zur Verfügung gestellten Dienstposten, sondern es besteht zumindest für Mediziner auch kein großer Anreiz, im Vollzug zu arbeiten, was verwunderlich ist, da allgemein eine »Mediziner-Schwemme« besteht.

Bei dem Großteil von Haftreaktionen und Gefängnispsychosen kann die ärztliche Zuständigkeit nicht negiert werden. Mangelnde psychiatrische oder psychologisch-klinische Versorgung kann zu einer Abkürzung des Kontaktes zu einem von der Krise befallenen Insassen führen. Es sollten daher unter den Angestellten einer Vollzugsanstalt Personen mit psychotherapeutischem Wissen aufgenommen werden, die bei entsprechender Supervision tätig sein können.

Für die Krisenintervention werden krankhafte Reaktionen und Ausnahmestände von Bedeutung sein.

## 1. Abnorme seelische Reaktionen.

Die Beschreibung der Haftreaktionen reicht bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts zurück (*Delbrück*<sup>2</sup>). Für die Krisenintervention ist es wichtig zu entscheiden, ob abnorme seelische Reaktionen den Stellenwert einer beginnenden Psychose haben können und ob es sich lediglich um eine psychopathologische Haftreaktion handelt. Der langjährige Streit um das Vorkommen einer spezifischen »Haftpsychose« ist dahingehend zu entscheiden, daß Geisteskrankheiten durch das Milieu der Haft leichter ausgelöst und im Falle ihrer Latenz sich schub- oder phasenhaft verschlechtern bzw. verschärfen. Von Haftpsychosen könnte man in ähnlichem Sinne sprechen, wie von den traumatischen Neurosen. Dem Freiheitsentzug spezifisch ist offensichtlich das noch zu behandelnde »funktionelle Psychosyndrom«.

Wir sprechen bewußt von abnormen seelischen Reaktionen, da eine ungebührliche Ausweitung des psychiatrischen Krankheitsbegriffes vermieden werden soll. Es erscheint klar und ist unwidersprochen, daß das Auftreten von Haftreaktionen nach Art und Intensität von der Struktur der Haftanstalt und deren Regime abhängig ist. Abnorme seelische Reaktio-

nen würden besonders in der Einzelhaft auftreten. Das ist historisch zu verstehen. Die totale Einzelhaft ist selten geworden. Man kann jedoch auch heute noch bestätigen, daß Haftreaktionen in zur Isolierung tendierenden Gruppen von Gefangenen zu beobachten sind (*D. Klemmer*<sup>3</sup>). Wir können apathisch-stuporöse Episoden, Verlust des Zeitgefühls, lebhafte Phantasien, deren Visualisierung man steuern könne und Berichte über Halluzinationen feststellen und diagnostizieren. Solche Bilder werden dann zu einem akuten Anliegen für eine Krisenintervention, wenn eine ängstliche Färbung hinzutritt. Wir sprechen dann von Panikzuständen. In diesem Zusammenhang ist Selbstgefährlichkeit zu beachten.

Affektreaktionen sind Teil eines Syndroms, das als »Zellenkoller« bezeichnet wird. Darunter fallen Erregungszustände mit Zerstörungswut, Unzugänglichkeit und Einengung. Nicht zu übersehen ist im Zusammenhang mit dem Zellenkoller, der einem Dämmerzustand gleichen kann, die zunehmend häufigere Verwendung von Psychopharmaka in Vollzugsanstalten. Deren Verabreichung und Einnahme ist sehr schwierig zu kontrollieren und es gelingt auch nicht einfach, den Schmuggel von Drogen zu unterbinden. Schon vor nunmehr 16 Jahren haben wir darauf verwiesen, daß die Gefährlichkeit einer Psychopharmakatherapie unter den Bedingungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs nicht zu unterschätzen ist. Unsere Erfahrungen zeigen, daß auch Medikamente, die im Hinblick auf mißbräuchliche Verwendung und Süchtigkeit als relativ unverdächtig angesehen werden können – wie es z.B. für Neuroleptika und bestimmte Antidepressiva zutrifft – besonders bei Personen mit längeren Freiheitsstrafen Drogenabhängigkeit erzeugen können. Daher sollten Dauerverordnungen auf ein Minimum reduziert bleiben. Andererseits sind Medikamente bei Gefangenen mit abnormen oder pathologischen Haftreaktionen, bei denen auch eine starke motorische Enthemmung besteht, nicht leicht zu ersetzen. Die lange Anwesenheit des Therapeuten bis zur Beruhigung des Gefangenen, wie sie von »progressiven« und »pharmakofeindlichen« Gruppen gefordert wird, ist in der Regel unrealistisch. Unter anderem besteht Verletzungsgefahr und Auftreten von Erschöpfungssymptomen. Psychopharmaka, denen man heute auch kritisch gegenübersteht, können den Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungsmethoden überhaupt erst eröffnen oder unterstützen. Wer über reichhaltige Gefängniserfahrung verfügt, wird in akuten, anhaltenden Tobsuchtsanfällen eines Gefangenen, dessen Beruhigung durch eine ärztliche Zwangsmaßnahme als humaner ansehen als den Einsatz von Beschränkungsmitteln wie Gitterbetten, Gurtenbetten oder Zwangsjacken. Letzteres geht auch sehr häufig nicht ohne Verletzungen ab.

## 2. Selbstbeschädigungen und Selbstverletzungen

Davon sind Personen betroffen, die nicht einfach diagnostisch und persönlichkeitsmäßig einordenbar sind. Wir bezeichnen Selbstbeschädiger vorerst als Gefangene oder Untergebrachte mit psychischen Besonderheiten. Die Etikettierung von Selbstbeschädigern als Simulanten, die durch eine Selbstverletzung lediglich die Zelle mit einem Krankenzimmer zu vertauschen trachten, ist nach langer Erfahrung nicht zu bestätigen. Natürlich kann es ein Faktor in der Genese der Selbstbeschädigung sein, die aktuelle Veränderung in der Haftsituation zu erreichen.

Die Arten der Selbstbeschädigung sind Schnittverletzungen, Verschlucken von Fremdkörpern, Einbringen von infizierten oder entzündungsauslösenden Substanzen unter die Haut, wodurch Phlegmonen entstehen. Ferner Intoxikationen, Verbrennung und der Hungerstreik, dem wir eine Sonderstellung zuweisen müssen. Sein Einsatz als politisches Kampfmittel reicht weit zurück. Die Konsequenz, mit der ein Hungerstreik, der sich durch einen nur kurz zu ertragenden Durststreik verschärft, schränkt den in Frage kommenden Personenkreis stark ein. Häufig wird er von Personen begangen, die überwertige und unrealistische Ziele haben und auch die Bereitschaft zur Destruktion erkennen lassen. Es gibt keine allgemein verbindliche Anleitung für den Kontakt zu den Nahrungsverweigerern. Stundenlange, ja tagelange Gespräche ermöglichen eine Übertragung und gemeinsame Sprache. Das kann mit Erfolg verbunden sein. Jedoch ist der Besuch eines solchen Gefangenen, der sich unserer Ansicht nach in eine Krise begibt, oft schon durch Verwaltungsregeln erschwert. Es stellt eine beachtliche Kontroverse dar, wie man mit diesen Menschen umzugehen habe.

Bei Selbstbeschädigern spielen Veränderungen des Schmerzerlebnisses eine Rolle. Dürftige menschliche Existenzen sind hinsichtlich des Schmerzes als Gefahrensignal für eine Störung der Integrität des Körpers abgestumpft. Dann finden wir Aggressionen nach innen, die infantilen Selbstbestrafungstendenzen entsprechen. Ebenso Aggressionen nach außen. Selbstbeschädigungen haben oft den Charakter einer Show. Der Anblick des Selbstbeschädigers soll für die intervenierenden Beamten schaurig sein, was in der Regel eine Selbsttäuschung ist. Die Schuld an der Selbstbeschädigung wird der Umgebung unterstellt („Seht her, so weit habt ihr mich gebracht“). Im sekundären Krankheitsgewinn ergibt sich aus der Manipulation am Körper eines der Infantilität verhafteten Menschen ein lustvoller Akzent. Sadomasochistische Tendenzen, die aktuelle Veränderung der Haftsituation und Persönlichkeitsfaktoren sind zu berücksichtigen.

Es ist hervorzuheben, daß das Auftreten und die Dichte von Selbstbeschädigungen phasenhaft verlaufen kann. Bei solchen Personen findet

man Zykllothymien und larvierte manisch-depressive Krankheiten. Eine Indikation für die Verwendung von Antidepressiva findet sich in der Gefängnispopulation sehr häufig. Es wird auch immer wieder betont, daß Kriminalität einen größeren Bezug zum Manisch-depressiven aufweist. In Österreich wird ein verstärkter Einsatz von Lithium erwogen.

### 3. Selbstmorde in der Haft

Das Vorkommen von Selbstmorden in der Haft wird höher eingeschätzt, als es in der Durchschnittsbevölkerung ist. Eine Zählung aus einem Untersuchungszeitraum von 29 Jahren ergab 169 Selbstmorde. Von einem langjährigen Durchschnittswert ausgehend (23/100.000) ergibt sich für die Allgemeinpopulation eine Suizidprozentzahl von 0,023. Für Häftlinge beträgt die Hochrechnung der Suizidprozentzahl 0,067, sie ist somit dreimal so hoch wie die Werte der Durchschnittspopulation. 113 Selbstmorde fallen in die Untersuchungshaft, 53 auf solche in Strafhaft, 3 Suizide wurden von Jugendlichen begangen. Über 70 % der Selbstmorde geschehen in den ersten neunzig Tagen der Inhaftierung. Mehr als ein Viertel (26 %) erfolgen am ersten Hafttag. Daraus sollte sich eine Verbesserung der Aufsicht und die Bereitschaft von Betreuungspersonen mit Kriseninterventionserfahrung ableiten lassen. Solchen Interventionen stehen oft die gesetzlichen Vorschriften und Regelungen der Untersuchungshaft entgegen. Die Selbstmordzahlen von weiblichen zu männlichen Häftlingen liegen in einer Geschlechtsverteilung der Häftlingspopulation annähernd vergleichbaren Relation. Viele Rechtsbrecher werden im Maßnahmenvollzug untergebracht. Wir überblicken einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren. Die Maßnahme, deren Verhängung gefährlichkeitsbezogen und spezialpräventiv erfolgt, ist, wie bereits erwähnt, zeitlich unbestimmt. Die unbestimmte Anhaltung ist derzeit einer Kritik ausgesetzt. Der Maßnahmenvollzug führte jedoch nicht zu einer Veränderung der Suizidprozentzahl, obwohl zurechnungsunfähige Psychosen nunmehr in justizeigenen Anstalten angehalten werden.

### 4. Das „funktionelle Psychosyndrom“

Es ist Ausdruck chronisch einwirkenden Freiheitsentzuges und „Mutterboden“ von Krisensituationen. Mit bereits traditionellen Benennungen wie „Prisonisation“ oder „Subkultur im Gefängnis“ versuchte man die eigentümlichen Strukturen von Haftanstalten begrifflich besser zu erfassen. Die von uns eingeführte Bezeichnung „funktionelles Psychosyndrom“ orientierte sich an seelischen Veränderungen bei langjährig einsit-

zenden Gefangenen, die den Eindruck von Organizität erweckten und eine Reihe von Kriterien eines Psychosyndroms feststellen ließen. Offenbar war aber beim Zustandekommen eines solchen Psychosyndroms die organische Grundlage fehlend, zumindest ließ sie sich auch mit Hilfsuntersuchungen nicht feststellen. Offenbar waren es eben nicht somatisch einwirkende Noxen, sondern die Stereotypie, Monotonie, Vereinsamung und Abbruch der Beziehungen zur freien Welt, die das genannte Syndrom entstehen ließen. Es ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- a) Störungen im Gefühlsleben; Verflachung der Affektivität; stereotypisierte, inadäquat erscheinende Emotionen mit oft rezidivierenden Durchbrüchen (akute Haftreaktionen).
- b) Störungen im Auffassungsfeld und Denken; vorwiegend Einengung und Verarmung des Assoziationsbetriebes; Haften an Denkinhalten; Hypochondrie; paranoide Verarbeitungen.
- c) Veränderungen im psychologischen Lebensstil; infantil-regressives Verhalten; Entdifferenzierung auf primitive Vitalbedürfnisse; Anankasmen; formalistisch unpersönliche Lebensgestaltung.
- d) Kontaktstörungen; zunehmende Unsicherheit gegenüber Personen und Inhalten des Lebens in der Freiheit. Libidinöse Umbesetzungen; sexuelle Abwegigkeiten; Verschärfung der Isolierung durch Introversion.

Das funktionelle Psychosyndrom enthält auch Merkmale, die dem präsuizidalen Syndrom nach *E. Ringel* zuzuordnen sind. Es sind dies die situative Einengung, die Kontaktstörung und Störungen des Gefühlslebens. Die Persönlichkeitsverflachung im Psychosyndrom und die formalistisch unpersönliche Lebensgestaltung lassen aber offenbar die für das präsuizidale Syndrom charakteristischen Selbstmordphantasien nicht zu.

Für das Funktionelle des Syndroms spricht auch dessen Rückbildungstendenz, die als Regel angesehen werden kann. Solche Rückbildungen sind bei organischen Psychosyndromen wohl ebenfalls zu beobachten und sind durch den Wegfall der Noxe bedingt. Im funktionellen Psychosyndrom scheint die Noxe die konsequente Abschließung eines Gefangenen zu sein. Das von uns beschriebene Syndrom ist ein typisches Produkt der traditionellen Großgefängnisse und findet sich in einer, wenn auch nur innerhalb der Mauern liberalen und halboffenen Vollzugsform nicht.

Nun steht diesen in Krisensituationen befangenen Häftlingen oder Untergebrachten nur wenig qualifiziertes Personal gegenüber. Hervorzuheben sind Vollzugsbeamte, die bereits psychologisch und sozialtherapeutisch geschult sind und damit in der Lage sind, Krisen zu erkennen und Erstinterventionen durchzuführen. Natürlich werden Experten Krisen leichter diagnostizieren können. Deren Effizienz hängt davon ab, welchen Freiraum und welche Bewegungsmöglichkeiten sie im Gefängnis beanspruchen können. Andererseits muß auch einbekannt werden, daß noch



immer der Großteil von Personen, die ein Behandlungsteam bilden, nur gelegentliche Besucher einer Anstalt sind. Was seinerzeit als therapeutische Gemeinschaft propagiert wurde, ist vielleicht in Sonderanstalten verwirklicht. In Großanstalten ist auch eine modifizierte therapeutische Gemeinschaft extrem selten oder nicht anzutreffen.

Auf die Problematik der Psychopharmakotherapie unter den Bedingungen des Freiheitsentzuges wurde hingewiesen. Medikamente sollten gezielt eingesetzt werden. Gegenwärtig gelangen sehr viele Alkohol- kranke und Drogenabhängige in die Anstalten. Hier ist eine akute Krise, deren Abwendung unbedingt ärztlich zu erfolgen hat. Krisenbehandlung sollte in einem therapeutischen Vollzugsbereich erfolgen. Damit gelangt ein Betroffener oder psychisch Kranker aus der Aktualproblematik seiner ursprünglichen Unterbringung. Wir haben Erfahrung mit der Zusammenfassung von Krisenfällen in einer Intensivgruppe, die lediglich maximal sechs Insassen umfaßt, denen gleichzeitig auch Einzelaussprachen angeboten werden.

Ein Gefängnis ist kein Krankenhaus. Es ist aber auch nicht weltweit erhoben worden, welche Gefängnisse den einfachsten psychohygienischen Grundsätzen entsprechen. Wohl existieren allgemein akzeptierte, offensichtlich aber nicht praktizierte »minimum rules«. Psychiatrische Großkrankenhäuser sind, gemessen an der untergebrachten Population und der Abgeschlossenheit, vielfach ebenfalls noch weit hinter bereits praktizierten Behandlungsstilen mit reduzierter Isolierung, zurück. Für die »Ausgrenzung der Unvernunft« (Dörner<sup>4</sup>) bleiben eben doch nur in der Regel rückschrittliche und unterdotierte Bereiche. Langsam setzt sich eine Bewußtseinsbildung durch, die gegen die kaum gerechtfertigte Überfüllung von geschlossenen Institutionen ist, deren Behandlungsergebnisse den Charakter der Einrichtung ad absurdum führen.

Psychiatrische Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten, Irrenanstalten oder historisch weiter zurückreichend Bewahrungshäuser, Siechenanstalten und Strafanstalts-Irrenabteilungen sind bzw. waren geschlossene Institutionen mit allen Merkmalen und Konsequenzen für die Untergebrachten oder Eingeschlossenen. Die Anhaltebedingungen waren elend, die Sterblichkeit in den genannten Institutionen so hoch, daß unter anderem Selbstmorde kaum Beachtung fanden.

In unserem Zusammenhang interessiert die höhere Suizidalität in psychiatrischen Einrichtungen, die während einer stationären Behandlung erfolgen und auch als »Krankenhaussuizide« bzw. »Kliniksuizide« bezeichnet werden. Die Suizidalität in psychiatrischen Institutionen ist höher als die in der Allgemeinpopulation. Die uns vorliegenden Zahlen lassen aber das Maß der erhöhten Häufigkeit nicht angeben. Leider ist der Suizid in psychiatrischen Krankenanstalten und auch in den weit personalintensiver geführten Universitätskliniken eine Tatsache, die offenbar mit unse-

ren gegenwärtigen Mitteln nicht vermeidbar ist.

Orientiert man sich an einem 1984 veröffentlichten Tagungsprotokoll der Arbeitsgemeinschaft »Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus« wird die erwähnte höhere Suizidalität deutlich (*M. Wolfersdorf*.<sup>5</sup>) Ein Zehn-Jahres-Überblick (1970–1981) in vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern ergab 194 Suizide. Die Suizidraten (bezogen auf 100.000 Aufnahmen bzw. behandelten Patienten) liegen zwischen 100 und 200 und damit zwei- bis dreimal so hoch wie bei Insassen von Justizvollzugsanstalten.

Innerhalb der Suizidraten existieren beachtliche Schwankungen im Hinblick auf die einzelnen Krankenhäuser, aber auch in den Untersuchungsjahren. Einzelne Werte bewegen sich zwischen 40 und über 300. Aus der hier verwerteten Untersuchung Aussagen über die Ursachen des Anstiegs der Suizide in psychiatrischen Einrichtungen zu machen, stellt eine spekulative Interpretation dar. Am Rande sei erwähnt, daß es psychiatrische Krankenhäuser gibt, die überhaupt keine signifikante Veränderung der Suizidraten aufweisen. Kritisch ist auch ein zur Frage stehender Zusammenhang zwischen der Öffnung der Türen im psychiatrischen Krankenhaus und der Suizidalität. Kriseninterventionen und Selbstmordverhütung werden von den krankheitsspezifischen Merkmalen der Patienten und den Eigentümlichkeiten des psychiatrischen Krankenhauses abhängig sein. Letztere – vor allem wenn es sich um veraltete traditionelle Großanstalten handelt – verbreiten ein präsuizidales Klima. Ihre Merkmale gleichen denen des präsuizidalen Syndroms (*E. Ringel*)<sup>6</sup>, (*G. Sonneck*)<sup>7</sup>. Unter den Suiziden fällt die Dominanz der Schizophrenien auf. Diese bilden in der Regel mehr als die Hälfte aller Selbstmorde in psychiatrischen Einrichtungen. Die affektiven Psychosen, Zykllothymien und hier wieder die endogenen Depressionen liegen mit nur zirka einem Fünftel aller Suizide an zweiter Stelle. Mit geringen Prozentanteilen folgen Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit und Sucht, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Wir verfügen auch über Zahlen bei untergebrachten geistig abnormen Rechtsbrechern. Auch hier nimmt unter 54 Fällen die Schizophrenie mit 29 Selbstmordversuchen den ersten Platz ein. Auf Oligophrenien, chronischen Alkoholismus, Persönlichkeitsstörungen, organischer Demenz und Epilepsie fielen nur zwei bis vier Fälle. Die hoch eingeschätzte Suizidalität von Depressionen findet innerhalb psychiatrischer Abteilungen kaum Niederschlag, was wohl auf die große Effizienz der verabreichten Antidepressiva zurückzuführen sein mag. Es kann auch die bessere Überwachung suizidal gefährdeter Depressionen sein, die jedoch sehr häufig gelockert ist, worauf unten noch hingewiesen werden wird. Anders scheint es sich bei Suiziden im alltäglichen Leben zu verhalten. Hier dürfte die Depression an führender Stelle liegen. Ob der Eindruck vieler Psychiater zutrifft, daß Depressionen derzeit häufiger vorkommen

und Selbstzerstörungstendenzen des Menschen zunehmen, ist eine nicht einfach zu lösende Frage, deren Beantwortung von vielen Faktoren abhängig ist. Schon die Veränderung diagnostischer Kriterien und bessere Aufzeichnungen über Patienten mögen den oben erwähnten Eindruck erscheinen lassen. Es muß aber zugegeben werden, daß der Anstieg von Depressionen nicht allein von der Erfassung der Kranken abhängig sein dürfte, sondern daß auch das gegenwärtige Leben in unseren Gesellschaftsschichten nicht einfacher geworden ist. Der Rückzug auf die Depression ist naheliegend. Dieser Rückzug von depressiven Personen, der oft mit dem Abbruch von Beziehungen einhergeht, soll ein Alarm- und Gefahrensignal für die Krisenintervention sein.

Vor große Schwierigkeiten stellt uns die Schizophrenie. In ihrem schubhaften Verlauf und auch bei schizoaffektiven Erkrankungen ist die Einschätzung der Suizidalität schwierig. Wir verfügen auch noch immer über zu wenig Wissen Gesetzmäßigkeiten über den Verlauf der Erkrankung betreffend. Die sich anbietende hohe Dosierung von Neuroleptika ist heute einer unüberhörbaren Kritik ausgesetzt. Dadurch gewinnt das kustodiale Moment wieder an Bedeutung.

Lebhafte Diskussion löst die Öffnung der Türen in psychiatrischen Krankenhäusern und die Suizidgefahr aus. Nun ist die Öffnung der traditionell geschlossenen und auf Sicherheit nach außen bedachten psychiatrischen Einrichtungen eine vernünftige Entwicklung. Natürlich wird auch weiterhin die Notwendigkeit verbleiben, über geschlossene Bereiche zu verfügen. Man vergesse nicht, daß die Dezentralisierung der Versorgung auch die Einrichtung von geschlossenen Bereichen in allgemeinen Krankenhäusern vorsieht. Zu dieser Problematik ist ein einschlägiger Diskussionsbeitrag von *F. Reimer*<sup>8</sup> beachtenswert. Er beschreibt einen Anstieg der Suizidrate bis 1977. Die weitgehende Öffnung der Stationen erfolgte 1969. Die zur Erhöhung der Suizidrate führenden Selbstmorde fanden aber auf geschlossenen Stationen statt, die besonders gut mit Personal besetzt waren. Als vermutliche Ursachen werden angegeben, daß bei den meisten Mitarbeitern Meinungen vertreten seien, daß es wichtiger ist, die Patienten zu behandeln als zu beaufsichtigen. Das ist eine prinzipiell auch vernünftige Ansicht. Sie sollte aber die Beaufsichtigung Suizidaler nicht beeinträchtigen. Es werde aber den Suizidalen zuwenig Augenmerk geschenkt. Ferner komme es zur Ausdehnung des »freien Willens« auch auf suizidale endogene Patienten. Beschränkungen sollen auf ein Minimum reduziert werden. Das könnte aber die Suizidalität erhöhen. Es treffe auch nicht zu, daß jeder Kranke immer weniger suizidal wird, je mehr man mit ihm spricht. Natürlich soll die Macht des gesprochenen Wortes nicht unterbewertet werden, das wäre ein gefährlicher Rückschritt. In kritischen Zeitspannen einer psychischen Erkrankung kann das Gespräch nicht therapeutisch wirken und wird nach unseren Erfahrun-

gen die Patienten und den Arzt erschöpfen. Die Ausgewogenheit biologischer und psychologischer Maßnahmen sollte nach wie vor angestrebt werden.

Ob die Zunahme von Krisensituationen auf den Psychologismus breiter Bevölkerungsschichten und auf das Angebot von Kriseninterventionseinrichtungen zurückzuführen ist, oder ob tatsächlich die Raschlebigkeit unserer Zeit und ihr kaleidoskopartiger Wandel zu Krisen führen? Ob es die gesellschaftlichen Veränderungen zwischenmenschlicher Beziehungen, besonders die Vereinsamung von Menschen ist, die zu Dekompensationen und damit zu Krisen führen? Es wird beides sein und es wird vieles sein, das uns heute noch verborgen bleibt, jedoch zur erhöhten Aufmerksamkeit hinsichtlich gesellschaftlicher Entwicklungen und Einzelschicksalen Anlaß sein soll. Vielleicht allzu banal aber kann man auch sagen, daß Lebenskrisen entstehen, weil in Zeiten wie diesen der eine sich um den anderen immer weniger kümmert.

## Literatur

- 1 *Goffman, E.*: Asyle, Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1972.
- 2 *Delbrück, A.*: Über die unter den Sträflingen der Strafanstalt zu Halle beobachteten Geisteskrankheiten und ihren Zusammenhang mit dem Verbrechen. *Allg. Zschr. f. Psychiatrie* 11, S. 57–101 (1854).
- 3 *Clemmer, D.*: *The Prison Community*. Holt, Rinehart & Winston, New York 1966.
- 4 *Dörner, K.*: »Bürger und Irre« (Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie). Fischer TB 6282, Frankfurt 1975.
- 5 *Wolfersdorf, M.* (Hrsg.): *Suizide psychiatrischer Patienten* Weissenhof-Verlag Dr. Jens Kunow, Weinsberg, 1984.
- 6 *Ringel, E.*: Neue Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom. In: *Selbstmordverhütung* hrsg. v. E. Ringel, Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1969.
- 7 *Sonneck, G.*: Krisenintervention und Suizidverhütung. *Psychiatria Clinica*, Vol. 15. No. 1–2, 1982.
- 8 *Reimer, F.*: Die Öffnung der Türen im psychiatrischen Krankenhaus und die Suizidgefahr. *Nervenarzt* 49, 678 f, 1978.

## Résumé

Des institutions fermées et «totales» sont énumérées les institutions pénales et les hôpitaux psychiatriques comme endroits de l'intervention de crise et de prévention suicidaires. Le placement et l'isolement dans des prisons a comme suite souvent des endommagements de soi-même et des autodestructions sociales. Le modèle de traitement après la deuxième guerre mondiale était tout d'abord médico-psychologique. Mais il n'empêchait pas, comme plus tard les modèles sociologiques, juridiques et pédagogiques, l'apparition des réactions malades et des états d'urgence de crise chez les prisonniers. Surtout des états de panique mêlés avec de la peur tendent vers l'autodestruction. Des dosages excessives de médicaments psychopharmacologiques par le commerce de médicaments presque inévitable dans des institutions pénales peuvent mener à des états délirants. Il faut se méfier de dosages trop grandes. Les diverses façons d'endommagements de soi-même sont énumérées et les chiffres excessives de suicides sont donnés. Les altérations de la personnalité par la privation de liberté qui a un effet chronique sont réunis dans le psychosyndrome fonctionnel, où ils peuvent se produire des réactions pathologiques. Dans des institutions psychiatriques on trouve les suicides hospitaliers et cliniques. Le nombre de ces suicides est beaucoup plus élevé que chez la population en général. Un rapport entre le nombre des suicides montant occasionnellement et l'ouverture des cliniques psychiatrique est douteux. A la fin du rapport sont discutés quelques remarques générales sur des situations de crise.

Willibald Sluga

Univ.Dozent, Dr. med., Leiter der Forensischen Abteilung an der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik

Währinger Gürtel 18-20

A-1090 Wien