Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1986)

Artikel: Die Krankheitsthese des Suizides

Autor: Sonneck, Gernot / Schjerve, Martin

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1051023

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: 15.07.2025

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

Die Krankheitsthese des Suizides

Gernot Sonneck und Martin Schjerve

Erwin Ringel, dem Entdecker des präsuizidalen Syndroms
und Wegbereiter der Suizidprophylaxe,
in Dankbarkeit zum 65. Geburtstag zugeeignet.

1. ALLGEMEINE BEMERKUNGEN ZUR KRANKHEITSTHESE UND IHRE AUSWIRKUNG AUF DIE SUIZIDPROPHYLAXE

Wenn hier das Krankheitskonzept des Suizids dargestellt wird, so soll einleitend festgestellt werden, daß diese These nur eine von mehreren ist, die uns helfen können, den Suizid besser zu verstehen, daß also die alleinige Verhaftung an dieses Konzept die Sicht zu anderen Faktoren, die an dem Phänomen des Suizids beteiligt sind, verstellt.

Die Konzeption, daß der Suizid der »Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung« (*Ringel*, 1953) sei, erfaßt aber, speziell was den Suizid betrifft, einen wichtigen Teilbereich suizidaler Entwicklung. Sie gibt uns viele Hinweise für das Verständnis psychodynamischer Faktoren, die dem Suizid zugrunde liegen und war der Ausgangspunkt für zahlreiche Präventions- und Behandlungsprogramme in vielen Ländern.

1.1. Dieses Konzept hat aber für die Suizidprophylaxe drei besondere Nachteile (*Boldt*, 1986):

a) Die *Stigmatisierung*: Das soziale Stigma der psychischen Erkrankung (»Geisteskrankheit«) hält den suizidgefährdeten Menschen oftmals nicht nur davon ab, professionelle Hilfe aufzusuchen bzw. in Anspruch zu nehmen, sondern der Betroffene scheut sich auch, sich und seine quälenden Suizidgedanken und -pläne seiner Umwelt mitzuteilen, aus Angst, er könnte für verrückt gehalten werden. Diese Menschen sind ängstlich allen institutionalisierten Hilfsangeboten gegenüber und befürchten Zwangsmaßnahmen. Dies gilt, wie *Ch. Ross* (1980) nachweisen konnte, ganz besonders für junge Menschen. Diese Ängste verstärken die Isolation, Einengung, den inneren Druck und vermindern den Selbstwert

beträchtlich. Wenn wir bedenken, daß die größte Chance in der Suizidprävention die adäquate Reaktion auf die Suizidankündigung, den Suizidhinweis, also auf die Mitteilung der Suizidgedanken und -pläne ist, können wir ermessen, welcher Nachteil hier erwächst.

b) Das Krankheitskonzept lenkt unsere Aufmerksamkeit hauptsächlich auf die intraindividuellen Vorgänge und läßt uns somit allzuleicht den Einfluß der soziologischen Faktoren übersehen. Wir konzentrieren uns zu sehr auf die innere Not und wir mißachten die realen Außenumstände, die diese Not wesentlich beeinflussen, gegebenenfalls verursachen. Auch lenkt uns die Definition des Suizids als psychische Krankheit zu sehr in die Richtung, den einzelnen vom Suizid *abzuhalten* (SZASZ, 1980), anstatt zu überlegen, wie für ihn das Leben erträglicher werden könnte. Wenn wir nicht systematisch relevante Umweltfaktoren in unsere Behandlung (aber auch Forschung) mit einbeziehen, werden wir keine effektive Suizidprävention betreiben können.

c) Durch das Krankheitskonzept wird implizit vermittelt, daß es in die Kompetenz der Medizin, somit auch des medizinischen Personals fällt, Suizidprophylaxe zu betreiben. Abgesehen davon, daß dieses rein zahlenmäßig nicht möglich wäre, ist man von der Medizin bei den vielfältigen Problemen, die bei suizidalem Verhalten maßgebend sind, zumeist restlos überfordert. Wenn wir jedoch verstehen, daß die allermeisten suizidgefährdeten Menschen Opfer unerträglicher Lebensbedingungen und Außenumstände sind, und daß es sich dabei erheblich weniger um ein individuelles »Nichtfunktionieren« handelt, reduzieren wir das moralische und soziale Stigma, das als Barriere im Hilfesuchverhalten fungiert.

Darüber hinaus bringt uns das Krankheitskonzept noch weitere Schwierigkeiten für die Intervention: Das klassische Krankheitskonzept legt nahe, daß es eine Kontinuität von den Suizidgedanken über die Suizidankündigung zum Suizidversuch und letztlich zum Suizid gibt, als bestünde eine kontinuierliche Entwicklung (siehe Abbildung 1).

Die epidemiologische Forschung zeigt uns jedoch, daß diese vier suizidalen Phänomene mit gewissen Überschneidungen eigenständige und oft voneinander unabhängige Phänomene sind, denen daher auch mit einem differenzierten Hilfsangebot zu begegnen ist.

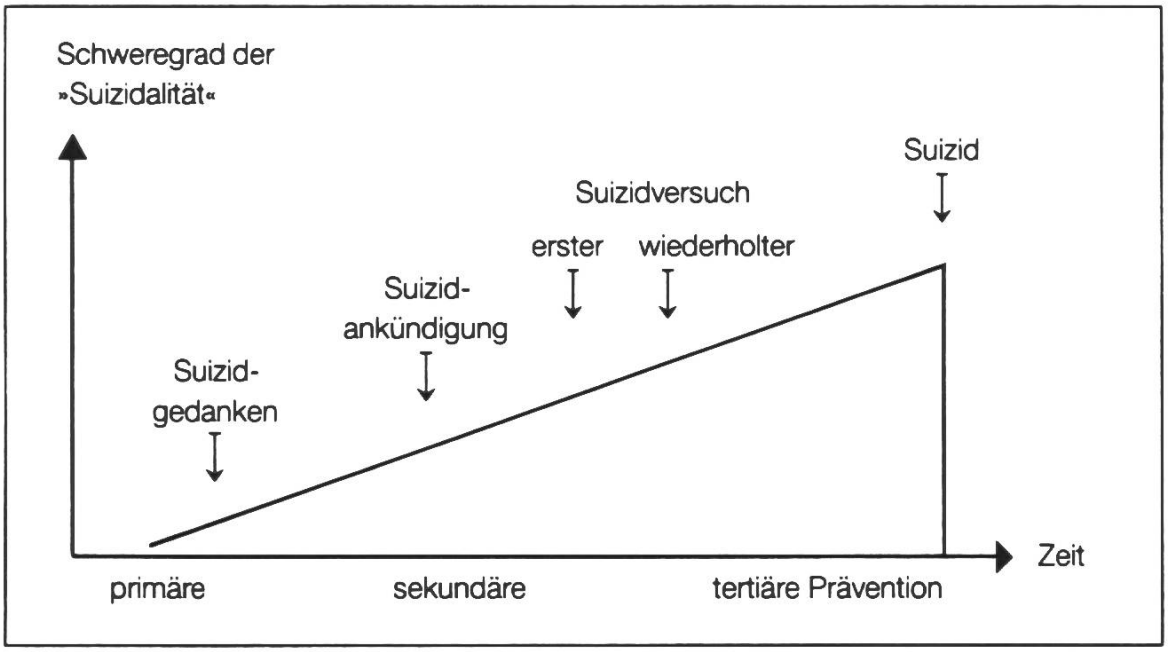

Abb. 1: Das Krankheitsmodell suizidaler Phänomene in Beziehung zu primärer, sekundärer und tertiärer Prävention

Es ist natürlich evident, daß es ohne Suizidgedanken keine Suizidankündigung geben kann, es gibt aber viele Suizide *ohne* vorhergehenden Suizidversuch und die Wahrscheinlichkeit, daß einer Suizidankündigung ein Suizid folgt ist größer, als daß auf einen Suizidversuch ein Suizid folgt. Personen nach Suizidversuch sind im allgemeinen hinsichtlich eines späteren Suizids absolut nicht die höchstgefährdete Gruppe, erheblich mehr gefährdet sind Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige, Depressive aller Arten sowie Alte und Vereinsamte. Gerade bei dieser letzteren Gruppe, in der praktisch keine Suizidversuche mehr vorkommen, – der Suizidversuch ist ein Phänomen des Jugendlichen und jungen Menschen –, wird besonders deutlich, um welch unterschiedlich und eigenständiges Verhalten es sich beim Suizidversuch und Suizid handelt. Es empfiehlt sich daher für die Praxis das Konzept der Prävention, Inter- und Postvention, also eine Differenzierung vorzunehmen, die jedem suizidalen Phänomen und Verhalten jeweilige Hilfsaktionen zuordnet, die

1. das Auftreten verhindern (Prävention), die
2. beim Auftreten gesetzt werden müssen (Intervention) und die
3. nach dem Auftreten zum Tragen kommen (Postvention)
   (s. Abb. 2).

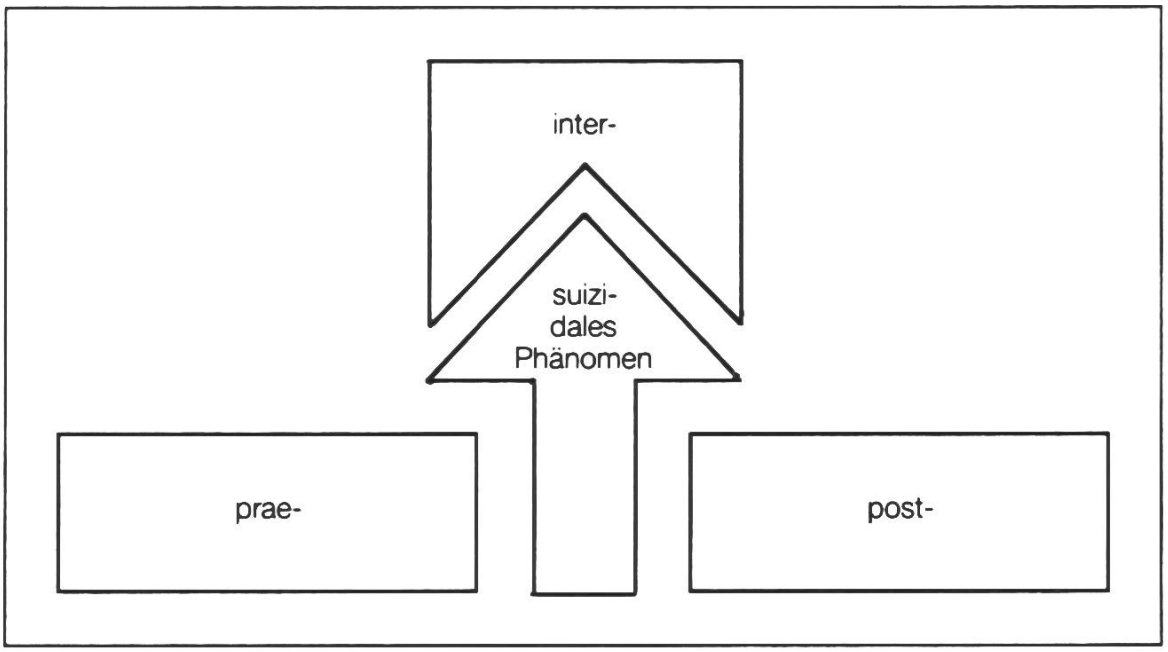

Abb. 2: Prävention, Intervention und Postvention suizidaler Phänomene

1. 2 Welche Vorteile hat uns das Krankheitskonzept gebracht?

Erwin Ringel beschrieb vor nunmehr fast 40 Jahren erstmals ein Syndrom, das er bei der überwiegenden Anzahl von Personen nach Suizidversuch finden konnte.

Er sah es als gemeinsamen Nenner aller psychischer Erkrankungen an, die zum Suizid führen können. Dieses mittlerweile mannigfach untersuchte und verifizierte Syndrom (zuletzt von *E. SHNEIDMAN*, 1985) ist durch zunehmende Einengung, gehemmte Aggression und Suizidphantasien charakterisiert (siehe Tab. 1).

- Einengung:
  1. Situative Einengung;
  2. Dynamische Einengung mit einseitiger Ausrichtung der Apperzeption, Assoziation, Affekte, Verhaltensmuster und mit Reduktion der Abwehrmechanismen;
  3. Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen;
  4. Einengung der Wertwelt.
- Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression,
- Selbstmordphantasien.

Tabelle 1: Das präsuizidale Syndrom

Diese drei Faktoren sind unschwer einzelnen Symptomen psychischer Erkrankungen zuzuordnen. Diese gestalten die einzelnen Bausteine des präsuizidalen Syndroms aus und geben uns Hinweise auf Entwicklung, Dauer und Rückfallwahrscheinlichkeit.

Einengung

Es entwickelt sich eine situative Einengung, also eine Einengung der persönlichen Möglichkeiten, die als Folge von Schicksalsschlägen oder eigenem Verhalten eintritt. Gravierender ist jedoch das Einengungsgefühl, das gleichsam am Übergang zur Einengung der Dynamik steht. Die dynamische Einengung bezieht sich auf die Apperzeption und Assoziation sowie Affekte und Verhalten. Die affektive Einengung bewirkt meistens ein ängstlich-depressives Verhalten, aber auch eine »auffällige Ruhe« ist kennzeichnend. Ferner beobachtet man Einengung der Wertwelt und Einengung und Entwertung zwischenmenschlicher Beziehungen, was bis zum Verlust der Umweltbeziehungen gehen kann.

Gehemmte Aggression

Entsprechend den verschiedenen Aggressionstheorien sind die Beurteilungen unterschiedlich. Einigkeit besteht derzeit jedoch darüber, daß die direkte Aggressionsentladung gehemmt ist. Ob diese Hemmung auf eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, auf spezielle psychische Erkrankungen oder auf fehlende zwischenmenschliche Beziehungen zurückgeht, ist therapeutisch außerordentlich wichtig.

Selbstmordphantasien

Werden solche Phantasien willentlich intendiert, sind sie ein Alarmsignal. Drängen sie sich jedoch passiv auf und konkretisiert sich die Art der Durchführung, besteht hohe Gefahr. Die Kombination von Suizidgedanken mit affektiver Einengung (fehlende affektive Resonanz, mangelndes affektives Ansprechen) weist deutlich auf Suizidalität hin.

Das präsuizidale Syndrom hat mehrere Beziehungen zur psychiatrischen Nosologie:

a.) Dauer seiner Entwicklung;
b.) Verschiedene Formen;
c.) Möglichkeiten des neuerlichen Auftretens des präsuizidalen Syndroms:
d.) Verteilung auf verschiedene nosologische Kategorien.

ad a: Entwicklungsdauer des präsuizidalen Syndroms

Pöldinger (1972) beschreibt 3 Phasen der suizidalen Entwicklung (s. Abb. 3).

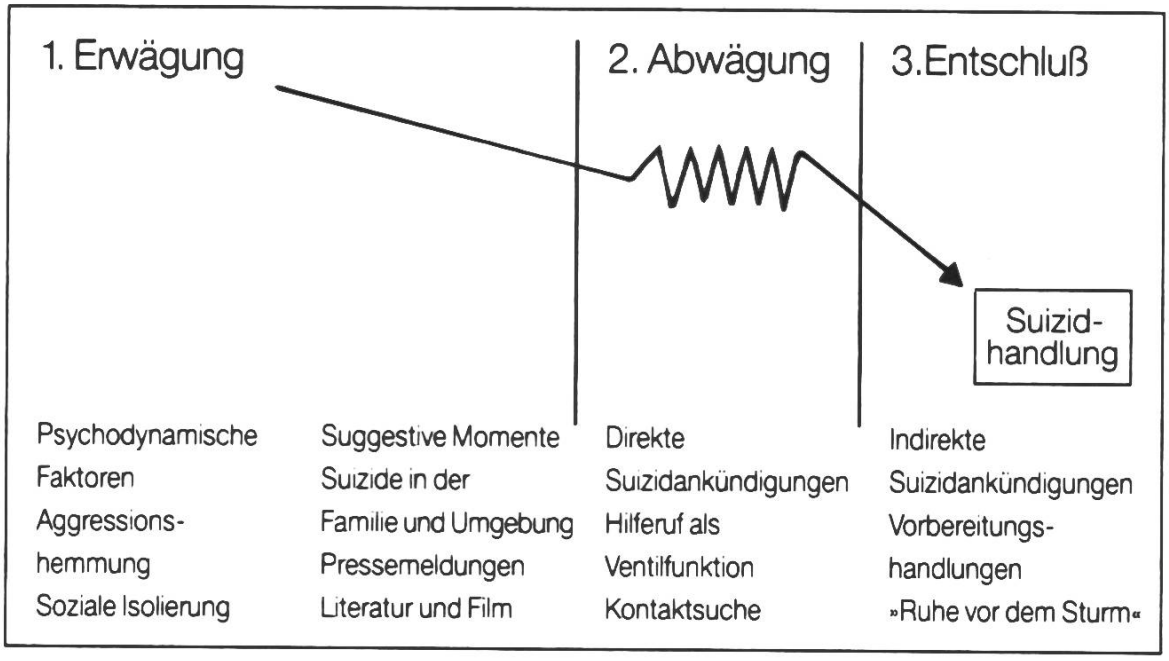

Abb. 3: Stadien der suiziden Entwicklung.

Im 1. Stadium wird der Suizid als Möglichkeit, wirkliche oder scheinbare Probleme durch Selbstmord zu lösen, erwogen. Suggestive Einflüsse, aber auch eine soziale Isolierung sind dabei bedeutsam. Das 2. Stadium ist durch Ambivalenz, Unschlüssigkeit und inneren Kampf zwischen konstruktiven und destruktiven Tendenzen gekennzeichnet. In diesem Stadium erfährt man häufige Selbstmordankündigungen, die bei 70–80 % vor Selbstmordhandlungen gefunden werden können. Im 3. Stadium entwickelt sich der Entschluß. Man beobachtet indirekte Hinweise (Vorbereitungen, konkrete Vorstellungen über das Vorgehen) oder eine plötzliche »Ruhe vor dem Sturm« mit scheinbarer Abgeklärtheit. Diese 3 Stadien können unterschiedlich verlaufen: Bei den sogenannten Kurzschlußhandlungen werden sie außerordentlich rasch durchlaufen. Hierher gehören die infantilen, unreifen, explosiblen und psychopathischen Persönlichkeiten sowie Schwachsinnige und Gehirngeschädigte. Kurzschlußhandlungen finden sich auch im Rausch und bei schizophrenen Psychosen. Nach einer Untersuchung von *Linden* 1969, die sich jedoch nur auf Suizidversuche bezieht, wäre diese Kurzschlußgruppe zu unterteilen in reaktiv Depressive, die sich in einer festen sozialen Bindung befinden, und abnorme Persönlichkeiten, die meist allein stehen und bei denen es häufig unter dem Einfluß von Alkohol zu Kurzschlußhandlungen kommt.

Ein langer Verlauf, besonders eine lange Dauer des 2. Stadiums, ist bei Neurosen einschließlich neurotischen Depressionen zu finden. Bei dieser

Patientengruppe erlebt man häufig Rezidive (40 %).

Bei endogenen Depressionen nimmt der Suizidimpuls gleichmäßig zu; alle 3 Phasen werden langsam durchschritten. Als charakteristisch gilt bei diesen Patienten die besonders intensive Suizidalität zu Beginn und am Ende der depressiven Phase.

ad b: Verschiedene Formen des präsuizidalen Syndroms

Bei reaktiven Depressionen finden sich präsuizidale Syndrome mit besonders betonter situativer Einengung, aber auch einer Einengung der Dynamik im Sinne des Kurzschlusses. Die Selbstmordhandlung geschieht rasch, häufig vor anderen Personen; Versuche werden nur selten wiederholt.

Eine starke Betonung der Einengung der persönlichen Möglichkeiten findet sich beim alten Menschen. Etwa 1/3 aller Selbstmörder ist über 60 Jahre alt, während ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung nur etwa 1/4 beträgt. Selbstmordversuche sind in dieser Altersklasse wesentlich seltener als bei Jüngeren, Selbstmorde häufiger.

Die dynamische Einengung alter Menschen zeigt sich in Verbitterung und häufig in Resignation. Intensive Selbstmordphantasien und Todeswünsche werden beschrieben. Die sogenannte Spätdepression (*Kielholz*, 1971) ist in dieser Gruppe am häufigsten vertreten; *Pöldinger* (1972) hat auf die Korrelation von Alter, Depression und Suizidhandlung hingewiesen. Bei diesen Patienten sind auch Dynamik, Wertwelt und zwischenmenschliche Beziehungen im Sinne von Einengung betroffen.

Auffallende dynamische Einengungen sind bei Patienten mit Neurosen, der zweiten großen Gruppe, zu finden (ein Viertel der Selbstmorde bzw. ein Drittel der Selbstmordversuche). Besonders zu erwähnen ist die sogenannte »Neurose der Lebensverunstaltung«, die durch den Verlust expansiver Kräfte, Stagnation und Regression gekennzeichnet ist.

Die endogene (endomorphe) Depression ist das klassische Paradigma für das präsuizidale Syndrom. Der Anteil endogen Depressiver an den Selbstmordhandlungen, insbesondere an den Selbstmorden ist hoch.

Bei Schizophrenen sind verschiedene Formen zu unterscheiden:

1. Die blitzartig ablaufende Kurzschlußhandlung;
2. Selbstmordhandlungen, besonders am Beginn schizophrener Erkrankungen (*Gruhle*, 1940);
3. Der »typische schizophrene Selbstmord« (*Jantz*, 1951)
4. Der sogenannte »motivlose« Selbstmord bei prozeßhaften Verläufen.

Je nachdem, um welche Gruppe es sich handelt, ist das präsuizidale Syndrom unterschiedlich. Bei den sogenannten »typischen schizophrenen Selbstmorden« spielen Selbstmordphantasien eine sehr große Rolle (*Rin-*

gel u. *Sonneck*, 1974). Am Beginn einer schizophrenen Erkrankung sind vor allem Einengung, Gefühle völliger Vereinsamung, Weltentfremdung und Unverstandenheit ausgeprägt.

Eine latente Einengung der Wertwelt bzw. Wertungen, die mit denen der Allgemeinheit nur wenig oder nicht übereinstimmen, sowie eine latente Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen findet sich beim soziopathischen Syndrom; durch hinzutretende oft nur kleine Anlässe kann sich das präsuizidale Syndrom bei z.B. situativer Einengung sehr rasch zum Vollbild entwickeln.

ad c: Möglichkeit des neuerlichen Auftretens

Bei periodischen und zyklischen Depressionen ist natürlich bei jeder depressiven Verstimmung die Selbstmordgefahr erhöht, ob es aber tatsächlich zur Selbstmordhandlung kommt, hängt von verschiedenen Einflüssen ab, die oft in keinem oder nur losem Zusammenhang mit der nosologischen Zuordnung stehen (*Berner* u. *Sonneck*, 1975). Direkt nach einem Suizidversuch ist das präsuizidale Syndrom im allgemeinen wesentlich schwächer, häufig ist es sogar ganz verschwunden. Wielange es anhält bzw. weiterbesteht, steht in enger Beziehung zur Reaktion der Umwelt und ebenso zur zugrundeliegenden Erkrankung.

ad d: Nosologische Kategorien

Über die Häufigkeit bestimmter psychischer Erkrankungen bei Selbstmorden und Selbstmordversuchen findet man sehr unterschiedliche Angaben in der Literatur.

Vergleicht man verschiedene Mitteilungen über die Häufigkeit des Vorkommens von bestimmten psychischen Erkrankungen bei Selbstmord und Selbstmordversuchen anhand der Literatur, so ergeben sich sehr unterschiedliche Angaben, wie aus Tabelle 2 (Anteil der Kranken mit endogenen Psychosen an Suiziden) hervorgeht.

Autor	Jahr der Publikation	Anteil (in %)
Delanoy (Österreich)	1927	9
Bingler (BRD)	1930	6
Weichbrodt (BRD)	1937	3
Säker (BRD)	1938	12
Gruhle (BRD)	1940	15
Yessler et al. (USA)	1961	22
Parnitzke (DDR)	1961	36
Ringel (Österreich)	1961	34
Lungershausen (BRD)	1968	40

Tabelle 2:

Auffallend ist hierbei (*Lungershausen*, 1968), daß der Anteil endogener Psychosen an den Suiziden der Gesamtbevölkerung zumeist umso geringer angegeben wird, je weiter die entsprechende Publikation zurück liegt.

Bei den Suizidversuchen (Tabelle 3: Anteil der Kranken mit endogenen Psychosen an Suizidversuchen) ist der Unterschied wesentlich geringer.

Autor	Jahr der Publikation	Anteil (in %)
K. Schneider (BRD)	1933	11
Feudell (DDR)	1952	10
Ringel (Österreich)	1952	10
Ettlinger u. Flordh (Schweden)	1955	10
Yessler et al. (USA)	1961	10
Parnitzke (DDR)	1961	14
Rüegsegger (Schweiz)	1963	25
Blanc et al. (Frankreich)	1966	22
Lungershausen (BRD)	1968	15
Pöldinger (Schweiz)	1968	15

Tabelle 3:

Die Beteiligung engerer nosologischer Einheiten an den Suizidhandlungen läßt sich international überhaupt nicht vergleichen, da dazu eine Vereinheitlichung der Begriffsdefinitionen und der Methodik der Erfassung nötig wären. Als Beispiel möge die folgende Tabelle 4 dienen, aus der die große Unterschiedlichkeit der Häufigkeit der Diagnose »Depression« bei Selbstmordversuchen ersichtlich ist:

Autor	Jahr der Publikation	N	% Diagnose »Depression«
Batchelor u. Napier (Großbritannien)	1953	200	47
Ettlinger u. Flordh (Schweden)	1955	500	30,8
Sclare u. Hamilton (Großbritannien)	1963	180	70
Krupinski et al. (Australien)	1965	358	31,6
Achté u. Ginman (Finnland)	1966	100	21
Blanc et al. (Frankreich)	1966	500	48
Kapamadzija (Jugoslawien)	1966	180	13
Pöldinger (Schweiz)	1968	450	47,7

Tabelle 4:

Etwas mehr Einigkeit besteht in der Zuordnung dieser Diagnose (»Depression«) bei den Suiziden:

Autor	Jahr der Publikation	N	% Diagnose »Depression«
Robbins et al. (USA)	1959	139	45
Dorpat u. Ripley (USA)	1960	108	30
Capstick (Großbritannien)	1960	351	38,7
Sainsbury (Großbritannien)	1968	409	47,6

Tabelle 5:

Eine differenzierte diagnostische Analyse von Suizidhandlungen in Wien (*Ringel*, 1961) zeigt Tabelle 6:

	SM %	SV %
endogene Depression	28	15
Schizophrenie	5	4
organische Demenz	2	3
Neurose	26	30
neurotische Reaktion	2	30
pathologische Altersreaktion	26	5
Psychopathie	10	11
Debilität	–	2

Tabelle 6:

Aus dem bisherigen ergibt sich, daß der Anteil der Psychosen an den Selbstmorden groß ist, wenn auch Schwankungen in der Literatur festgestellt werden konnten, was im wesentlichen damit zusammenhängen mag, daß die psychiatrische Nosologie heute noch in vielen Bereichen auf Hypothesen fußt und die Objektivierungsmethoden nicht einheitlich sind. Das Risiko für Suizidhandlungen bei endogenen Psychosen ist etwa dreißigmal größer (*Bojanovsky*, 1972), als das der Normalpopulation. Suizidhandlungen psychotischer Patienten werden im allgemeinen ernsthafter und schwerer angelegt als Suizidhandlungen im Rahmen erlebnisreaktiver Störungen. Das bisherige Erfahrungsgut der Psychiatrie legt die Annahme nahe, daß Psychosen zunächst einmal eine allgemeine Disposition für die Selbstmordhandlung darstellen; die letztlich zu dieser führenden Motive hingegen können einerseits im psychotischen Geschehen selbst, andererseits aber auch in anderen »konkreten Störereignissen« (*Mayr*, 1937) liegen. Psychose und Lebensgeschichte sind jeweils in verschiedener Wertigkeit für das Zustandekommen der Suizidhandlungen ausschlaggebend: Dieser Zusammenhang stellt sich häufig so dar, daß die Psychose lebensgeschichtlichen Ereignissen erst jenes Gewicht verleiht bzw. die Toleranz seelischen Belastungen gegenüber so herabsetzt, daß sich nur mehr der Ausweg des Selbstmordes anzubieten scheint.

Besondere Beachtung verdient dabei folgender Umstand: es gehört zum eigengesetzlichen Verlauf jeder Psychose, daß sie rezidivierend in Phasen oder Schüben verläuft, in welchen somit jeweils eine erhöhte Suizidgefahr stets neuerlich auftritt.

2. Zusammenfassung: "Krankheitssymptom" Suizidhandlung

Selbstmordhandlungen sind bislang noch ungeklärte Phänomene, wenn es auch eine Reihe von Hypothesen als Erklärungsversuche dafür gibt: Psychiatrisch-psychopathologische Thesen (*Ringel*, 1953), tiefenpsychologische Thesen (*Freud*, 1946; *Adler*, 1973; *Menninger*, 1938; *Henseler*, 1974; u. a., vgl. hierzu insbesondere die ausgezeichnete Zusammenfassung von *Farberow* und *Shneidman* 1961), soziologische Thesen (*Durkheim*, 1973; *Braun*, 1971; *Lester*, 1972; *Jacobs*, 1974), pathologisch-anatomische Thesen (*Veith*, 1960; *Beck*, et al. 1974) und in neuerer Zeit Hypothesen unter dem Aspekt der biologischen Psychiatrie (*Shaw* et al. 1979). Desweiteren theologische und philosophische Thesen, wie sie z. B. in dem Handbuch für Selbstmordverhütung von *Thomas* (1964), aber auch von anderen angeführt werden. Jede dieser Thesen trägt zweifellos einiges zur Klärung des Phänomens Suizid bei, eine wohl abgerundete Gesamthypothese kann jedoch derzeit noch nicht erstellt werden.

Der Suizid stellt offenbar ein komplexes Geschehen dar, bei dem in erster Linie soziologische, psychologische und psychiatrische Faktoren

eine Rolle spielen, deren Gewicht jedoch je nach Fall unterschiedlich ist, sodaß man daraus keine allgemeingültigen Schlüsse ziehen kann. Diese Schwierigkeiten sind leicht zu verstehen, wenn wir bedenken, daß unsere Untersuchungen sich in erster Linie auf einen Suizid oder Suizidversuch stützen. Angaben über Suizide sind trotz der recht subtil durchgeführten Methode der sogenannten psychologischen Autopsie (*Shneidman*, 1969) oft nur von geringem, bisweilen von falschem Informationswert. Es muß darüberhinaus angenommen werden, daß sich die tatsächliche Anzahl der in einer bestimmten Region auftretenden Suizide zu jener Rate, die statistisch zu erfassen ist, in einer uns bekannten Relation verhält, sodaß auch von dieser Seite her rein zahlenmäßig-statistische Aussagen nur einen begrenzten Wert haben. Die Anzahl derer, die vor dem Suizid psychiatrisch auffällig und behandelt wurden, ist recht gering, sie beträgt nach unseren Untersuchungen in Wien etwa 20-25%, im übrigen Bundesgebiet ca. 15%. Genauere Untersuchungen unmittelbar oder kurz vor einem Suizid liegen fast keine vor. Stützt sich die Hypothesenbildung auf sogenannte Suizidversuche, die nach der von *Kreitmann* (1976) vorgeschlagenen Terminologie doch wohl besser als Parasuizide zu bezeichnen sind, so untersuchen wir ein höchst inhomogenes Verhalten, wie es z. B. *Feuerlein* (1974) in seinen Untersuchungen über Suizidversuch oder parasuizidale Handlungen zeigen konnte; siehe dazu aber auch *Stengel*, 1969; *Linden*, 1969 u.a.. Ebenso wie beim Suizid sind auch beim Suizidversuch zahlenmäßige Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens nur mit größter Vorsicht und unter ganz bestimmten Voraussetzungen verwertbar (z. B. stationär aufgenommene Suizidversuche einer definierten Region in Relation zu den Gesamtaufnahmen eines Krankenhauses in bestimmten Zeiträumen).

Als Psychiater fühlt man sich aufgrund vielfältiger praktischer Erfahrung mit selbstmordgefährdeten Menschen durchaus berechtigt zu sagen, daß die Selbstvernichtung in einem hohen Prozentsatz der Fälle auf dem Boden einer psychopathologischen Verfassung zustandekommt. Diese These wird, wenn es sich z. B. um eine endogene Depression handelt, kaum auf Widerstand stoßen, bei Randproblemen, wie z. B. neurotischen Reaktionen, schon umstrittener sein. Im Zeichen der Krankheitsthese ist es gelungen, die Ärzte zumindest teilweise zur Mitarbeit in der Selbstmordprohylaxe zu bewegen; ferner spielt der Einfluß der Krankheitsthese auf moralische Institutionen eine große Rolle: Die Tatsache etwa, daß die katholische Kirche heute keinem Selbstmörder mehr das Begräbnis verweigert – und nicht, wie früher, nur jene kirchlich bestattet, denen eine Geisteskrankheit attestiert wird – , halten wir für einen bedeutenden gesellschaftlichen Fortschritt, der zweifelsfrei durch die modernen medizinisch-psychiatrischen Untersuchungen zustandegekommen ist; allerdings scheint dadurch die Kirche einer bestimmten Form ihrer Kompetenz

als selbstmordverhütende Institution – nämlich diese Sünde zu verhindern – entbunden.

Wenn auch die Etikettierung eines suizidgefährdeten Menschen als Kranken häufig diesen Personen erstmals eine Identität ermöglicht, die dann allerdings nur schwer wieder aufgegeben wird, steht sie doch in einem problematischen Spannungsfeld: ist ein Mensch krank, so ist dies ein Appell an den Arzt, sich seiner anzunehmen; der Arzt tritt nun mit seinem aus der somatischen Medizin kommenden Krankheitsmodell an diesen "Patienten" heran und findet z.B. beim Krisenpatienten eine Reihe körperlicher Symptome, die er verschiedentlich in Angriff nimmt. Relativ bald gelangt er jedoch an die Grenzen seiner therapeutischen Aktivität, wenn er die psychosozialen Zusammenhänge nicht sieht. Erkennt er den psychosozialen Hintergrund, so fehlt ihm häufig die entsprechende Ausbildung, um mit dieser Störung fertig zu werden. Und selbst bei entsprechender Ausbildung fehlt es ihm, zumindest in unserem Versorgungssystem, meist an der nötigen Zeit, sich mit dem Patienten länger zu beschäftigen. Die Intervention wird sich dann auf einige gutgemeinte Ratschläge beschränken müssen und im günstigsten Fall eine Verweisung an eine soziale Hilfsstelle beinhalten.

Für die Gesellschaft hat die Etikettierung eines Menschen als "krank" mehrfache Konsequenzen: man begegnet solchen Personen mit Mitleid, ihr Tod wird als "natürliche Folge" ihrer Krankheit gesehen. Dies trifft in fataler Weise für Menschen in Krisensituationen, die durch Selbstmord enden, zu. Desweiteren hat die Gesellschaft Gelegenheit, den Kranken als ein nicht vollwertiges Mitglied abzuschieben, sei es in die entsprechenden medizinischen Institutionen oder in eine andere Form der sozialen Isolierung. Sie kann sich mit Mitleid oder Verachtung abwenden, um den Kranken als einen nicht zu ihr gehörigen Menschen zu eliminieren.

Legt man die psychopathologische These, als eine von vielen, dem Suizidgeschehen zugrunde, so ergibt sich folgende Schlußfolgerung: Suizidtendenzen mögen in der normalen Psyche liegen (*Stengel*, 1969); um jedoch zum Suizid zu führen, müssen spezielle Faktoren hinzukommen, deren Entstehung trotz mannigfacher Deutungsversuche nach wie vor ungeklärt ist. Einige dieser "Risikofaktoren" sind uns jedoch bekannt und auch einigermaßen definiert: Durch z. B. eine spezielle psychische Krankheit bekommt die Suizidtendenz jenen Stellenwert, der den Suizid als Abschluß dieser Krankheit bewirken kann.

Literatur

Achté, K.A., *Ginman*, I.: Suicidal attempts with narcotics and poisons. Acta psychiatr. scand. 42 (1966) 214

Adler, A.: Selbstmord. Int. Z. f. Indiv. Psychol. 15, 49–52 (1937)

Batchelor, I., *Napier*, M.: The Sequelas and Short Term Prognosis of Attempted Suicide. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 17 (1953) 261

Beck, A.T., *Resnik*, H.L.P., *Lettieri*, D.J.: The Prediction of Suicide. Charles Press, Maryland 1974

Berner, P., *Sonneck*, G.: Psychotische Suizidhandlungen. Münch. Med. Wschr. 117 (1975) 6, 193–196

Bingler, N.: Statistische Betrachtungen über den Selbstmord im Reichsheere in den Jahren 1921–1929. Veröffentl. Heeresan. wes. Nr. 84 (1930) 74

Blanc, M., *Bourgeois*, M., *Henry*, P.: La tentative de suicide. Aspects actuels (Apropos de 500 observations) Am. med.-psychol. 124 (1966) 554

Bojanovsky, J.: Der Suizid und das depressive Syndrom. Therapiewoche 29 (1972)

Boldt, M.: Defining Suicide; Implications for Suicide Behavior and Suicide Prevention, 13. Int. Kongreß f. Suizidverhütung und Krisenintervention, Wien 1985. Im Druck in *Crisis* 10/2; 1986

Braun, Ch.: Selbstmord, Goldmann, München 1971

Capstick, A.: Recognition of emotional disturbance and the prevention of suicide. Brit. med. J. i. 1179 (1960)

Delanoy, R.M.: Selbstmorde und Selbstmordversuche in Wien im Jahre 1926, Statist. Mitt. Stadt Wien, 3. Sonderheft, 1927

Dorpat, T.L., *Ripley*, H.: A study of suicide in the Seattle area. Comprehens, Psychiatr. 1 (1960) 349

Durkheim, E.: Der Selbstmord. Soziologische Texte 32, Luchterhand, Neuried-Borkin 1973

Ettlinger, R.W., *Flordh*, P.: Attempted Suicide. Experience of five hundred cases at a General Hospital. Acta. Psychiat., scand. 103 (1955) 5–45

Feudell, P.: Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 4 (1952) 147

Feuerlein, W.: Tendenzen von Suizidhandlungen: Wege zum Menschen 5/6 (1974) 188–195

Freud, S.: Ges. Werke, Bd. X, Imago, London 1946

Gruhle, W.W.: Selbstmord. Thieme, Leipzig 1940

Henseler, H.: Narzistische Krisen, Rowohlt, Reinbeck 1974

Jacobs, J.: Selbstmord bei Jugendlichen. Kösel, München 1974

Jantz, H.: Schizophrenie und Selbstmord. Der Nervenarzt, 22 (1951) 126–133

Kapamadzija, B.: 180 an unserer Klinik von 1952 bis 1966 behandelte Selbstmordversuche. Med. Preg. 19 (1966) 261

Kielholz, P.: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. J.F. Lehmanns, München 1974

Kreitman, N.: Some research aspects of suicide and attempted suicide (parasuicide) with special reference to young people. WHO (1976) Suicide and attempted suicide in young people. Copenhagen.
Krupinski, J., *Polke*, P., *Stoller*, A.: Psychiatric disturbance in attempted and complete Suicides in Victoria during 1963. Med. J. Aust. 51/11 (1965) 773
Lester, D.: Why people kill themselves. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. 1972
Linden, K.J.: Der Suizidversuch. Versuch einer Situationsanalyse. F. Enke. Stuttgart 1969
Lungershausen, E.: Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Studenten. Hüthig, Heidelberg 1968
Mayr, J.: Handbuch der Artefakte, Jena 1937
Menninger, K.A.: Man against himself. Harcourt, Brace & Co. New York 1938
Parnitzke, K.H.: Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre. Psychiatr. Neurol. med. Psychol. 13 (1961) 297
Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern 1968
Pöldinger, W.: Suizidalität, Depression und Angst. In: Kielholz P. (Hrsg.) Depressive Zustände. H. Huber, Bern–Stuttgart–Wien, 1972
Ringel, E.: Ein Beitrag zur Frage der vererbten Selbstmordneigung. Wien. Z. Nervenheilk. 5 (1952) 26–40
Ringel, E.: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung, eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Maudrich, Wien, 1953
Ringel, E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Hollinek, Wien, 1961
Ringel, E., *Sonneck*, G.: Zur Problematik des schizophrenen Selbstmordes, diskutiert an einem besonderen Fall. Psychiatria clin. 7 (1974) 101–119
Robbins, E. et al.: The Communication of Suicidal Intent. Am. J. Psychiat. 115 (1959) 724–733
Ross, Ch.: Mobilizing Schools for Suicide Prevention. Suicide and Life Threatening Behavior 10 (4) 1980; 239–244
Rüegsegger, P.: Selbstmordversuche. Klinische, statistische und katamnestische Untersuchungen an 132 Suizidversuchspatienten der Basler psychiatrischen Universitätsklinik. Psychiat. et Neurol. 146 (1963) 81–104.
Sainsbury, P.: Suicide and depression. In: Recent developments in affective disorders. Special Publ. Nr. 2 (Roy. med.-psychol. Ass.,) 1968
Säker, G.: Ärztliches zum Selbstmordproblem. Münch. med. Wschr. 85 (1938) 782
Schneider, K.: Selbstmordversuche. Dtsch. med. Wschr. 59 (1933) 1389
Sclare, A.B., *Hamilton*, C.M.: Attempted Suicide in Glasgow. Brit. J. Psychiat. 109 (1963) 609–615
Shaw, D.M. et al.: 4-Hydroxytryptamine in the hindbrains of depressive Suicides. Brit. J. Psychiat. 113 (1967) 1407–1411
Shneidman, E.S.: Suicide, lethality and the psychological autopsy. Int. Psychiatry Clin. 6 (1969) 225–250
Shneidman, E.S.: Ten Communalities of Suicide and their Implications for Response, 13. Int. Kongreß für Suizidverhütung und Krisenintervention in Wien, 1985
Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuche. S. Fischer, Frankfurt 1969
Szasz, Th.: The Ethics of Suicide. In: *Battin*, M.P. & *Mayo*, D.J. (eds.) Suicide, The Philosophical Issues St. Martin's Press, New York, 1980 185–198
Thomas, K.: Handbuch der Selbstmordverhütung, Enke, Stuttgart 1964

Veith, G.: Bemerkenswerte anatomische Befunde bei Selbstmördern. Nervenarzt 31, (1960) 550–555
Weichbrodt, R.: Der Selbstmord. Basel 1937
Yessler, P.G., *Gibbs*, J.J., *Becker*, H.: On the Communication of Suicidal Ideas I and II. Arch. Gen. Psychiat. 3 und 5 (1960 und 1961)

Gernot Sonneck
Universitätsdozent am Institut für
Medizinische Psychologie der Universität Wien
Severingasse 9
A-1090 Wien

Résumé

Les actions suicidaires sont toujours des phénomènes inexplicables, malgré qu'il y a un tas d'hypothèses commes essais d'explication: des thèses psychiatriques et psychopathologiques (Ringel, 1953), des thèses psychoanalytiques (Freud, 1946; Adler, 1953; Menninger, 1938; Henseler, 1974, et d'autres voir spécialement le résumé excellent de Farberow et Shneidmann, 1961), des thèses sociologiques (Durkheim, 1973; Braun, 1971; Lester, 1972; Jacobs, 1974), des thèses pathologico-anatomiques (Veith, 1960; Beck et al., 1974), et dans un temps plus proche des hypothèses sous l'aspect de la psychiatrie biologique (Shaw et al., 1979). En plus il y a des thèses théologiques et philosophiques, comme elles sont décrites p.ex. dans le manuel de la prévention suicide de Thomas (1964), mais aussi d'autres auteurs. Chacune de ces thèses contribuent sans doute partiellement pour l'explication du phénomène »suicide«, mais une hypothèse globale et arrondie ne peut pas être faite aujourd'hui.

Le suicide est, sans doute, quelque chose de complexe où, avant tout, des facteurs sociologiques, psychologiques et psychiatriques jouent un rôle mais dont l'importance est dans chaque cas une autre, afin qu'on ne peut pas tirer des conclusions universellement valables. Ces difficultés sont facilement à comprendre, si nous pensons que nos examens se basent en premier lieu sur un suicide ou une tentative de suicide. Des données sur des suicides, même si elles sont accomplies d'après la méthode subtile de la soi-disante autopsie psychologique (Shneidmann, 1969) sont souvent d'une valeur informatrice faible, si non fausse. On doit, en plus, supposer que le nombre effectif des suicides se produisant dans une région donnée, ne correspond pas avec ce qui est statistiquement enregistré, afin que, vu de ce côté là les dépositions purement d'après le nombre statistique ne sont que d'une valeur limitées. Le nombre des gens qui étaient traités comme patients psychiatriques avant le suicide, est peu important. Il se chiffre d'après nos recherches à Vienne d'environs 20 à 25 %, dans les autres parties de l'Autriche à ca. 15 %. Ils n'existent, malheureusement, presque pas de recherches juste après et juste avant un acte suicidaire. Si la formation d'hypothèse se base sur des soi-disants tentatives de suicide, qui selon la terminologie de Kreitmann (1967) devraient être désignées comme parasuicides, nous examinons un comportement trés inhomogène, comme p.ex. Feuerlein (1974) dans ses recherches sur des tentatives de suicide et des actes parasuicidaires a pu montrer; voir aussi Stengel (1969), Linden (1969) et d'autres. Ainsi comme chez le suicide, aussi chez la tentative de suicide des indications par nombre sur la fréquence de ces évènements est seulement utilisable avec la plus grande prudence et seulement sous des conditions à définir (p.ex. des cas de tentatives de suicide dans des cliniques d'une région définie en relation avec tous les patients d'une clinique dans un temps défini).

Etant psychiatre on ne peut dire sur la base d'une expérience pratique et multiple avec des gens en danger de se suicider, que le suicide se produit avec un grand pourcentage sur la base d'un état psychopathologique. Cette thèse ne trouvera point de la résistance, s'il s'agit d'une dépression endogène, mais sera plus contesté chez des réactions névrotiques. Au signe de la thèse de maladie il était possible de motiver au moins partiellement, les médecins de collaborer à la prévention du suicide; en plus l'influence de la thèse de maladie joue un rôle sur des institutions morales: Le fait, par exemple, que l'église catholique ne refuse plus un enterrement religieux à un

être qui s'est suicidé, et non, comme auparavant, qu'on avait seulement assisté de la part de l'église à un enterrement, quand une maladie mentale à été attesté. Nous considérons ce fait comme un progrès social important, qui est, sans doute, le résultat des recherches modernes médicales et psychiatriques. Cependant il semble que l'église dégagé d'une certaine forme de sa compétence comme institution préventive au suicide, voir d'empêcher ce péché.

Même si l'étiquetage d'un homme en danger de suicide comme un être malade lui donne pour la première fois une identité qui à la suite est pourtant abandonné avec de la peine, parce qu'elle est posé dans un champs de tension: si un être humain est malade, c'est un appel au médecin de s'en occuper; le médecin s'approche de ce patient avec son modèle de maladie émergeant de la médecine somatique et trouve p.ex. chez ce »patient« en crise un tas de symptomes somatiques, qu'il attaque. Relativement vite il arrive à la frontière de ses activités thérapeutiques, s'il ne voit pas les relations psychosociales. S'il voit l'arrière-plan psychosocial, il lui manque souvent la formation appropriée pour résoudre ce trouble. Et même s'il a la formation appropriée il lui manque, au moins dans notre système de soins, en général le temps nécessaire de s'occuper plus longuement avec le patient. L'intervention se limitera à quelques conseils bienveillants et dans le cas le plus favorable à un renvoi à une institution d'entre-aide sociale.

Pour la société l'étiquetage d'un être humain comme ›malade‹ a plusieurs conséquences: on rencontre ces gens avec pitié, leur mort est vu comme ›suite naturelle‹ de leur maladie. C'est fatalement le cas chez des gens dans des situations de crise qui finissent par se suicider. En plus, la société peut mettre de côté le malade comme un être qui a toute sa valeur soit dans des institutions médicales appropriées soit dans une autre forme d'isolement social. Elle peut se détourner avec pitié ou avec mépris pour éliminer le malade comme un être qui n'appartient plus à elle.

Si on se base sur la thèse psychopathologique, comme une parmi beaucoup, chez le comportement suicidaire, on peut tirer les conclusions suivantes:
Des tendances suicidaires peuvent être dans la psyché normal (Stengel, 1969); mais pour mener au suicide il faut que des facteurs spéciales s'y ajoutent dont l'origine est toujours, malgré de beaucoup d'essais d'interpretation, inexplicables. Quelques uns de ces facteurs de risque nous connaissons et ils peuvent être définis plus ou moins.

Par une maladie psychique spéciale p.ex. la tendance suicidaire reçoit cette valeur qui produit le suicide comme fin d'une telle maladie.