

Suizid in Zahlen, Worten und Fragen

Autor(en): **Ajdacic-Gross, Vladeta**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **29 (2003)**

Heft 5

PDF erstellt am: **16.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800902>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Suizid in Zahlen, Worten und Fragen

Die Forschung über Suizid hat eine lange und ertragreiche Geschichte. Unser Wissen über Suizid ist gross, aber wir verstehen sehr wenig. Die Prognostizierbarkeit eines Suizids ist entsprechend stark limitiert. Analog sind auch die Perspektiven der Suizidprävention eingeschränkt.

VLADETA AJDACIC-GROSS*

Die Suizidzahlen sind leicht greifbar im Vergleich zu anderen Formen autoaggressiven Verhaltens wie beispielsweise Suizidversuch und Selbstverstümmelung oder im Vergleich zu psychischen Erkrankungen. Amtlich betrachtet ist der Suizid eine Todesursache mit einem entsprechenden Code in der ICD (International Classification of Diseases) der WHO. Als solche ist Suizid in der Todesursachenstatistik ausgewiesen.

Zahlen und Vorurteile

Die Todesursachenstatistik besteht in der Schweiz seit 1876. Die Suizidzahlen haben die StatistikerInnen seit je-

her in ihren Bann gezogen. Der enorme Anstieg der Suizidhäufigkeiten im 19. Jahrhundert wurde mit Sorge verfolgt und in Publikationen wie der jährlichen «Bevölkerungsbewegung» oder in den Übersichtsbänden «Ehe, Geburt und Tod in der Schweiz» dokumentiert. Ein Blick über die letzten 125 Jahre zeigt etwas Erstaunliches: Die höchsten Suizidraten in der Schweiz sind um 1900 anzutreffen und nicht etwa in unserer Zeit.

Die gegenteilige Meinung beruht auf einem Vorurteil. Davon gibt es zu Suizid eine reiche Palette, einige davon auch trotz aller Statistiken. Die Suizidraten der älteren Personen sind zum Beispiel höher als bei jüngeren – nicht umgekehrt. Suizide sind in den warmen Monaten häufiger als im Herbst und Winter. Zu den schillerndsten Vorurteilen gehört die Idee, dass Suizid etwas über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der Gesellschaft verrät.

Was verraten die Suizidzahlen?

Jährlich kommen in der Schweiz etwa 1400 Menschen durch Suizid zu Tode, etwa 1000 Männer und 400 Frauen. Dies entspricht vier Menschen pro Tag oder etwa 20 von 100 000 Personen im Jahr. Dieser Quotient wird als (Suizid-)Rate bezeichnet. In Bezug auf eine begrenzte Zeiteinheit wie einen Tag oder ein Jahr ist Suizid somit ein relativ seltenes Ereignis.

Doch wie selten ist «selten»? Der Blick über den Lebenslauf hinweg vermittelt ein anderes Bild. Von einer Generation sterben letztlich 1-2 Personen von Hundert an Suizid. Fast jeder und jede begegnet im Laufe des Lebens dem Suizid im Freundes- und Bekanntenkreis, am Arbeitsplatz, als Vereinsmitglied oder womöglich in der eigenen Familie. Jede Hausärztin behandelt(e) eine Handvoll verstorbener und zu-

künftiger SuizidentInnen. Jede Lehrperson bildet SchülerInnen aus, die später auf leisen oder auch lauten Sohlen aus dem Leben gehen werden. Mit Suizid wird nahezu jede/r früher oder später konfrontiert, die meisten Menschen sogar mehrmals.

Der Suizid ist eine Todesursache, die in der Jugend und in jedem späteren Lebensalter bedeutend ist. Deshalb gehört Suizid in Hinblick auf die ökonomische Kategorie der verlorenen Lebensjahre zu den bedeutendsten Todesursachen. Etwa 10 Prozent der verlorenen Lebensjahre gehen zu Lasten des Suizids – eine Grössenordnung, die nur von Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs übertroffen wird.

Rätsel in der Suizidforschung

Eine nochmals andere Dimension erschliesst sich aus der Beobachtung, dass vollendeter Suizid nur die Spitze eines Eisberges darstellt. Weitgehend unsichtbar bleiben der Suizidversuch sowie weitere Formen suizidalen und auto-aggressiven Verhalten. Beim Suizidversuch geht man von einer Lebenszeitprävalenz¹ von etwa 10 Prozent aus. Der Suizidversuch ist bei jungen Menschen weitaus häufiger als bei älteren, und er ist häufiger bei Frauen als bei Männern. Dies bedeutet, dass in dieser Hinsicht umgekehrte Verhältnisse im Vergleich zum vollendeten Suizid bestehen.

Wie dieses Paradoxon zu interpretieren ist, bleibt eines der vielen ungelösten Rätsel in der Suizidforschung. Es interessiert umso mehr, als der Suizidversuch nach wie vor als der beste (wenn auch nicht als guter ...) Prädiktor für späteren Suizid gilt: Je nach Schätzung begeht jede/r Zehnte nach einem Suizidversuch zu einem späteren Zeitpunkt Suizid. Das heisst aber auch, dass die allermeisten Menschen nach einem Suizidversuch am Leben

* Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Kontakt: vajdacic@spd.unizh.ch. Veröffentlichung: «Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft.» Peter Lang Verlag, 1999.

weiter teilhaben. Die meisten geben an, glücklich darüber zu sein, dass sie weiterleben.

Suizidhäufigkeiten im internationalen und im regionalen Vergleich

Die Schweiz gilt im internationalen Vergleich als Land mit hohen Suizidraten. Dies gilt ganz besonders für den Suizid bei jungen Erwachsenen, weniger ausgeprägt für den Kinder- und Jugendsuizid. Die Schweiz gehört zur Gruppe der industrialisierten, vorwiegend protestantischen, westeuropäischen Länder mit eher tiefen Raten für Kriminalität und gewaltsames Verhalten, jedoch relativ hohen Suizidraten.

Die Einflüsse der Urbanität und der Konfession spiegeln sich bezüglich des Suizids auch innerhalb der Schweiz wieder (Abbildung 1). Weshalb in einzelnen Kantonen wie den beiden Appenzell konstant hohe Raten anzutreffen sind, ist oft gefragt, jedoch nicht schlüssig beantwortet worden.

Entwicklung der Suizidhäufigkeiten

Die Entwicklung der Suizidraten seit 1876 zeigt keinen einheitlichen Trend. Die Raten der Männer, insbesondere in reformierten Gebieten, erreichen gegen Ende des 19. Jahrhunderts hohe Werte und nehmen seither tendenziell ab. Demgegenüber weisen die Raten der Frauen und der katholischen Gebiete einen insgesamt ansteigenden Trend. Besonders in den katholischen Gebieten ist ein Anstieg, erst ab Beginn der Nachkriegszeit, deutlich nachweisbar. Die Trends werden von verschiedenartigen konjunkturellen Schwankungen überlagert – bis hin zu saisonalen Schwankungen. Als weitere Komponente kommen seit den

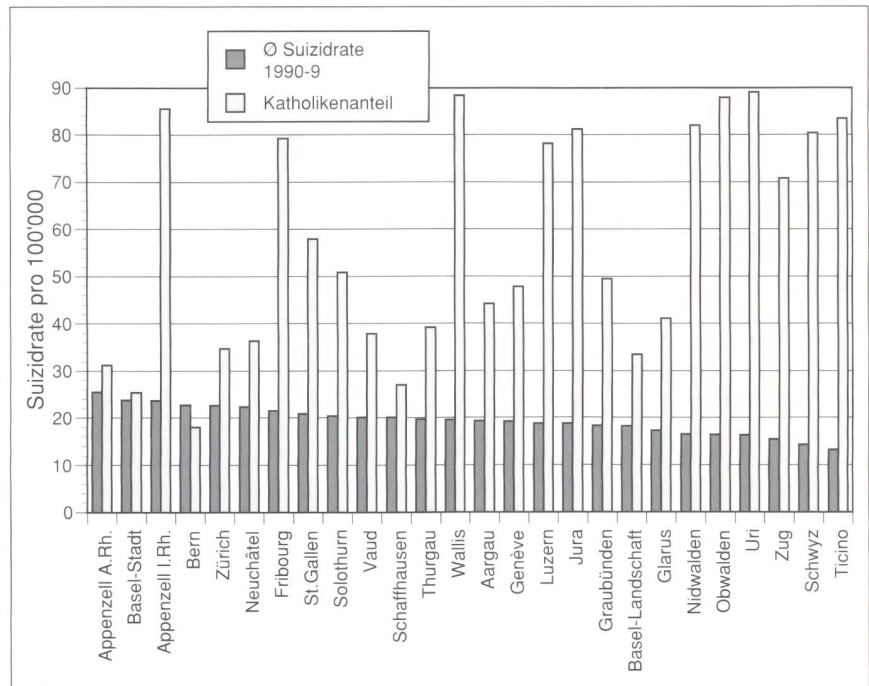


Abbildung 1: Durchschnittliche Suizidraten (1990-99) und Anteil katholischer Bevölkerung (in %), nach Kantonen (adaptiert nach Page, 2000²)

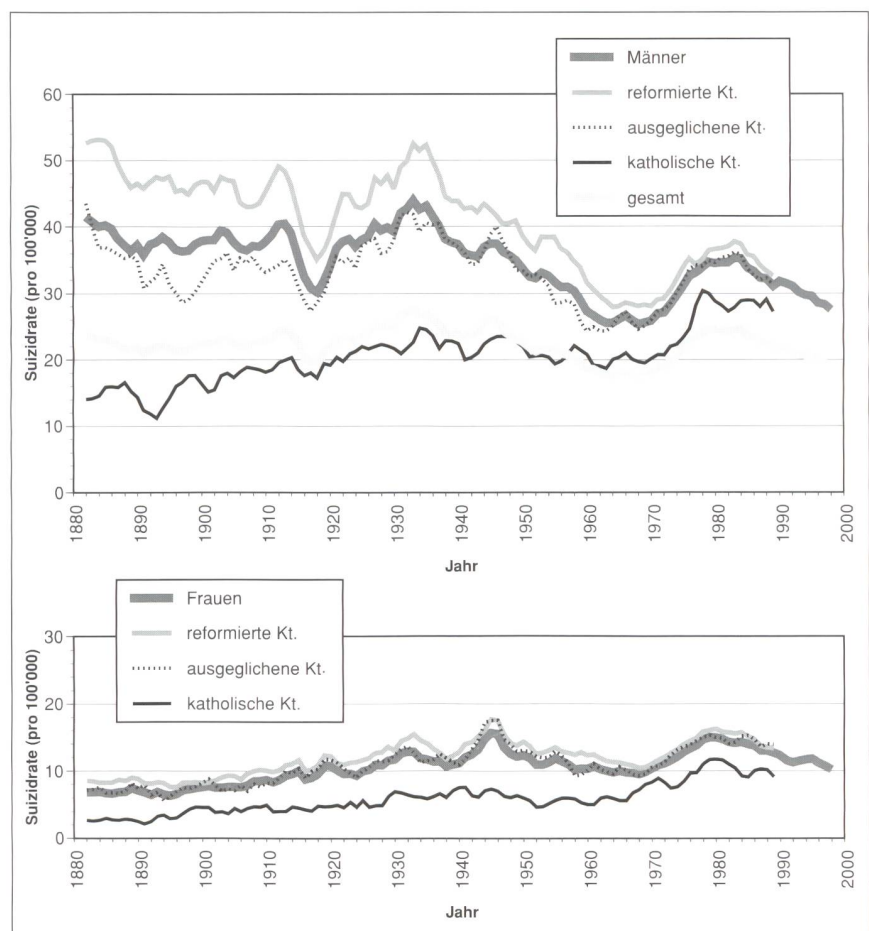


Abbildung 2: Suizidraten nach Geschlecht und Kantonsgruppe, diff. nach Konfessionsanteilen, 1881-2000, 3-gliedrige gleitende Mittelwerte (oben: Männer, unten: Frauen)

1940-er Geburtsjahrgängen verstärkt generationenspezifische Einflüsse dazu, welche bei männlichen Jugendlichen (und vermutlich vor allem in

reformierten Kantonen) die Raten in den 1970er- und 1980er-Jahren wesentlich mitgeprägt haben. Die saisonalen Schwankungen sowie die gene-

rationenspezifischen Effekte sind weitgehend unverstanden geblieben. Bei den konjunkturellen Schwankungen bestehen offensichtliche Beziehungen zu ökonomischen und sozio-demographischen Variablen, ohne dass deren Hintergrund klar wäre.

Saisonale Schwankungen

Viele glauben, dass Suizide in der dunklen Jahreszeit, also in den Herbst- und Wintermonaten, häufiger sind als im Sommer. Das Gegenteil ist der Fall,

die Häufigkeiten jeweils wieder auf dem ursprünglichen Niveau ein.

Alters- und Geschlechtsunterschiede

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen stellt der Suizid neben Unfällen die wichtigste Todesursache dar. Dieses Faktum führt immer wieder zu Missverständnissen. Es gibt in dieser Altersklasse bis auf AIDS glücklicherweise keine weiteren Todesursachen, die viele Personen betreffen.

lichen deutlicher ausgeprägt ist als bei Erwachsenen.

Der Geschlechtsunterschied beim Suizid zeigt insgesamt ein Überwiegen des Männersuizids um den Faktor 2.5 gegenüber dem Frauensuizid. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist das Geschlechtsverhältnis noch ausgeprägter (Faktor 3.5-4). Weitere augenfällige Unterschiede finden sich in Bezug auf die Methoden des Suizids wie auch in Bezug auf Diskrepanzen zwischen Suizidversuch und vollendetem Suizid.



gewissermassen im doppelten Sinne. Suizide sind im Frühjahr und im Sommer tatsächlich häufiger, und darüber haben sich schon die Statistiker des 19. Jahrhunderts die Köpfe zerbrochen. Hinzu kommt ein deutliches Nachgeben der Suizidhäufigkeiten im November und v. a. Dezember. Es scheint, dass dieses Phänomen etwas mit den Festtagen zu tun hat: unmittelbar nach Beginn des neuen Jahres pendeln sich

Interessant ist die Hypothese, dass sich die Suizidalität in der Jugend von derjenigen im Alter unterscheidet. Während letztere deutlicher mit psychiatrischen Krankheiten und Symptomen assoziiert ist, scheint die Suizidalität bei Jugendlichen eher passagerer (vorübergehender) Natur zu sein. In gewisser Übereinstimmung damit steht die Beobachtung, dass der Nachahmungseffekt («Werther-Effekt») bei Jugend-

Suizidmethoden

Die wichtigsten Suizidmethoden im Zeitraum zwischen 1969 und 1994 sind bei männlichen Jugendlichen (15-19 Jahre) das Erhängen (32%) sowie das Erschiessen (27%); wichtig sind daneben Vergiftungen, Stürze aus grosser Höhe sowie Überfahrenlassen (je ca. 10%). Bei den unter 15-jährigen Suizidenten steht das Erhängen im

Vordergrund (über 60% in dieser Altersgruppe), während bei den 20-24-jährigen das Erschiessen zur wichtigsten Todesursache wird (42%).

Auch beim Suizid der bis-15-jährigen Frauen ist Erhängen (32%) die wichtigste Todesursache. Bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen treten Vergiftungen (25-30%) an die erste Stelle, gefolgt von Erhängen, Sturz und Überfahrenlassen (je 17-20%).

Die Verteilung der Suizidmethoden verändert sich vor allem im Hinblick auf das höhere Alter nochmals. Weshalb Erhängen beim Alterssuizid relativ stark vertreten ist, ist unverständlich geblieben.

Suizid und gewaltsamer Tod zweifelhafter Ursache

Als wichtigste Möglichkeit für Fehlklassifikation von Suiziden gilt neben Unfällen die Rubrik gewaltsamer Tod mit unklarer Ursache (d.h. unklar, ob Unfall, Suizid oder Homizid). Auf einen unter ICD-8-Code 980-989 registrierten Fall kommen zwischen 1969 und 1994 in den jüngeren Altersklassen etwa 6 Suizide. Das heisst: auch wenn die absolute Häufigkeit der Suizide leicht höher liegen dürfte als ausgewiesen, so bleiben die wichtigsten Relationen doch erhalten. Dies dürfte in verschiedenster Hinsicht gelten, unter anderem auch für die Trends und Fluktuationen des Suizids.

In Bezug auf Kinder- und Jugendlichen-suizid ist es beachtenswert, dass unter zweifelhafter Ursache Vergiftungen (z.B. Überdosis von Drogen) übervertreten sind, bei den jüngsten Verstorbenen aber auch Erhängen.

Risikofaktoren des Suizids

Der Suizid ist ein Endpunkt von sehr unterschiedlichen Krankheiten und krisenhaften Entwicklungen. Dazu gehören einerseits psychische Störungen, wobei die Depression aufgrund ihrer Häufigkeit prominent ist und – ein weiteres Vorurteil – als die Ursache von Suizidalität angesehen wird. Das Risiko für Suizid bei Schizophrenie ist vergleichbar mit Depression, ist jedoch zahlenmässig weniger relevant (die Lebenszeitprävalenz der Depression ist etwa 20 Mal höher als diejenige der Schizophrenien). In Analogie zu psychischen Krankheiten gehen auch be-

stimmte körperliche Erkrankungen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher, vor allem solche, die schwere oder progrediente (zunehmende) Behinderung, Schmerzen oder einen tödlichen Ausgang ankündigen.

Derjenige Risikofaktor, welcher die besten Vorhersagewerte für vollendeten Suizid hat, ist Suizidversuch. Allerdings sterben nur die wenigsten Menschen mit Suizidversuch tatsächlich auch an Suizid³. Neben dem Suizidversuch ist bei Jugendlichen die Abhängigkeit von harten Drogen ein wichtiger Risikofaktor. Zu den chronischen Belastungen gehören häufige Konfliktsituationen, in welchen Jugendliche direkt oder indirekt (Elternkonflikte) einbezogen sind. Im weiteren erhöhen kritische Lebensereignisse wie Verlusterlebnisse, Elterntrennung, offene Ausstossung, Suizide von FreundInnen und andern Nahestehenden das Suizidrisiko. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von kritischen Lebensereignissen innerhalb einer Zeitspanne (z.B. 1 Jahr) und dem Suizidrisiko. Suizid und Suizidversuch ist bei Jugendlichen schliesslich assoziiert mit dem sozialen Netzwerk (Leben in Familie vs. Heim, Gesprächsmöglichkeiten), mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen (Gewalt in der Familie, sexueller Missbrauch), mit risikoreichem Verhalten (Diebstahl, Drogenerfahrungen)⁴.

Systematisch betrachtet sind hier sehr verschiedene Dimensionen genannt: chronische und akute, kurzfristige wie auch lebensgeschichtliche, manifeste wie auch latente; sie tragen jede für sich zum Suizidrisiko bei. Die Frage nach dem Suizidrisiko lässt sich aber auch unter umgekehrter Perspektive stellen: welches sind die Faktoren, welche die Resilienz kennzeichnen, also die Widerstandskraft angesichts von Belastungen. Dazu gehören eine positive Zukunftseinstellung; das Gefühl, das Leben selbst beeinflussen zu können (Kontrollüberzeugung); ein grösseres soziales Netzwerk und eine umfangreichere Nutzung desselben⁵.

Erklärungsansätze zum Suizid auf medizinisch-biologischer Ebene

In den letzten Jahrzehnten sind verschiedene biologische Parameter mit dem Suizidrisiko assoziiert worden, wie Geburtsgewicht oder Cholesterol-

konzentration im Serum. Am meisten Beachtung gefunden haben Abweichungen im serotonergen Neurotransmittersystem, nachdem tiefe Levels von 5-HIAA, einem Abbauprodukt des Serotonins, bei suizidalen Depressiven ausgewiesen werden konnten. Eine eindeutige genetische Veranlagung konnte für Suizid bis anhin nicht nachgewiesen werden.

Suizid ist schwierig zu prognostizieren

Die Vorhersage von Suiziden – oder auf anderer Ebene: von Suizidversuchen, von Suizidalität – würde entscheidende Vorteile bei der Prävention verschaffen: bei der Auslese von Risikogruppen, bei der Differenzierung von Massnahmen, beim Timing von deren Einsatz etc.

Es bestehen vielfältige bekannte Risikofaktoren (sozio-demographische, persönlichkeitspezifische, im Lebenslauf etc.). Dennoch ist die Prognostizierbarkeit des Suizids entlang von Risikofaktoren, wie oben ausgeführt, schlecht. Neben dieser im wesentlichen passiven Möglichkeit der Vorhersage sind Befragungsinstrumente konstruiert worden, um die Suizidalität psychodiagnostisch, also mit entsprechenden Befragungsmethoden und Skalen zu prognostizieren. Eine Abwandlung dieses Vorgehens bieten Ansätze zu Früherfassung oder Screening, wobei mehrere Erfassungsinstrumente und -schritte nacheinander geschaltet werden.

Insgesamt sind die bisherigen Resultate enttäuschend. Die schlechte Prognostizierbarkeit des Suizids ist eines der grossen Hindernisse für die Suizidprävention. ■

Fussnoten

- 1 Mit der Lebenszeitprävalenz wird hier umschrieben, wie viele Prozent aller Menschen im Laufe ihres Lebens mindestens einen Selbstmordversuch unternehmen.
- 2 Page, R.: Selbstmord in der Schweiz. Eine empirische Analyse zu den Schweizer Kantonen. Bern, Institut für Soziologie, Universität Bern, 2000
- 3 5-15% (verschiedene Quellen, nach Bronisch, T.: Der Suizid. C. H. Beck, München, 1995.)
- 4 Rey Gex C. et al.: Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 1998 (98), 28-33
- 5 Bründel, H.: Suizidgefährdete Jugendliche. Juventa, Weinheim, 1993