

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Direktor: Prof. Dr. F. Kehrler].)

Die psychiatrische Bedeutung der Selbsttötung in Westfalen im Vergleich zu anderen deutschen Gauen*.

Von

Karlheinz Perl, Münster (Westf.).

(Eingegangen am 24. März 1939.)

Einleitung und Überblick.

Die Selbsttötung** ist als eine Erscheinung des Menschengeschlechts im Wandel der Völker und Zeiten in mannigfachem Gewande und — wenn man den Angaben über die Häufigkeit des Selbsttötungsvorkommens, die wohl erst seit kurzem den Anspruch auf eine gewisse Genauigkeit haben, vertrauen darf — in wechselnder Häufigkeit aufgetreten. Immer war es ein bestimmter *Zeitgeist*, der das Leben im Vergleich zu anderen Werten verschieden einschätzen lehrte. *Einmal* waren es *überpersönliche Werte*, die das Leben des Einzelnen nur wenig wert erscheinen ließen; es waren dies meist Zeiten aufsteigender Kulturen; die Selbsttötung könnte man hier als den Tribut ansehen, den das aufstrebende Volk an die Kultur zahlen mußte. Hierher ist z. B. das Harakiri oder Seppuku bei den Japanern zu rechnen, „eine Art der Selbsttötung, die von den Samurai gewählt wird, wenn ihnen nichts anderes übrig bleibt als zu sterben. Manche begehen so freiwillig Selbsttötung. Anderen, die ein Verbrechen begangen haben, durch das sie nicht der Vorrechte der Samuraikaste verlustig gehen, wird von ihren Vorgesetzten befohlen, ihrem Leben ein Ende zu setzen***.“ Wie sehr die Sitte des Seppuku in Japan verwurzelt ist, beweist die Tatsache, daß ein Antrag auf Abschaffung des Seppuku, der 1869 vor das japanische Parlament gebracht worden war, mit 200 gegen 3 Stimmen bei 6 Stimmenthaltungen abgelehnt wurde mit der Begründung, das Seppuku sei „der wahre Schrein des japanischen Nationalgeistes und die praktische Verkörperung der Ergebenheit an eine Idee, sei der Pfeiler der Konstitution . . . der Religion und ein Ansporn zur Mannhaftigkeit****“. Weiterhin dürfte hierher unter anderem die Selbsttötung der indischen

* D. 6.

** Verfasser hat mit *Kehrler* statt der Bezeichnung „Selbstmord“ oder „Freitod“ den unverbindlicheren und weiteren Begriff „Selbsttötung“ gewählt. In Anlehnung an das Strafrecht versteht man unter „Selbstmord“ eine vorsätzliche und *mit Überlegung*, und unter „Freitod“ eine vorsätzliche und *ohne Überlegung* ausgeführte Handlung. Die Bezeichnung „Mord“ wird man also nur dann anzuwenden haben, wenn mit Absicht und voller Überlegung gehandelt wurde (*Bilanzselbstmord* nach *Hoche*).

*** Old tales of Japan. Zit. bei *Lewis*³⁷.

Witwen beim Tode des Gatten und der indischen Diener beim Tode des Herrn zu zählen sein.

Ein *andermal* nahm der Zeitgeist Einfluß etwa in der übermäßigen Wertschätzung des persönlichen Wohlergehens und Auslebens (*Individualismus*), die dazu führen konnte, bei der Aussicht auf ein in irgend-einer Beziehung nicht mehr lebenswertes Leben Hand an sich zu legen. Es waren dies oft Zeiten einer alten und niedergehenden Kultur; als Beispiele sind zu nennen die Selbsttötungen aus Lebensüberdruß bei den Griechen, die von Aristoteles und Epikur verworfen, zur Zeit der stoischen Schule aufkamen und gebilligt, ja sogar in manchen Fällen zum Grundsatz erhoben wurden. Diese Anschauungen galten auch für die Römer zur Zeit des Seneca. Für den Einfluß, den der Zeitgeist auf die Selbsttötungsneigung ausübt, ist das Ansteigen der Selbsttötungen im letzten Jahrhundert in Europa seit dem Ausbruch des Liberalismus ⁷⁶ ein eindrucksvolles Beispiel.

Häufig wird es so gewesen sein, daß der Einzelne glaubte, er opfere sein Leben einer höheren Idee, und in Wirklichkeit handelte es sich um einen ganz individualistischen Lebensüberdruß, der als unterbewußte Strömung die Opferidee gebar. In solchen Fällen bildete die alte inhaltsvolle Opferidee nur noch den Deckmantel für die rein egoistische Selbsttötung aus Lebensüberdruß.

Es gab Zeiten, die eine Umkehrung des Lebenstriebes reaktionslos aufnahmen, ja sogar verherrlichten, und Zeiten, in denen man instinktiv erkannte, daß hier etwas nicht in Ordnung war und wo man versuchte, diese Erscheinung zurückzudrängen.

Aber abgesehen von dieser weitgehenden Beeinflussung der Selbsttötungsart und -häufigkeit durch den Zeitgeist, muß man annehmen, daß ganz elementare Faktoren, die in der *seelischen* Struktur des Individuums und damit auch einer Gemeinschaft rassisch und umweltlich zusammengehöriger Individuen liegen, eine maßgebende Rolle bei der Entstehung von Selbsttötungsgedanken spielen. So dürften die Unterschiede der Selbsttötungsziffern in den verschiedenen Ländern weder durch Fehler und Ungenauigkeiten in den statistischen Unterlagen, noch durch verschiedene Umweltseinflüsse allein bedingt sein.

Auf 10 000 Einwohner kamen im Durchschnitt der Jahre 1931, 1932 und 1933 Selbsttötungen in:

Deutschland	2,9	Belgien	1,8
Dänemark	1,8 *	Estland	1,8
Finnland	2,0	Frankreich	2,2
Griechenland	0,5	Großbritannien	1,3
Nordirland	0,5	Irischer Freistaat	0,3
Italien	0,9	Litauen	0,9
Luxemburg	1,7 (33 = 2,1)	Niederlande	0,8
Norwegen	0,6	Österreich	4,4

* Früher sehr viel höher.

Portugal	1,1	Schweden	1,8
Schweiz	2,6	Spanien	0,4
Tschechoslowakei	0,7	Ungarn	3,2
Rumänien	1,0	Polen *	

Statistisches Jahrbuch des Deutschen Reiches.

Noch überzeugender als in einer Selbsttötungsstatistik der verschiedenen Völker, bei denen mit den allerverschiedensten Einflüssen zu rechnen ist, kommt die Verschiedenheit der Selbsttötungsziffer in der Selbsttötungsstatistik der deutschen Landesteile zum Ausdruck. Auf 10 000 Einwohner kamen im Durchschnitt der Jahre 1932 und 1933 Selbsttötungen:

Reg.-Bez. Königsberg	2,2	Reg.-Bez. Wiesbaden	2,9
Reg.-Bez. Gumbinnen	2,0	Prov. Hessen-Nassau	2,6 **
Reg.-Bez. Allenstein	1,5	Reg.-Bez. Koblenz	1,5
Reg.-Bez. Westpreußen	2,3	Reg.-Bez. Düsseldorf	2,1
Prov. Ostpreußen	1,5 **	Reg.-Bez. Köln	2,0
Stadt Berlin	5,2	Reg.-Bez. Trier	0,9
Reg.-Bez. Potsdam	3,7	Reg.-Bez. Aachen	1,1
Reg.-Bez. Frankfurt	3,2	Rheinprovinz	1,8 **
Prov. Brandenburg	3,5 **	Hohenzollern	1,4
Reg.-Bez. Stettin	2,4	Preußen	2,8 **
Reg.-Bez. Köslin	1,4	Reg.-Bez. Oberpfalz	1,2
Reg.-Bez. Stralsund	1,7	Reg.-Bez. Oberfranken	2,8
Prov. Pommern	2,1 **	Reg.-Bez. Mittelfranken	2,8
Prov. Grenzmark Posen-West-		Reg.-Bez. Unterfranken	1,8
preußen	1,5	Reg.-Bez. Oberbayern	2,9
Reg.-Bez. Breslau	3,4	Reg.-Bez. Niederbayern	1,2
Reg.-Bez. Liegnitz	4,0	Reg.-Bez. Schwaben	2,4
Prov. Niederschlesien	3,5 **	Pfalz	2,3
Prov. Oberschlesien	1,3	Bayern	2,3
Reg.-Bez. Magdeburg	3,6	Kreishauptm. Dresden	4,5
Reg.-Bez. Merseburg	3,7	Kreishauptm. Leipzig	4,4
Reg.-Bez. Erfurt	3,2	Kreishauptm. Chemnitz	4,0
Prov. Sachsen	3,6 **	Kreishauptm. Zwickau	4,1
Prov. Schleswig-Holstein	3,9	Kreishauptm. Bautzen	4,5
Reg.-Bez. Hannover	3,1	Sachsen	4,3
Reg. Bez. Hildesheim	2,8	Neckarkreis	2,5 **
Reg.-Bez. Lüneburg	3,1	Schwarzwaldkreis	1,8 **
Reg.-Bez. Stade	3,0	Jagstkreis	2,0 **
Reg.-Bez. Osnabrück	1,5	Donaukreis	1,9 **
Reg.-Bez. Aurich	2,1	Württemberg	2,1 **
Prov. Hannover	2,7 **	L.-B. Konstanz	2,5
Reg.-Bez. Münster	1,5	L.-B. Freiburg	2,9 **
Reg.-Bez. Minden	1,7	L.-B. Karlsruhe	2,6 **
Reg.-Bez. Arnsberg	1,9	L.-B. Mannheim	2,8 **
Prov. Westfalen	1,7	Baden	2,7
Reg.-Bez. Kassel	2,0	Thüringen	4,0

* Ebenso wie Rußland sehr niedrig: schätzungsweise unter 1.

** Der Wert gilt nur für das Jahr 1933.

Prov. Starkenburg	2,6 *	Braunschweig	4,2
Prov. Oberhessen	1,7 *	Anhalt	4,3
Prov. Rheinhessen	2,8 *	Bremen	3,8
Hessen	2,5	Lippe	2,1
Hamburg	4,9	Lübeck	3,8
Mecklenburg-Schwerin	3,0	Mecklenburg-Strelitz	2,7
L.-T. Oldenburg	3,1 *	Schaumburg-Lippe	1,9
L.-T. Lübeck	3,9 *	Saarland	1,4
L.-T. Birkenfeld	2,2 *	Deutsches Reich	2,9
Oldenburg	3,1		<i>Stat. Reichsamt.</i>

Die Frage, inwieweit beim Zustandekommen der Selbsttötungen in verschiedenen Ländern und Landesteilen die seelische Struktur des Einzelnen wie der gesamten Bevölkerung und die besonderen Umweltbedingungen eine Rolle spielen, ist ebenso interessant wie schwierig zu beantworten. Es wird in diesem Rahmen nur die irgendwie beabsichtigte Selbsttötung behandelt. Damit ist der bei weitem überwiegende Teil der Selbsttötungen erfaßt, da fast alle Selbsttötungen zwar meist nicht aus einer normalen psychischen Situation entstehen, jedoch — auch bei geistig nicht Gesunden — das Ergebnis einer für den Betroffenen bindenden psychischen Reaktionsfolge sind. Die übrigen Fälle sind als Unglücksfälle anzusehen, wie sie z. B. bei Geisteskranken, die sich in lebensgefährliche Situationen bringen, vorkommen. Die echte Selbsttötung ist ein Ausdruck einer *mangelnden Anpassungsfähigkeit* an die Erfordernisse des Lebens, sei es infolge einer ganz primitiven Unfähigkeit, mit den Angelegenheiten des Lebens fertig zu werden, sei es infolge der Ausbildung hochdifferenzierter Eigenschaften, die bei entsprechender psychischer Konstellation nur noch die Selbsttötung zulassen, sei es infolge des Vorhandenseins unerklärlicher Selbsttötungsstrebungen. Es handelt sich hier immer um die eingangs erwähnten egoistischen und nicht um die altruistischen Selbsttötungen. Bei der Entstehung der Selbsttötungsneigung, ganz gleich, ob die Selbsttötung nur versucht oder ausgeführt wird, spielen die Selbsttötungsdisposition und das den Selbsttötungsentschluß auslösende Ereignis (Motiv nach *Gaupp*) eine entscheidende Rolle; und zwar spielt das Motiv eine um so größere Rolle, je gesunder die Psyche des Menschen ist. Gewisse Geisteskranken und Psychopathen bedürfen in entsprechenden Fällen überhaupt keines Anlasses, während es bei psychisch wirklich gesunden Menschen eines wohl ganz außergewöhnlich schweren Ereignisses bedarf, um ihn zur Selbsttötung zu bringen; d. h., daß es bei *verschiedenen psychischen Typen verschiedene Selbsttötungsdispositionen gibt*. Die Selbsttötungsdisposition bestimmt sich aus der Erbanlage und der Integration der Umwelteinflüsse, also der Summe der bisherigen Erlebnisse. Man kann infolge der intensiven gegenseitigen Durchdringung die Erbfaktoren und Umweltfaktoren in einer Untersuchung nicht scharf trennen, ohne

* Der Wert gilt nur für das Jahr 1933.

eine biologische Einheit zu zerstören; man muß sich darüber klar sein, daß die Betrachtung einer der beiden Faktoren nur möglich ist unter Berücksichtigung des jeweils anderen Faktors.

Bei der psychiatrischen Betrachtung der Selbsttötung in Westfalen im Vergleich zu anderen deutschen Gauen scheint es zweckmäßig, das Problem unter zwei Gesichtspunkten zu betrachten: 1. Psychose, Psychopathie und Selbsttötung, 2. Umwelt und Selbsttötung.

Psychose, Psychopathie und Selbsttötung.

Bevor die Bedeutung der Geisteskrankheiten und der geistigen Abweichungen für die Entstehung der Selbsttötungsneigung in Westfalen betrachtet werden kann, muß in Kürze ganz *allgemein* untersucht werden, in welchem Ausmaß Geisteskrankheiten und -abweichungen bei der Entstehung von Selbsttötungsneigungen maßgebend beteiligt sind, und zweitens welche Geisteskrankheiten und -abweichungen es besonders sind, die zu einer Selbsttötungsneigung führen können. Eine Untersuchung, wie es bei den einzelnen verschiedenen abnormen Geisteszuständen zu einer Selbsttötungsneigung kommt, also über den Mechanismus der Entstehung der Selbsttötungsneigung, wäre psychiatrisch sehr interessant, hat für das Thema aber keine Bedeutung, da dieser Entstehungsmechanismus in allen deutschen Landesteilen bei den gleichen geistigen Zuständen gleich sein wird. Es wäre also hier eine Besonderheit für Westfalen nicht herauszuarbeiten.

Statistiken über das Vorkommen von Geisteskrankheiten und -abweichungen bei Selbsttötern:

*Gaupp*¹⁷: 123 Selbsttötungsversuche.

Manisch-depressives Irresein	17
Dementia praecox	11
Angeborener Schwachsinn	7
Alkoholwahnsinn	4
Senile Geistesstörung	4
Epilepsie	12
Hysterie	10
Chronischer Alkoholismus	28
Psychopathie	29
Normal	1

*Oppler*⁴⁹: 331 Selbsttötungsversuche.

Manisch-depressives Irresein	63
Schizophrenie	49
Exogene Depression	16
Alkoholismus	43
Epilepsie	19
Psychopathie	141

Perl: 33 Selbsttötungsversuche.

Geisteskrankheiten	14
darunter: Schizophrenie	3
schizophrene Depression	3

Melancholie	2
paranoide Melancholie	1
klimakterische Depression 3	
Dementia arteriosclerotica	
depressiva	1
Wochenbettpsychose	1
Genuine Epilepsie	1
Psychopathie	17
darunter: reaktiv-	
depressiv	5
hypochondrisch-depressiv	2
erregbar	4
hysterisch	3
andere	3
Situationsreaktion	1

*Wassermeyer*⁷⁹: 169 Selbsttötungsversuche.

Ausgesprochene Psychosen	50 %
Psychopathien und fast aus-	
nahmslos anormale geistige	
Verfassung	50 %
	100 %

<i>Stegmann</i> ⁶⁸ : 401 Selbsttötungsversuche.	
Nicht geisteskrank	8,9%
Geisteskrankheit, Psychopathie, Rauschgift und ähnliches	91,1%
	100%

<i>Stelzner</i> ⁷¹ : 201 Selbsttötungsfälle.	
Melancholie	65
Zirkuläres Irresein	1
Paranoia acuta (einschließlich Amentia)	11
Paranoia chronica	24
Dementia senilis	4
Dementia paralytica	6
Dementia praecox	7
Epilepsie	11
Imbezillität	3
Alkoholismus	6
Psychopathische Konstitution .	32
Ohne nachweisbar krankhafte Psyche	31

<i>Jameison</i> ³² : 100 Selbsttötungsfälle.	
Manisch-depressives Irresein . .	46

Involutionsmelancholie	19
Schizophrenie und paranoide Zustände	15
Psychopathische Persönlichkeiten	9
Dementia paralytica	5
Psychoneurose	4
Encephalitis	1
Epilepsie	1

<i>Siebert</i> ⁶⁵ : 73 Selbsttötungsfälle aus der Nervenpraxis.	
Melancholie	30
Dementia praecox	19
Alkoholismus	7
Paralysis progressiva	5
Psychopathie	4
Lues cerebri	3
Lues constitut.	2
Hysterie	1
Manie	1
Paranoia	1

<i>Thomsen</i> ⁷² : 127 Selbsttötungsfälle.	
Geisteskrank	23,6%

Zum großen Teil handelt es sich hier um Untersuchungen über Selbsttöter, die nach einem mißglückten Versuch zu einem Psychiater in eine Anstalt gebracht wurden; daß es sich dabei um eine Auslese der Fälle handelt, liegt auf der Hand; ein Mensch, der im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist, wird in der Lage sein, eine beabsichtigte Selbsttötung mit Erfolg auszuführen. Unter denjenigen, bei denen es nur bei einem Versuch bleibt, dürften sich in erhöhtem Maße geistig Abnorme befinden (Willensschwache, Verwirrte, Bewußtseinsgetrübte usw.). Weiterhin ist es klar, daß jemand nach einem mißglückten Selbsttötungsversuch um so eher in eine psychiatrische Anstalt eingeliefert wird, je abnormer sein Benehmen unmittelbar nach dem Versuch seinen Mitbürgern erscheint.

Bei den Untersuchungen über *ausgeführte* Selbsttötungen handelt es sich naturgemäß zum großen Teil um Leute, die der psychiatrische Untersucher schon vorher aus seiner psychiatrischen Praxis kannte; also auch hier eine Auslese geistig nicht Gesunder.

Was die Ergebnisse der polizeilichen Selbsttötungszählkarten anbetrifft (40% Geistes- und Nervenranke unter den Selbsttöttern), so ist zu sagen, daß diese Zählungen für die Klärung der Frage nach der Zahl der geistig nicht Gesunden unter den Selbsttöttern am wenigsten brauchbar sind. Zwar werden durch die polizeilichen Selbsttötungszählkarten fast alle Selbsttötungsfälle erfaßt, aber es fehlt die für die Klärung der Frage unbedingt notwendige psychiatrische Beurteilung, die man von einem Polizeibeamten nicht verlangen kann und die selbst nach Hinzuziehen

eines Psychiaters nicht vorgenommen werden könnte, da die dafür unbedingt erforderliche Exploration des Selbsttöters nicht mehr möglich ist.

Bei der Untersuchung der Selbsttötungen im *Heer* fallen eine Reihe von Bedenken fort; so kommt fast jeder Fall von Selbsttötung zur Kenntnis der vorgesetzten Dienststellen, die jeden einzelnen Fall genauestens prüfen lassen. Die Voraussetzungen für eine genaue Prüfung sind, soweit das überhaupt möglich ist, gegeben: Der Selbsttöter ist seinen Vorgesetzten und Kameraden genau bekannt; Abweichungen im Verhalten fallen bei der starken Beanspruchung des Einzelnen sofort auf.

Bingler ⁵ 130 Selbsttötungsfälle im deutschen Heer.

- | | | |
|---|----|-------|
| 1. Geistig stark Abnorme und Kranke (wegen psychischer Abweichungen aus dem Heeresdienst entlassen) | 54 | 41,5% |
| darunter: chronischer Alkoholismus | 7 | |
| akute schwere Rauschzustände | 8 | |
| Schizophrenie | 3 | |
| Hysterie mit leichtem Schwachsinn | 2 | |
| leichter Schwachsinn | 2 | |
| Dementia praecox | 1 | |
| nervöse Erregungszustände mit Bewußtseins-
trübung | 1 | |
| schizoid psychopathische Veranlagung | 1 | |
| ausgesprochene Psychopathen (Erregbare, Sen-
sible, Depressive) | 29 | |
| 2. Abweichungen im Charakter, wo aber etwas ausgesprochen
Krankhaftes nicht festzustellen ist | 65 | 50% |
| darunter: Unausgeglichenheit im Affektleben | 34 | |
| Mangel an Selbstbeherrschung und Energie,
Haltlosigkeit | 31 | |
| 3. Gesunde | 3 | 2,3% |
| 4. Den Selbsttötungsversuch hatten nur gemacht, um ihre Ent-
lassung zu erreichen | 8 | 6,15% |

Es fällt in dieser Statistik das völlige Fehlen der sonst so zahlreichen Manisch-depressiven und überhaupt die niedrige Zahl von echten Psychosen auf. Ob das daran liegt, daß in dem militärpflichtigen Alter eine Reihe von Psychosen noch nicht aufzutreten pflegen, oder daß durch die strengen Aufnahmebedingungen die eventuell schon bestehenden Psychosen ausgesondert wurden, oder aber ob diese Tatsachen noch anders zu erklären sind, kann nicht entschieden werden. Es scheint im übrigen, als ob im Gegensatz zu dem Material von *Gaupp*, *Oppler* usw., bei denen eher eine Zahl von geistig Gesunden fehlte, hier ein Teil der echten Geisteskranken fehlte; den Verhältnissen bei der gesamten Bevölkerung dürfte bei *Bingler* vielleicht in etwa der Hundertsatz der Psychopathen entsprechen. *Bingler* gibt 29 ausgesprochene Psychopathen an, das sind 22,3%; dazu sind natürlich noch eine ganze Reihe der unter 3. aufgeführten Fälle, nämlich derer mit Abweichungen im Charakter zu rechnen.

Eine andere Methode zur Feststellung des Vorkommens von Geisteskrankheiten bei Selbsttötungen geht von der Sektion aus. Diese Methode führt jedoch nicht weit, da natürlich nur ein Bruchteil der geistigen Störungen anatomisch erkannt werden kann.

Wenn auch exakte, Aufschluß gebende Untersuchungen über die Häufigkeit der geistigen Störungen bei Selbsttöttern nicht vorliegen, so darf man doch unter vorsichtiger Auswertung des vorliegenden Untersuchungsmaterials annehmen, daß der überwiegend größere Teil der Selbsttöter an einer Geisteskrankheit oder an einer Geistesabnormität leidet; sei es, daß es sich im letzten Falle um eine psychopathologische Reaktion eines Psychopathen handelt, sei es, daß ein sonst geistig Gesunder auf Grund ihn überwältigender Ereignisse einmal pathologisch reagiert. Den Anteil der geistigen Abweichungen bei den Selbsttöttern trifft man vielleicht mit folgender Schätzung: Geisteskrankheiten ein Drittel aller Fälle, Psychopathie und ähnliche Zustände über ein Drittel, das letzte Drittel teilt sich in geistig Gesunde, die psychopathisch reagierten, und zum kleinen Teil dürfte es sich um Selbsttöter handeln, bei denen der äußere Grund für die Selbsttötung tatsächlich als genügend anerkannt werden kann (Bilanzselbstmord nach *Hoche*).

Die Frage, welche und wie stark die einzelnen abgegrenzten krankhaften geistigen Zustände bei dem Zustandekommen der Selbsttötungsneigung mitspielen, wird in gewissen Grenzen einheitlich beantwortet (vgl. die oben aufgeführten Fällesammlungen von *Gaupp*, *Stelzner*, *Oppler*, *Jameison* und *Perl*). Unter den Geisteskrankheiten und Psychopathien gibt es einige, die nicht nur zur Selbsttötung disponieren können, sondern sogar in jedem Einzelfalle eine Selbsttötungsgefahr bieten. Dahin gehören vor allen Dingen die depressiven Phasen des manisch-depressiven Irreseins, überhaupt die depressiven Zustände der in den großen manisch-depressiven Formkreis gehörenden Fälle. Besonders gefährlich ist die Selbsttötungsneigung in einer Krankheitsphase, wo die Hemmung keine hochgradige ist (Beginn und Besserung). Bei *Kombination* mit *schizoiden Elementen* (intermediäre Konstitution nach *Hoffmann*) scheint es, „als ob in den depressiven Phasen der Boden vorbereitet sei für das Aufschießen jener eigenartigen aus dem Boden des „schizoid“ geborenen krankhaften Impulses, die dann zu besonders unheilvollen Kurzschlußreaktionen führen“ (*Bremer*⁷). In ähnlicher Weise können Selbsttötungsversuche begangen werden von Kranken mit allen sonstigen depressiven Geistesstörungen: *Depression* bei *epileptischer* Verstimmung, *Schizophrenie* — bei der im übrigen häufig das völlige Fehlen des Selbsterhaltungstriebes (Nichtabwenden von Gefahren bei einem lebensbedrohenden Zustand) charakteristisch ist — *progressiver Paralyse*, *seniler Hirnveränderung* und *Hirnvergiftung* (insbesondere Alkoholschäden). Vielleicht kann mit Ausnahme der reinen Manie fast jede geistige Erkrankung zur Selbsttötung führen. Es ist allerdings

noch nicht festgestellt, ob das häufige Vorkommen gewisser Geisteskrankheiten in den Selbsttötungsstatistiken Geisteskranker nicht auf einem häufigen Vorkommen der betreffenden Geisteskrankheiten überhaupt beruht; es geht so z. B. nicht an, daß man aus der Tatsache, daß sich unter 100 geisteskranken Selbsttöttern eine große Zahl Schizophrener befinden, den Schluß zieht, daß Schizophrene häufiger Selbsttötung begehen als andere Geisteskranke; es müßte dabei, wie gesagt, der große Hundertsatz der Schizophrenen unter den Geisteskranken berücksichtigt werden. Es fällt überhaupt auf, daß exakte Arbeiten über die Häufigkeit des Vorkommens der Selbsttötungen bei den verschiedenen Geisteskrankheiten nicht vorhanden sind. Es wäre wünschenswert, wenn an genügend großem Material Selbsttötungsziffern bei den verschiedenen Geisteskrankheiten errechnet würden, die man mit den Selbsttötungsziffern bei Gesunden vergleichen könnte. Es wurde in letzter Zeit immer wieder behauptet, daß die *Huntington-Chorea* eine besonders hohe Selbsttötungsneigung verursacht. Der Verfasser hat eine von *Bell* veröffentlichte Sammlung von englischen *Huntington-Stammbäumen* ausgezählt; es ergab sich, daß auf 1003 Choreakranke 12 Selbsttötungen kamen; das entspräche einem Zehntausendsatz von 119,6. Diese zunächst außerordentlich hoch erscheinende Ziffer wird aber sofort normal, wenn man berücksichtigt, daß es sich ja nicht wie bei den allgemeinen Selbsttötungsziffern um die Zahl der Selbsttötungen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in *einem Jahr* handelt, sondern daß sich die Beobachtungszeit auf die Selbsttötung über *viele* Jahrzehnte erstreckte. Man erhält die durchschnittliche Beobachtungszeit, wenn man die Lebensjahre der Choreakranken zusammenzählt und durch die Zahl der Kranken teilt. Es ergab sich so eine durchschnittliche Beobachtungszeit von 48 Jahren. Teilt man 119,6 durch 48, so erhält man mit 2,49 den Zehntausendsatz der Selbsttötungen unter den Choreakranken in einem Jahr. Es ist jedoch zu bedenken, daß die Ziffer 2,49 die Selbsttötungsneigung der beobachteten Fälle in gesunden wie in den kranken Zeiten ausdrückt. Wenn man die Ziffern nur für die Zeit der Krankheit ausrechnete, würde sie wohl größer sein; auf Grund des vorliegenden Materials war diese Berechnung nicht möglich. Bei der Annahme, daß die obenerwähnten Kranken durchschnittlich $\frac{2}{3}$ ihres Lebens gesund und $\frac{1}{3}$ krank waren, ergibt sich für die Zeit der Erkrankung bei Zugrundelegung der sicher zu niedrigen englischen Selbsttötungsziffer von 1,2 auf 10 000 eine Selbsttötungsziffer der Choreakranken von 4,83 und bei Zugrundelegung der deutschen Selbsttötungsziffer von 2,8 eine Selbsttötungsziffer der Choreakranken von 1,87. Die richtige Ziffer für obige Annahme dürfte zwischen 4,83 und 1,87 liegen. Wenn man bedenkt, daß die Choreafälle wegen des späten Ausbruchs der Krankheit eine große Zahl von Kranken mit höherem Alter, in dem bekanntlich die Selbsttötungsneigung größer ist, aufweisen als die

durchschnittliche Bevölkerung, so erscheint die Selbsttötungsziffer nicht abnorm hoch.

Bei anderen Krankheiten (Fieberdelir, Dämmerzustand, schreckhafte Trugwahrnehmungen, sinnlose Angst, Verknennung der Umwelt) dürfte die anscheinende Selbsttötung mehr als ein Unglücksfall aufzufassen sein, d. h. es hat keine Absicht bestanden, sich das Leben zu nehmen.

Der zahlenmäßig größte Anteil der abnormen Selbsttöter ist den *Psychopathen* zuzurechnen, wie überhaupt diese Gruppe die wichtigste zu sein scheint. Man könnte die Psychopathen in diesem Zusammenhang als die Exponenten der geistig gesunden Bevölkerung ansehen. Die Zahl der Psychopathen bildet einen Maßstab für die geistige Gesundheit und Harmonie der psychischen Erbmasse der ganzen Bevölkerung. Wenn man die Frage klären könnte, wieviel Psychopathen sich unter den Selbsttöttern finden und welche Typen es insbesondere sind, welche eine Selbsttötungsneigung in sich beschließen, hätte man viel erreicht. Es fehlen aber darüber jedwede exakten statistischen Unterlagen. Unter den psychopathischen Selbsttöttern stehen die *reaktiv-depressiven* und *hypochondrischen* Typen zahlenmäßig an der Spitze. Es handelt sich um Menschen, die den Anforderungen des Lebens nicht gut gewachsen sind oder doch nicht das erreichen, was sie erreichen zu müssen glauben. Die Reaktion auf diese dem Einzelnen mehr oder weniger zum Bewußtsein gelangte Unzulänglichkeit ist ein unangenehmes seelisches Zustandsgefühl — etwa Traurigkeit, Furcht usw., — das sich zusammen mit einem gerade bei psychopathischen Persönlichkeiten bisweilen vorhandenen unangenehmen vitalen Gefühl — etwa Unbehagen, Unruhe — zu der depressiven Stimmung verdichtet. Unter der Einwirkung der unangenehmen reaktiven seelischen Gefühle auf das Denken entstehen dann bisweilen negativ gefühlsbetonte Wahnideen, die zur depressiven Stimmung mit beitragen und sie befestigen. Aus einer solchen Depression heraus entwickelt sich naturgemäß die Strebung, aus dem unangenehmen Zustand herauszukommen; und als gegebener Ausweg bietet sich dann die Selbsttötung. Aus der Strebung, den unangenehmen Zustand zu beseitigen, erwächst die Selbsttötungsidee entweder ohne maßgeblichen Einfluß des Denkens, und es entsteht dann als unbewußte Reaktion in den Regionen des Strebens (besonders bei dem gesteigerten Triebleben solcher Psychopathen) ein Drang zur Selbsttötung. Oder er entsteht auf dem Wege des Denkens. Sowohl beim Drang zur Selbsttötung wie auch bei den durch Überlegung entstandenen Selbsttötungsstrebungen stellt sich der Lebenstrieb der Ausführung der Selbsttötung entgegen. Es ist nun Sache des Willens zu entscheiden, welche der beiden Strebungen die Oberhand behalten soll, worauf dann gegebenenfalls die Ausführung der Selbsttötung folgt. Häufig geht die Selbsttötungsstrebung bei dem gesteigerten Triebleben und der Willenlosigkeit der Psychopathen ohne besonderen Willensentschluß in Selbsttötung über.

Eine weitere Gruppe von Psychopathen, die zur Selbsttötung neigt, ist die Gruppe der *Erregbaren*, bei denen es sich häufig um Kurzschlußreaktionen handeln dürfte. Die *hysterischen* Charaktere scheinen ebenfalls zur Selbsttötung zu neigen. Man hat den Eindruck, daß hier sehr häufig ein gewisser Mutwille mitspielt, besonders aber die Sucht, sein „Leiden“ zur Schau zu stellen, um den Mitmenschen zu zeigen, daß sie schwer leidend waren, „so schwer leidend, daß nur der Tod sie erlösen konnte“. Auch die übrigen Psychopathentypen neigen mehr oder weniger zu einer Lebensverneinung. Das Wort „Psychopath“ bezeichnet ja einen Menschen, der seelisch so stark leidet, daß er irgendwie nicht mehr mit seiner Umwelt fertig wird; und was liegt näher, als daß sich in einem solchen Menschen, falls er nicht in irgendeiner Bindung einen Rückhalt findet, der Lebenstrieb langsam, aber sicher zurückgedrängt wird; ein Zustand, der — eine geeignete Situation vorausgesetzt — dem Todestrieb keine unüberwindlichen Hindernisse mehr entgegensetzt.

Es muß hier auch die Bedeutung des *Alkoholismus* für die Selbsttötung besprochen werden. Die Monographie von *Prinzling*⁵¹ über die Beziehung der Trunksucht zur Selbsttötung hat gezeigt, daß der Alkoholgenuß aus verschiedenen Gründen die Selbsttötungsneigung und die Selbsttötungsziffer erhöht. Der Autor hat in verschiedenen Ländern, in denen durch Alkoholverbote der Alkoholismus eingeschränkt war, durch Vergleich mit den Selbsttötungsziffern den Einfluß des Alkohols erwiesen. Ein Schwächerwerden der Selbsttötungstendenz ist von anderer Seite in den USA. für die Zeit der Prohibition festgestellt worden. *Prinzling* gibt die Zahl der durch den Alkoholismus mitverschuldeten Fälle der männlichen Selbsttötungen zu $\frac{1}{4}$ der Selbsttötungen an. Der Alkoholismus, der sicher zu einem großen Teil unter den Abschnitt „Umwelt und Selbsttötung“ abzuhandeln wäre, wird hier erwähnt, weil diese Besprechung sich nicht von dem Abschnitt „Psychose, Psychopathie und Selbsttötung“ trennen läßt; denn einerseits erzeugt der Alkoholismus Psychosen (Halluzinose, Korsakoff, Delirium), und andererseits dürfte ein ganz beträchtlicher Teil der Alkoholisten erst durch eine psychopathische Anlage zum Alkoholismus gekommen sein. Die weiter unten ausführlicher angeführte Statistik der Selbsttötungsursachen gibt den Hundertsatz der Fälle, bei denen Alkoholismus vorlag, mit 4,7 für Preußen an.

Nachdem wir nun gesehen haben, in welchem Ausmaß und welche Geisteskrankheiten und Psychopathien bei den Selbsttöttern eine Rolle spielen, soll versucht werden, diese Erkenntnisse auf die Selbsttötung in Westfalen anzuwenden und hierbei zum Vergleich die anderen deutschen Gauen heranzuziehen. Es stehen hierfür zwei Wege offen. Einmal die *direkte* Untersuchung der Selbsttötungsfälle in den deutschen Landes- teilen auf das Vorkommen der verschiedenen geistigen Störungen; diese Untersuchung der Selbsttötungsfälle scheitert aber an der Unzuläng-

lichkeit der in anderer Hinsicht wertvollen statistischen Unterlagen. Die Selbsttötungszählkarten, die von der Polizei bei jedem Selbsttötungsfall ausgefüllt werden müssen, führen zwar die Frage nach dem Beweggrund für die Selbsttötung an; und oft genug tauchen als Grund Geisteskrankheit, Schwermut, geistige Umnachtung und ähnliches auf. Diese

Tabelle 1. Die Ursachen der Selbsttötungen in den preußischen Provinzen.

Provinzen	Lebensüberdruß im allgemeinen. Absolute Zahlen			% der Gesamt- zahl der bekannten Ursachen	Körperliche Leiden Absolute Zahlen.			% der bekannten Ursachen
	♂	♀	zus.		♂	♀	zus.	
Ostpreußen	9,0	1,5	10,5	3,2	24,0	13,0	37,0	11,2
Brandenburg	20,0	5,0	25,0	3,9	56,5	31,5	88,0	13,7
Stadt Berlin	16,0	11,0	27,0	1,7	166,0	121,0	287,0	17,5
Pommern	13,0	2,0	15,0	4,7	27,5	7,0	34,5	10,9
Grenzmark Posen-West- preußen	0,5	0,5	1,0	2,4	2,0	1,5	3,5	8,4
Niederschlesien	16,5	2,5	19,0	2,2	77,5	29,5	107,0	12,1
Oberschlesien	2,5	—	2,5	1,5	11,0	3,5	14,5	8,8
Sachsen	27,0	12,0	39,0	4,1	104,0	60,5	164,5	17,1
Schleswig-Holstein	11,5	4,0	15,5	3,0	49,5	15,5	65,0	12,4
Hannover	10,0	0,5	10,5	1,6	59,5	16,0	75,5	11,1
Westfalen	13,0	2,5	15,5	2,1	47,0	7,5	54,5	7,4
Hessen-Nassau	10,5	4,0	14,5	2,9	46,5	20,5	67,0	13,6
Rheinprovinz	33,0	8,5	41,5	3,7	89,0	24,5	113,5	10,1
Hohenzollern	0,5	—	0,5	5,9	—	0,5	0,5	5,9
Preußen			237	2,7			1112	13,1

Angaben sind aber naturgemäß so gut wie wertlos, da sie, wie oben erwähnt, von Polizeibeamten auf Grund von Äußerungen der Familie oder von Bekannten und Nachbarn gemacht werden. Diese Mitteilungen geben, falls sie nicht überhaupt bewußt zum Zwecke der Erreichung eines kirchlichen Begräbnisses oder aus geschäftlichen oder anderen Gründen entstellt sind, die Meinung von psychiatrisch nicht vorgebildeten Menschen wieder, die im übrigen in einem Teil der Fälle den Selbsttöter womöglich nur als Nachbarn oder Hausgenossen von Ansehen kannten. Es soll aber trotz dieser Unzulänglichkeit versucht werden, durch zahlenmäßigen Vergleich der Fälle, bei denen als Grund der Selbsttötung Geisteskrankheit angegeben ist, die Frage in den verschiedenen preußischen Landesteilen zu beleuchten (Tabelle 1).

Zunächst fällt bei der Betrachtung der Tabelle 1 eine ziemlich weitgehende Konstanz der Beweggründe in den verschiedenen preußischen Provinzen auf. Diese Konstanz dürfte darauf hinweisen, daß der Laie sich in den verschiedenen Landesteilen bei jedem vorkommenden Fall ein ganz spezifisches, wenn wohl auch nicht richtiges Bild macht. Die Unterschiede, die sich für die einzelnen Landesteile herausstellen, sind zurückzuführen 1. auf tatsächliche Unterschiede in den Beweggründen, 2. auf

eine verschiedene Anschauung der Selbsttötungen und 3. auf die Verschiedenheit der das Bild verwischenden Faktoren. Hier ist vor allem die Zugehörigkeit zu verschiedenen Religionsgesellschaften zu erwähnen. Die Ziffer für geisteskranke Selbsttöter wird in vorwiegend katholischen Gegenden höher angegeben als in vorwiegend evangelischen, da in ersterem

Durchschnitt der Jahre 1927 und 1928.

Geistes- und Nerven- krankheiten. Absolute Zahlen			% der bekannten Ursachen	Unter diesen Alkoholismus. Absolute Zahlen			% der bekannten Ursachen	Wirtschaftliche Notlage. Absolute Zahlen			% der bekannten Ursachen
♂	♀	zus.		♂	♀	zus.		♂	♀	zus.	
91,0	45,5	136,5	41,3	16,0	0,5	16,5	5,0	19,5	3,5	23,0	7,0
164,5	89,5	254,0	39,4	29,5	1,0	30,5	4,7	32,5	4	36,5	5,7
264,5	199,5	464,0	28,2	61,0	4,0	65,0	4,0	230,0	58,5	288,5	17,6
94,0	49,0	143,0	44,9	18,5	1,0	19,5	6,1	15,0	2	17,0	5,3
12,5	7,5	20,0	48,2	1,5	—	1,5	3,6	2,0	—	2,0	4,8
278,5	150,0	428,5	48,7	29,0	2,5	31,5	3,6	52,0	8	60,0	6,8
47,0	17,5	64,5	39,0	8,0	—	8,0	4,8	12,5	1,5	14,0	8,5
211,0	153,0	364,0	38,2	22,5	1,0	23,5	2,5	52,5	8	60,5	6,4
137,5	83,0	220,5	42,0	24,0	0,5	24,5	4,8	26,5	5	31,5	6,1
140,5	136,0	276,5	40,7	49,5	—	49,5	7,3	38,0	2	40,0	5,9
240,5	99,5	340,0	46,0	60,5	0,5	61,0	8,3	69,0	1,5	70,5	9,6
125,0	83,5	208,5	42,1	17,5	2,0	19,5	4,0	34,0	10	44,0	8,9
333,0	179,0	512,0	45,9	45,0	4,5	49,5	4,5	110,5	10,5	121,0	10,8
3,5	2,0	5,5	64,6	—	—	—	—	—	—	—	—
		3437	40,3			400	4,7			808	9,5

Fortsetzung der Tabelle 1.

Provinzen	Gemütseregungen. Absolute Zahlen			% der bekannten Ursachen	Summe der bekannten Ursachen. Absolute Zahlen			%
	♂	♀	zus.		♂	♀	zus.	
Ostpreußen	87,0	19,5	106,5	32,2	246,5	83,5	330,0	100
Brandenburg	154,0	56,0	210,0	32,6	457	187,0	644,0	100
Stadt Berlin	295,0	219,0	508,0	31,0	1032,5	607,0	1639,5	100
Pommern	65,0	24,0	89,0	28,1	233	85,0	318,0	100
Grenzmark Posen-West- preußen	10,0	3,5	13,5	32,6	28,5	13,0	41,5	100
Niederschlesien	177,0	58,0	235,0	26,7	630,5	250,5	881,0	100
Oberschlesien	55,0	7,0	62,0	37,4	136	29,5	165,5	100
Sachsen	218,0	79,5	297,5	31,4	635	314,0	949,0	100
Schleswig-Holstein	128,5	32,0	160,5	31,7	377,5	140,0	517,5	100
Hannover	173,5	51,0	224,5	33,0	471	205,5	676,5	100
Westfalen	159,5	35,5	195,0	26,5	589,5	147,0	736,5	100
Hessen-Nassau	96,0	44,0	140,0	28,1	329,5	164,0	493,5	100
Rheinprovinz	206,0	72,5	278,5	25,0	816,5	299,5	1116,0	100
Hohenzollern	2,0	—	2,0	23,6	6,0	2,5	8,5	100
Preußen			2522	29,7			8517	100

Stat. Reichsamt.

Fall nur als geisteskrank erklärte Selbsttöter ein kirchliches Begräbnis bekommen.

Westfalen weist beim Vergleich mit dem Durchschnitt eine niedrige Ziffer für die Spalte „Lebensüberdruß im allgemeinen“ auf. Die Ziffer ist in dieser Spalte ebenfalls niedrig für Hannover, Oberschlesien, Niederschlesien, Grenzmark Posen-Westpreußen und Berlin. Eine hohe Ziffer zeigen in dieser Spalte Brandenburg, Ostpreußen, Sachsen, Rheinprovinz und Hohenzollern (Hohenzollern wird im folgenden wegen seiner kleinen Bevölkerungsziffer, bei der Zufallsergebnisse in größerem Maße möglich sind, nicht berücksichtigt). Für die Spalte „Körperliche Leiden“ weist Westfalen wie auch Oberschlesien, Grenzmark Posen-Westpreußen, Pommern, Rheinprovinz und Hannover eine niedrige Ziffer, dagegen Sachsen und Berlin eine hohe Ziffer auf. Dieser Befund entspricht ungefähr der Höhe der Gesamttötungsziffern, so daß auf niedrige Ziffern in dieser Spalte niedrige Gesamttötungsziffern kommen. Ob das auf eine gesündere körperliche Konstitution der Bevölkerung dieser Landesteile zurückzuführen ist, oder andere Gründe hat, kann nicht entschieden werden. In der Spalte „Geistes- und Nervenkrankheiten“ weist Westfalen nebst Rheinprovinz, Niederschlesien, Grenzmark Posen-Westpreußen und Pommern eine hohe, Sachsen und Berlin aber eine niedrige Ziffer auf; also gerade umgekehrt wie die Gesamthäufigkeit. Zum großen Teil wird hier die Angehörigkeit zu den verschiedenen Religionsgesellschaften und damit die obenerwähnte Handhabung bei der Gewährung des kirchlichen Begräbnisses an geisteskranke Selbsttöter eine Rolle spielen. Mit den Ziffern für das Vorkommen der Geisteskranken in diesen Landesteilen stimmen diese Angaben in keiner Weise überein. Die Spalte „Alkoholismus beim Selbstmord“ zeigt für Westfalen fast das Doppelte der Durchschnittsziffern; eine ähnlich hohe Ziffer weist nur noch Hannover und im Abstand Pommern auf; eine niedrige Ziffer zeigen in dieser Spalte Sachsen, Grenzmark Posen-Westpreußen und Niederschlesien. Eine Erklärung dafür ist weder in der verschiedenen Verbreitung des Alkoholismus in diesen Landesteilen, noch sonstwie zu finden. In der Spalte „Wirtschaftliche Notlage“ zeigt Westfalen etwa die Zahl des Durchschnittes für Preußen. Eine hohe Ziffer zeigt hier Berlin und die Rheinprovinz. Niedrige Ziffern weisen Pommern, Grenzmark Posen-Westpreußen, Hannover, Brandenburg, Sachsen und Schleswig-Holstein auf. In der Spalte „Gemütsregungen“ liegt Westfalen unter dem Durchschnitt. Ebenso verhalten sich Rheinprovinz, Niederschlesien, Hessen-Nassau und Pommern. Hoch liegen dagegen Oberschlesien, Hannover, Grenzmark Posen-Westpreußen und Brandenburg. Es läßt sich hier wie auch in den vorigen Spalten eine zwanglose Erklärung nicht geben. Wenn man untersucht, ob die Spalten untereinander irgendwie in Beziehung stehen, so ergibt sich, daß zwischen den Spalten „Körperliche Leiden“ und „Geistes- und Nervenkrankheiten“ ein

Zusammenhang zu bestehen scheint. In der überwiegenden Zahl der Landesteile entspricht eine hohe Ziffer in der einen Spalte einer niedrigen in der anderen. Es dürfte dies zurückzuführen sein darauf, daß Grenz- zustände je nach allgemeiner Auffassung in der einen Gegend den Geistes- und besonders den Nervenkrankheiten, und in einer anderen Gegend den körperlichen Leiden zugerechnet werden. In Westfalen zeigt die Tabelle sehr niedrige Werte für die „körperlichen Leiden“ und sehr hohe für die „Geistes- und Nervenkrankheiten“. Hier dürften wohl wieder die obenerwähnten kirchlichen Einflüsse bei Gewährung des Begräbnisses eine Rolle spielen. Eine weitere Beziehung läßt sich herstellen zwischen den Spalten „Geistes- und Nervenkrankheiten“ und „Gemütsregungen“. Hohen Ziffern in ersterer Spalte entsprechen niedrige in letzterer. Auch hier dürfte es sich um regionale Unterschiede in der Beurteilung von Grenzfällen handeln. Wenn man die Untersuchungsergebnisse vorstehender Tabelle zusammenfassend betrachtet, so kommt man zu der Ansicht, daß die Ziffern für die Beweggründe in nicht geringem Maße durch regional unter-

schiedliche Beurteilungen des Selbsttötungs- geschehens beeinflußt werden. In Westfalen scheint sich die kirchliche Einstellung zur Selbsttötung im Sinne einer Erhöhung der Zahlen in der Spalte „Geistes- und Nervenkrankheiten“ auszuwirken.

Eine Differenzierung der in der vorstehenden Tabelle zusammen aufgeführten Ziffern für Geistes- und Nervenkrankheiten wurde in den Medizinalstatistischen Nachrichten bis zum Beginn des Krieges durchgeführt.

Zahl der Selbsttötungen, bei denen Geistes- und Nervenkrankheiten als Beweggrund festgestellt wurden, in den preußischen Provinzen.

Durchschnitt der Jahre 1912 und 1913.

Provinzen	Geistes- krankheiten		Nerven- krankheiten	
	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%
Ostpreußen	86,0	32,7	10,5	4,0
Westpreußen	49,0	27,4	9,0	5,0
Berlin	117,0	13,6	85,0	9,9
Brandenburg	215,5	24,3	68,0	7,7
Pommern	69,5	28,0	24,0	9,6
Posen	67,0	36,5	7,5	4,1
Schlesien	410,0	39,5	58,5	5,7
Sachsen	180,0	21,0	71,5	8,4
Schleswig-Holstein . .	148,0	35,6	18,5	4,5
Hannover	207,5	38,4	29,0	5,4
Westfalen	165,0	37,5	12,5	2,8
Hessen-Nassau	96,5	26,5	26,5	7,3
Rheinprovinz	288,5	36,4	37,5	4,7
Hohenzollern	4,0	61,5	0,5	7,7
Preußen	2103,5	29,7	458,5	6,5

Medizinalstatistische Nachrichten.

Auch hier fällt die weit über dem Durchschnitt liegende Geistes- krankenziffer unter den Selbsttöttern in Westfalen auf. Hohe Ziffern zeigen außerdem die Rheinprovinz, Hannover, Schleswig-Holstein, Schlesien und Posen, niedrige Ziffern dagegen Berlin und Sachsen. Auch hier läßt sich ein Zusammenhang mit den Geisteskrankenziffern in den

verschiedenen Landesteilen nicht feststellen. Die Ziffer für Nervenkrankte unter den Selbsttöttern ist für Westfalen wie auch für Ostpreußen, Posen, Westpreußen, Schleswig-Holstein und Rheinprovinz niedrig und für Berlin, Pommern, Sachsen und Brandenburg hoch angegeben. Es zeigt sich hier eine gewisse Parallele mit der Selbsttötungsziffer; es hat den Anschein, als ob das Vorkommen von Nervenkrankheiten einen steigernden Einfluß auf die Selbsttötungshäufigkeit ausübte. Im übrigen ist aber auch zu dieser Tabelle dasselbe wie zu der vorher geschilderten Tabelle zu sagen, daß nämlich der Erkenntniswert wegen der Ungenauigkeit der Angaben in den Selbsttötungszählkarten ein nicht allzugroßer ist.

Eine andere Möglichkeit, sich über die Frage „Psychose, Psychopathie und Selbsttötung“ in Westfalen Auskunft zu verschaffen, besteht in der psychiatrischen Untersuchung einer mehr oder weniger großen Zahl von Selbsttötungsfällen oder Selbsttötungsversuchen. Zwar ist sich der Verfasser darüber klar, daß eine solche Fällesammlung erstens wegen der verhältnismäßig geringen Anzahl der Fälle und zweitens wegen der Schwierigkeit der In-Beziehung-Setzung eines solchen Materials, das immer sehr einseitig ausgesucht ist und es auch sein muß, zur gesamten westfälischen Bevölkerung, keine Klärung der Frage bringen kann, jedoch hat er aus der Überlegung heraus, daß später einmal, wenn genügend Fälle über diese Fragen in den verschiedenen Landesteilen gesammelt sind, ein umfassender Lösungsversuch für alle deutschen Landesteile unternommen werden kann, eine Sammlung von 33 Fällen beigelegt. Es handelt sich um Material aus der *Psychiatrischen und Nervenklinik in Münster* aus der Zeit Ende 1928 bis Anfang 1937.

Die Untersuchten kamen vorwiegend wegen Selbsttötungsversuches oder wegen Äußerungen über Selbsttötungsabsicht in die Klinik. 4 von den 33 Fällen versuchten in der Klinik die Selbsttötung, wobei 2 gelangen. Fast sämtliche Untersuchte stammten aus Westfalen (waren in Westfalen geboren und wohnten in Westfalen). Die Verteilung der Geschlechter: 18 Männer, 15 Frauen. Wenn man damit die Zahlen der Geschlechterverteilung der Selbsttöter in Westfalen (z. B. für 1925: 683 männliche Selbsttötungen und 165 weibliche Selbsttötungen) vergleicht, so ergibt sich ein bei weitem zu hoher Anteil der Frauen unter den Fällen. Diese Tatsache ist wohl kaum dem Zufall zuzuschreiben. Die Erklärung dürfte darin zu suchen sein, daß Männer in der Ausführung eines Selbsttötungsversuches häufig zielbewußter und energischer und daher erfolgreicher vorgehen als Frauen. Bei der Untersuchung der Konfessionsverteilung ergab sich: 14 evangelische, 17 katholische. Ein Vergleich dieser Ziffer mit dem Verhältnis der Konfessionen bei der Bevölkerung ist unstatthaft, da sie viel zu klein sind und überdies die in einer bestimmten Anstalt Aufgenommenen in konfessioneller Hinsicht eine Auslese darstellen. Bestimmte Anstalten werden vom evangelischen, bestimmte vom katholischen Anteil der Bevölkerung vorgezogen. Man müßte dann schon

einen Vergleich mit dem Konfessionsverhältnis in der Anstalt anstellen. Familienstand: 18 verheiratet, 11 nichtverheiratet (mit 1 Ausnahme noch jung), 4 verwitwet. In 5 Fällen war Alkoholabusus festzustellen; in einem von diesen war ein Rauschzustand vielleicht bei dem Selbsttötungsversuch mitbestimmend. Die Verteilung der Selbsttötungsversuche auf die Wochentage ergab eine gleichmäßige Verteilung über die ganze Woche; eine Ausnahme machte der Sonnabend, an dem wenig (1) Selbsttötungsversuche unternommen wurden. Die Verteilung über das Jahr ergab ein starkes Vorwiegen der Monate August bis Januar. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu der Selbsttötungsjahreskurve, die den Höhepunkt im Mai, Juni zeigt. Der Versuch einer Erklärung hat bei einem so kleinen Material keinen Wert. Unter den Selbsttötungsmethoden wurden bevorzugt der Schnitt (meist Puls oder Hals besonders von Frauen), Erhängen (besonders von Männern) und Gift (die Hälfte der Gittfälle waren Schlafmittelvergiftungen). Die in der Klinik gewählten Mittel waren zweimal Pulsschnitt, einmal Erhängen und einmal Fenstersturz. In 10 Fällen konnte eine erbliche Belastung mit Geisteskrankheiten, Anomalien und Selbsttötung (3 Fälle) nachgewiesen werden. Beim Versuch, die Beteiligung der Konstitutionstypen (*Kretschmer*) „Zyklothym“ und „Schizothym“ festzustellen, hatte man den Eindruck, daß beide Typen etwa gleich häufig bei Selbsttötötern vorkamen. Bei der psychiatrischen Untersuchung der einzelnen Fälle ergab sich, daß das Prädikat „geistig gesund“ nur in einem Falle erteilt werden konnte. In den anderen Fällen handelte es sich um mehr oder weniger psychopathische Persönlichkeiten und um Geistesranke (vgl. die Tabelle auf S. 257).

Nach der Betrachtung der Selbsttötung selbst bleibt eine zweite Untersuchungsmöglichkeit offen; man kann nämlich untersuchen, inwieweit die Einflüsse, die man als wesentlich für die Entstehung der Selbsttötungsneigung erkannt hat, in Westfalen und in den einzelnen deutschen Landesteilen zu finden sind, und die Ergebnisse mit der Höhe der jeweiligen Selbsttötungsziffer vergleichen. Die Schwierigkeit dieser Methode des *Vergleichs der Selbsttötungsfaktoren mit den Selbsttötungsziffern* liegt unter vielem anderem darin, daß in jedem Landesteil die verschiedensten in ihrer Wirkung oft entgegengesetzte Faktoren wirksam sind, so daß eine gleiche Höhe der Selbsttötungsziffer auf Kombination der aller verschiedensten Faktoren zurückgeführt werden kann.

Es soll nun zunächst untersucht werden, welche und in welchem Ausmaß geistige Gebrechen in den verschiedenen Landesteilen vorkommen, und ob ein Zusammenhang mit der Höhe der Selbsttötungsziffer zu ermitteln ist. Es liegt eine Statistik zugrunde, die der Verfasser aus einem Material, das ihm Obermedizinalrat Prof. *Nietzsche* in dankenswerter Weise zur Verfügung stellte, ausgezogen und zusammengestellt hat. Es handelt sich bei dem Urmaterial um eine

Tabelle 2. Die Verteilung der Geistes- und Nerven-

		1		2		3		4	
		Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände		Physische Störungen nach Gehirnentzündungen		Progressive Paralyse		Psychische Störungen bei Lues	
		Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%
Ostpreußen, Grenzmark Posen-Westpreußen	Zugang	1689	23,2	14	0,2	192	2,6	13	0,2
	Bestand	203	13,2	2	0,1	64	4,2	4	0,3
Brandenburg	Zugang	3738	18,7	55	0,3	1351	6,8	221	1,1
	Bestand	546	8,2	31	0,5	794	12,0	106	1,6
Pommern, Schleswig-Holstein, Hohenzollern	Zugang	1662	20,2	26	0,3	297	3,6	64	0,8
	Bestand	295	12,0	19	0,8	126	5,1	22	0,9
Nieder- und Ober- schlesien	Zugang	1562	15,8	22	0,2	462	4,6	36	0,4
	Bestand	203	7,5	23	0,8	235	8,6	24	0,9
Prov. Sachsen	Zugang	2161	37,8	21	0,4	190	3,4	28	0,5
	Bestand	280	17,3	7	0,4	113	7,1	9	0,6
Hannover	Zugang	1134	21,3	21	0,4	256	4,8	20	0,4
	Bestand	265	12,4	19	0,9	174	8,1	19	0,9
Westfalen	Zugang	3481	24,6	62	0,4	387	2,7	47	0,3
	Bestand	328	10,3	11	0,3	174	5,5	12	0,4
Hessen-Nassau	Zugang	3123	39,1	11	0,1	199	2,5	39	0,5
	Bestand	342	24,0	5	0,4	48	3,4	3	0,2
Rheinprovinz, Saar- gebiet	Zugang	5501	25,0	98	0,4	906	4,1	142	0,6
	Bestand	970	12,7	107	1,4	637	8,3	88	1,2
Bayern	Zugang	1474	10,1	33	0,2	450	3,1	56	0,4
	Bestand	232	6,4	30	0,8	159	4,4	25	0,7
Land Sachsen	Zugang	1958	19,1	32	0,3	617	6,0	53	0,5
	Bestand	279	13,6	9	0,4	182	8,9	9	0,4
Württemberg	Zugang	686	12,8	53	0,2	117	2,1	21	0,4
	Bestand	88	6,8	7	0,5	25	1,9	6	0,5
Baden	Zugang	1655	26,9	57	0,9	102	1,7	25	0,4
	Bestand	293	12,7	14	0,6	53	2,3	14	0,6
Anhalt, Lippe, Thüringen	Zugang	1255	23,7	6	0,1	156	3,0	20	0,4
	Bestand	163	10,4	25	1,8	108	6,9	13	0,8
Hessen, Mecklenburg, Oldenburg	Zugang	1138	25,4	10	0,2	128	2,9	17	0,4
	Bestand	264	19,5	6	0,4	50	3,7	8	0,6
Freie Städte	Zugang	1718	29,1	12	0,2	251	4,3	31	0,5
	Bestand	296	13,0	9	0,4	138	6,1	21	0,9

so gut wie vollständige Statistik der Insassen von Anstalten und Abteilungen für Geistesranke und Nervenranke in allen deutschen Landesteilen. Die Statistik der psychiatrischen Universitätskliniken wurde vom Verfasser wegen ihres gänzlich anders gearteten Krankematerials und der Unmöglichkeit, die Kranken dieser Kliniken mit

krankheiten in den deutschen Landesteilen 1935.

5		6		7		8		9		10	
Encephalitis epidemica		Physische Störungen des höheren Lebensalters		Huntington'sche Chorea		Physische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten		Symptomatische Psychosen bei inneren Erkrankungen		Alkoholismus	
Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%
34	0,5	429	5,9	4	0,1	10	0,1	30	0,4	154	2,1
13	0,8	189	12,2	—	—	3	0,2	29	1,9	75	4,9
72	0,4	1298	6,6	20	0,1	112	0,6	123	0,6	55	0,3
39	0,6	1305	19,8	10	0,2	56	0,8	139	2,1	117	1,8
57	0,7	553	6,7	9	0,1	26	0,3	58	0,7	100	1,2
24	1,0	383	15,6	8	0,3	13	0,5	63	2,6	117	4,8
112	1,1	471	4,7	12	0,1	24	0,2	48	0,5	57	0,6
36	1,3	350	12,8	5	0,2	14	0,5	74	2,7	87	3,2
52	0,9	264	4,7	16	0,3	11	0,2	20	0,4	54	1,0
18	1,1	200	12,5	4	0,3	8	0,5	20	1,3	38	2,4
49	0,9	373	7,0	10	0,2	26	0,5	40	0,8	55	1,0
21	1,0	309	14,0	2	0,1	16	0,8	57	2,7	117	5,5
153	1,1	589	4,2	30	0,2	49	0,3	52	0,4	129	0,9
52	1,6	376	11,8	4	0,1	31	1,0	84	2,7	119	3,8
96	1,2	344	4,3	11	0,1	19	0,2	41	0,5	126	1,6
14	1,0	181	12,7	3	0,2	3	0,2	17	1,2	30	2,1
303	1,4	1888	8,6	39	0,2	73	0,3	201	1,0	387	1,8
108	1,4	1124	14,8	22	0,3	80	1,1	178	2,4	339	4,4
154	1,1	543	3,7	16	0,2	39	0,3	23	0,2	214	1,5
39	1,1	308	8,6	7	0,2	8	0,5	59	1,6	176	4,8
88	0,9	513	5,0	18	0,2	32	0,3	25	0,2	110	1,1
14	0,7	165	8,0	4	0,2	2	0,1	23	1,1	52	2,5
35	0,7	245	4,6	4	0,1	13	0,2	2	0,6	32	0,6
17	1,3	175	13,5	—	—	5	0,4	23	1,8	42	3,2
57	0,9	253	4,1	7	0,1	17	0,3	31	0,5	164	2,7
18	0,8	225	9,7	3	0,1	13	0,6	19	0,8	181	7,8
55	1,0	305	5,8	13	0,2	11	0,2	31	0,6	55	1,0
10	0,6	206	13,1	4	0,3	13	0,8	39	2,5	66	4,2
64	1,4	302	6,9	7	0,1	37	0,8	8	0,2	80	1,8
19	1,4	203	15,0	3	0,2	9	0,7	27	2,0	66	4,9
36	0,6	246	4,2	6	0,1	20	0,3	18	0,3	77	1,3
14	0,6	238	10,5	2	0,1	17	0,8	22	1,0	239	10,6

der gesamten Bevölkerung in Beziehung zu setzen, weggelassen. Bei der Berechnung der Hundertsätze der *einzelnen Krankheitsformen* von der Gesamtzahl der Kranken in den Anstalten in den einzelnen Gebieten ergibt sich, soweit das bei einer Statistik, die nur ein Jahr umfaßt, möglich ist, ein gutes Bild der Verteilung der einzelnen

Fortsetzung

		11		12		13		14	
		Suchten		Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen		Epilepsie		Schizophrenie	
		Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%
Ostpreußen, Grenzmark Posen-Westpreußen	Zugang	11	0,1	1	—	883	12,1	3325	45,5
	Bestand	3	0,2	1	0,1	114	7,4	663	43,0
Brandenburg	Zugang	72	0,4	14	0,1	1961	9,9	9024	45,4
	Bestand	148	2,2	38	0,6	428	6,4	1649	24,8
Pommern, Schleswig-Holstein, Hohenzollern	Zugang	11	0,1	—	—	646	7,9	4264	50,8
	Bestand	19	0,8	—	—	182	7,4	765	31,1
Nieder- und Ober- schlesien	Zugang	17	0,2	—	—	970	9,8	5514	55,3
	Bestand	17	0,6	2	0,1	172	6,3	1004	37,0
Prov. Sachsen	Zugang	7	0,1	2	—	751	13,3	1714	30,5
	Bestand	7	0,4	2	0,1	148	9,3	624	39,0
Hannover	Zugang	9	0,2	28	0,5	209	3,9	2600	48,8
	Bestand	15	0,7	3	0,1	112	5,2	632	29,4
Westfalen	Zugang	25	0,2	1	—	2704	19,0	5805	41,0
	Bestand	21	0,7	1	—	365	11,4	1042	32,8
Hessen-Nassau	Zugang	8	0,1	1	—	667	8,4	2694	34,2
	Bestand	10	0,7	—	—	86	6,0	391	27,5
Rheinprovinz, Saar- gebiet	Zugang	33	0,2	4	—	2040	9,2	8241	37,3
	Bestand	83	1,1	8	0,1	491	6,5	1717	22,5
Bayern	Zugang	12	0,1	—	—	991	6,7	9152	62,4
	Bestand	20	0,6	2	0,1	167	4,6	1356	37,4
Land Sachsen	Zugang	12	0,1	—	—	1121	10,9	4899	47,6
	Bestand	11	0,5	2	0,1	176	8,6	709	34,6
Württemberg	Zugang	4	0,1	—	—	456	8,6	3150	58,8
	Bestand	13	1,0	—	—	61	4,7	487	37,5
Baden	Zugang	10	0,2	1	—	528	8,6	2829	46,0
	Bestand	14	0,6	5	0,2	109	4,7	938	40,2
Anhalt, Lippe, Thüringen	Zugang	5	0,1	2	—	464	8,8	2601	49,1
	Bestand	28	1,8	4	0,3	79	5,0	500	31,7
Hessen, Mecklenburg, Oldenburg	Zugang	5	0,1	—	—	186	4,2	2266	50,2
	Bestand	7	0,5	—	—	58	4,3	400	29,5
Freie Städte	Zugang	8	0,1	—	—	532	9,0	2645	45,1
	Bestand	21	0,9	8	0,4	103	4,5	569	25,1

in Frage stehenden Krankheitsformen. Es sind für jede Krankheitsform zwei Ziffern mit den dazugehörigen Hundertsätzen angegeben: einmal die Zahl der Insassen am 1. Januar 1935 und zweitens die Zahl der im Laufe des Jahres 1935 aufgenommenen Kranken; letzteres war nötig, da manche nur für kurze Zeit anstaltsbedürftige Krankheitsformen bei

der Tabelle 2.

15		16		17		18		19		20		Zusammen
Manisch-depressives Irresein		Psycho-pathische Persönlichkeiten		Abnorme Reaktionen		Psycho-pathische Kinder		Ungeklärte Fälle		Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen		
Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	Absol. Zahl	%	
146	2,0	143	2,0	205	2,8	9	0,1	3	—	1	—	7296
61	4,0	65	4,2	42	2,7	1	0,1	7	0,4	—	—	1539
346	1,7	689	3,5	369	1,9	189	1,0	88	0,4	30	0,2	19827
192	2,9	565	8,5	304	4,6	42	0,6	94	1,4	28	0,4	6631
237	2,8	155	1,9	101	1,2	44	0,5	9	0,1	12	0,1	8331
92	3,7	140	5,7	98	4,0	23	0,9	16	0,7	53	2,1	2458
315	3,2	218	2,2	139	1,4	11	0,1	10	0,1	9	0,1	10009
119	4,5	171	6,3	129	4,6	5	0,2	27	1,0	25	0,9	2722
119	2,1	51	0,9	160	2,8	32	0,6	2	—	3	0,1	5658
25	1,6	47	2,9	44	2,8	1	0,1	5	0,3	—	—	1600
240	4,5	105	2,0	125	2,3	8	0,2	22	0,4	—	—	5330
128	5,8	107	5,0	121	5,5	15	0,7	21	1,0	4	0,2	2157
225	1,6	274	1,9	120	0,9	12	0,1	22	0,1	12	0,1	14179
150	4,7	206	6,5	116	3,7	3	0,1	40	1,3	40	1,3	3175
195	2,5	159	2,0	80	1,0	116	1,4	2	—	14	0,2	7945
103	7,2	95	6,7	52	3,7	33	2,3	1	0,1	6	0,4	1423
1048	4,8	441	2,0	433	2,0	141	0,6	20	0,1	84	0,4	22023
566	7,5	511	6,8	383	5,1	85	1,1	52	0,7	43	0,6	7592
873	6,0	282	1,9	213	1,5	17	0,1	10	0,1	52	0,4	14604
411	11,4	279	7,7	193	5,4	8	0,2	50	1,4	74	2,1	3603
491	4,8	198	1,9	102	1,0	5	—	15	0,1	5	—	10294
139	6,8	90	4,4	89	4,4	4	0,2	71	3,5	20	1,0	2050
399	7,4	136	2,5	38	0,7	—	—	6	0,1	5	0,1	5372
202	15,5	78	6,0	59	4,6	2	0,2	4	0,4	2	0,2	1296
131	2,1	178	2,9	83	1,4	8	0,1	4	0,1	5	0,1	6145
75	3,2	192	8,3	121	5,2	3	0,1	25	1,1	9	0,4	2324
102	2,0	87	1,7	76	1,4	35	0,7	1	—	13	0,2	5293
90	5,7	114	7,3	92	5,9	4	0,3	3	0,2	9	0,6	1570
114	2,2	71	1,6	49	1,1	—	—	2	—	4	0,1	4488
61	4,5	68	5,0	58	4,3	3	0,2	16	1,2	28	2,1	1354
101	1,7	91	1,6	63	1,1	14	0,2	7	0,1	10	0,2	5886
145	6,4	238	10,3	124	5,5	2	0,1	33	1,5	29	1,3	2268

der einmaligen Bestandsaufnahme, die natürlich die Zahl der chronischen Erkrankungsformen größer erscheinen läßt, nicht zum Ausdruck kommen (Tabelle S. 270—273).

Nach Durchsicht der 20 verschiedenen Spalten scheint es zweckmäßig, nur die Spalten 1, 10, 13, 14, 15 und 16 zur Betrachtung heranzuziehen.

Die Spalte 1 „Angeborene und früherworbene Schwachsinnzustände (Idiotie und Imbezillität)“ weist hohe Ziffern für Hessen-Nassau, Hessen + Mecklenburg + Oldenburg, Prov. Sachsen und Freie Städte und niedrige für Württemberg, Bayern und Schlesien auf. Ein Zusammenhang mit der Selbsttötungsziffer läßt sich nicht ermitteln. Die Spalte 10 „Alkoholismus“, in der sowohl Rauschzustände als auch chronischer Alkoholismus, Delirium tremens, Halluzinose und *Korsakoffsche* Psychose zusammengefaßt sind, zeigt hohe Werte für Freie Städte, Baden, Hannover und Ostpreußen + Grenzmark Posen-Westpreußen, dagegen niedrige für Brandenburg, Westfalen, Schlesien und Württemberg. Ein Zusammenhang mit der Verbreitung des Alkoholismus läßt sich vielleicht, mit der Verteilung der Selbsttötungshäufigkeit aber nicht fest-

Die Sterbefälle an Säuferwahnsinn von
1920—1922 im Jahresdurchschnitt
auf 1 Million Einwohner.

Provinz	Absolute Zahl	Auf 1 Million Einwohner
Ostpreußen	25,0	11,1
Brandenburg	25,3	9,8
Stadt Berlin	55,0	13,7
Pommern	16,7	8,9
Grenzmark Posen-Westpreußen .	3,7	11,1
Niederschlesien	39,0	12,5
Oberschlesien	36,0	26,1
Sachsen	15,3	4,7
Schleswig-Holstein	24,3	16,0
Hannover	20,0	6,3
Westfalen	31,0	6,4
Hessen-Nassau	3,7	1,5
Rheinprovinz	44,0	6,1
Hohenzollern	—	—

Statistisches Reichsamt.

stellen. Als Ergänzung soll hier die Statistik der Todesfälle an „Säuferwahnsinn“ beigelegt werden.

Es ergeben sich hier hohe Werte für Oberschlesien, Schleswig-Holstein, Berlin, Niederschlesien, Ostpreußen und Grenzmark Posen-Westpreußen, niedrige für Hessen-Nassau, Sachsen, Rheinprovinz, Hannover und Westfalen. Auch aus dieser Statistik lassen sich weitergehende Schlüsse

nicht ziehen. In der Spalte 13, 14 und 15 werden die wichtigsten Erbkrankheiten aufgeführt: „Epilepsie“, „Schizophrenie“ und „Manisch-depressives Irresein.“ Die Spalte „Epilepsie“ weist eine hohe Ziffer für Westfalen, Ostpreußen + Grenzmark Posen-Westpreußen und Provinz und Land Sachsen, eine niedrige dagegen für Bayern, Württemberg, Baden, Freie Städte und Hessen + Mecklenburg + Oldenburg auf. Auffällig ist die niedrige Ziffer in Bayern, Württemberg und Baden. Die Spalte „Schizophrenie“ zeigt hohe Ziffern für Bayern, Württemberg und Schlesien, niedrige für Provinz Sachsen, Hessen-Nassau und Rheinprovinz + Saargebiet. Die dritte dieser drei Erbkrankheiten, das „Manisch-depressive Irresein“, ist der Reihenfolge der Häufigkeit nach vertreten in Württemberg, Bayern, Rheinprovinz + Saarland, Hessen-Nassau, Sachsen (Land), Freie Städte, Hannover, Lippe + Anhalt + Thüringen, Westfalen, Hessen + Mecklenburg + Oldenburg, Schlesien,

Ostpreußen + Grenzmark Posen-Westpreußen, Pommern + Schleswig-Holstein + Hohenzollern, Baden, Brandenburg und Prov. Sachsen. Ein Zusammenhang mit der Selbsttötungshäufigkeit läßt sich weder bei dieser für die Selbsttötung sicher wichtigsten Krankheit noch bei den anderen beiden Erbkrankheiten feststellen. Auch die Betrachtung des Hundertsatzes der drei Erbkrankheiten zusammen, bei der Bayern, Württemberg, Schlesien und Westfalen eine hohe, und Hessen-Nassau, Provinz und Land Sachsen und Rheinland eine niedrige Ziffer aufweisen, gibt keine Übereinstimmung mit der Selbsttötungshäufigkeit. Als eigenartig ist nur zu vermerken, daß Bayern und Württemberg gemeinsam auffällig niedrige Epileptikerziffern und sehr hohe Ziffern für Schizophrenie und Manisch-Depressive zeigen, eine Tatsache, die noch an Bedeutung gewinnt, wenn man bedenkt, daß die Geisteskrankengesamtziffern für diese Landesteile, auf 1000 der Bevölkerung gerechnet, überhaupt sehr hoch sind. Wir haben also in diesen beiden Landesteilen eine große Zahl von Schizophrenen und Manisch-Depressiven; und trotzdem ist die Selbsttötungsziffer sehr niedrig. Die Spalte „Psychopathische Persönlichkeiten“ weist hohe Ziffern in Freie Städte, Baden, Bayern und Brandenburg, niedrige Ziffern in Provinz und Land Sachsen und Ostpreußen + Grenzmark Posen-Westpreußen auf. Auch diese Zahlen stehen in gar keinem erkennbaren Zusammenhang mit den Selbsttötungsziffern. Zieht man zum Vergleich mit dieser Spalte eine Statistik von 2551 *Psychopathen im Heer* in den Jahren 1921—1926 heran, so ergibt sich folgendes:

Unter 1000 aus den entsprechenden Landesteilen stammenden Soldaten fanden sich Psychopathen:

Anhalt	5,1	Oldenburg	4,9
Baden	28,0	Ostpreußen	98,7
Bayern	88,2	Pommern	65,0
Berlin	46,2	Posen	20,0
Brandenburg	50,1	Rheinland	49,7
Braunschweig	10,1	Saargebiet	1,9
Bremen	5,0	Sachsen (Freistaat)	130,0
Elsaß-Lothringen	6,3	Sachsen (Provinz)	38,7
Hamburg	7,0	Schlesien	82,0
Hannover	44,3	Schleswig-Holstein	15,3
Hessen	12,0	Thüringen	31,7
Hessen-Nassau	24,3	Westfalen	49,1
Lippe-Deimold	4,0	Westpreußen	21,0
Lübeck	1,9	Württemberg	34,9
Mecklenburg	16,7		

Hoffmann²⁸.

Der Reihe nach kommen in dieser Statistik Psychopathien am häufigsten vor in Sachsen (Land), Ostpreußen, Bayern, Schlesien, Pommern, Brandenburg, Rheinland und Westfalen, seltener in Saargebiet, in den Freien Städten, Lippe-Deimold, Anhalt, Oldenburg, Braunschweig,

Hessen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg. Die Gegenüberstellung dieser beiden Psychopathenstatistiken zeigt zunächst, daß die Zahlen — abgesehen von der konstant hohen Psychopathenziffer in Bayern — einander durchaus nicht entsprechen. Diese Diskrepanz zeigt, daß

Die Ziffer der geistig Gebrechlichen und der Selbsttötungen im Jahre 1925 in den deutschen Landesteilen.

	Auf je 100 000 der Gesamt- bevölkerung kommen geistig Gebrechliche im Jahre 1925	Selbst- tötungen auf 1000 Einwohner 1924/25
Prov. Ostpreußen . . .	383,5	1,6
„ Brandenburg . . .	499,8	2,9
Stadt Berlin	272,5	4,3
Prov. Pommern	349,0	1,7
„ Grenzmark Posen- Westpreußen . . .	369,6	1,7
„ Niederschlesien . .	360,8	3,2
„ Oberschlesien . . .	302,6	1,1
„ Sachsen	320,8	3,2
„ Schleswig-Holstein	346,2	3,4
„ Hannover	319,3	2,6
„ Westfalen	354,8	1,6
„ Hessen-Nassau . . .	394,3	2,4
Rheinprovinz	339,3	1,5
Preußen	349,5	2,4
Bayern	444,2	1,7
Sachsen	317,8	3,6
Thüringen	277,6	3,5
Hessen	387,3	2,2
Hamburg	478,3	4,2
Mecklenburg-Schwein .	386,9	2,6
Oldenburg	283,0	2,6
Braunschweig	354,1	3,5
Anhalt	353,5	3,6
Bremen	287,7	3,9
Lippe	698,5	1,9
Lübeck	357,1	3,6
Mecklenburg-Strelitz .	345,5	2,4
Deutsches Reich	360,8	2,5

Statistik des Deutschen Reiches Bd. 419.

einer auch nur in etwa brauchbaren Psychopathenstatistik eine Lösung der Frage nicht zu erwarten ist. Und gerade diese Frage ist so außerordentlich wichtig; ist doch vielleicht das *Psychopathenproblem* der *Angelpunkt des Selbsttötungsproblems*: man müßte dann allerdings den Begriff der Psychopathie sehr weit fassen. Im besonderen müßte man die Grenzfälle und die Übergänge ins Gesunde in weitgehendem Maße bei der Betrachtung mit heranziehen. Eine Erfassung und Untersuchung der Bevölkerung in dieser Richtung ist aber schwierig, da ein brauchbarer

einer einwandfreien Psychopathenstatistik sehr große Schwierigkeiten im Wege stehen. Eine Erklärung der Diskrepanz kann auf dem Boden des Materials nicht vorgenommen werden; man könnte aber vielleicht für Sachsen, das in der Heeresstatistik hohe und in der Statistik der psychopathischen Anstaltsinsassen niedrige Ziffern aufweist, annehmen, daß in Sachsen die Erfassung der Psychopathen nicht sehr intensiv ist und daß daher die Ziffer der in den Anstalten auftauchenden Psychopathen klein ist. Zusammenfassend läßt sich über die Untersuchungen, welche die Beziehungen zwischen Psychopathenzahl und Selbsttötungshäufigkeit aufdecken sollen, sagen, daß bei dem Fehlen

Maßstab für den Begriff „Psychopathie“ und eine Aufstellung zweckentsprechend erscheinender Typen nicht vorhanden ist. Im übrigen ist beim Vergleich der Bedeutung der Psychopathen und der Geisteskranken für das Selbsttötungsproblem zu sagen, daß die Psychopathen in weiterem Sinne, die ja irgendwie ein Ausdruck der in einem gesamten Volkskörper steckenden nicht harmonisierenden oder degenerierten „psychischen Radikale“ sind, wichtiger sind als die eigentlichen Geisteskranken, bei denen es sich entweder um im Leben erworbene Schädigungen oder um Erbabnormitäten handelt, die auf einige wenige Familien beschränkt sind, aber nicht so sehr im Erbgefüge eines ganzen Volksstammes wurzeln.

Es folgt nun eine kurze Untersuchung darüber, ob zwischen der Ziffer der geistig Gebrechlichen und der Selbsttöter ein Zusammenhang zu ersehen ist (s. Tabelle S. 276).

Ein Zusammenhang zwischen den Ziffern der Selbsttötungshäufigkeit und der Häufigkeit des Vorkommens von geistigen Gebrechen besteht demnach nicht.

Abschließend muß in diesem Abschnitt noch kurz auf die *Erblichkeit* der Selbsttötungsneigung eingegangen werden. Es steht fest, daß die Selbsttötung in einzelnen Familien gehäuft beobachtet worden ist. So berichtet *Bremer*⁷ von einer ganzen Reihe von Selbsttötungsstammbäumen, die von *Esquirol*, *Rush*, *Gall*, *Lucas*, *Ribot* und *Stelzner* angegeben waren. Es handelte sich dabei in den Selbsttötungsfamilien um Formen des manisch-depressiven Irreseins; meist war eine deutliche Kombination mit schizoiden Symptomen zu erkennen. *Bremer* nimmt an, daß durch das Aufeinanderprallen pathologischer und einander wesensfremder „psychischer Keimgüter“ eine Selbsttötungssphäre geschaffen wird, die leicht zur Selbsttötung führen kann. Man darf allerdings die Bedeutung der psychischen Imitation in solchen Fällen nicht unterschätzen. Es ist anzunehmen, daß eine eigentliche Selbsttötungsneigung nicht vererblich ist. Vererbt werden nur einzelne Eigenschaften, die dann bei geeigneter Kombination zu einer Selbsttötungsneigung führen können.

Umwelt und Selbsttötung.

In diesem Abschnitt sollen die Faktoren einer Würdigung unterzogen werden, die in größerem Maße unabhängig von der Art der Person einen Einfluß auf das Selbsttötungsgeschehen in Westfalen und in anderen deutschen Landesteilen nehmen. Es wird vor allen Dingen die Bedeutung der Lebensbedingungen wie *Industrialisierung*, *Bevölkerungsdichte*, *Verstädterung*, *wirtschaftliche Verhältnisse* und *Fürsorge* und *Hygiene* und weiterhin die Bedeutung von *Anschauungen*, wie sie durch Angehörigkeit zu den verschiedensten Lebenskreisen (Religionsgesellschaften, Berufe) beeinflußt werden, dargelegt werden müssen.

Die *Industrialisierung* eines Gebietes bringt eine weitgehende Änderung der Lebensbedingungen für die Bevölkerung mit sich. Am wichtigsten für das Selbsttötungsgeschehen scheinen hier wohl die Faktoren, die den Menschen entwurzeln* oder die einer Verwurzelung entgegenstehen. Andere Faktoren sind die in den Industriegebieten häufig schlechten Lebensbedingungen (Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse) und die Eigenart industrieller Arbeit, die den Menschen zumeist recht einseitig und in einer der Gesundheit häufig nicht sehr zuträglichen Weise beansprucht. Zur Untersuchung, inwieweit die Industrialisierung in Westfalen auf die Selbsttötungsneigung Einfluß nimmt, besteht außer der Prüfung der Frage der Berufszugehörigkeit der Selbsttöter — eine Frage, auf die in einem anderen Zusammenhang weiter unten noch eingegangen wird — die Möglichkeit, die Verbreitung der Industrialisierung mit der Verbreitung der Selbsttötung zu vergleichen. Ein Einfluß der Industrialisierung läßt sich in den Kreisen des Regierungsbezirkes Münster und Minden nicht feststellen, während im Regierungsbezirk Arnsberg doch in der Mehrzahl der Kreise ein Einfluß festzustellen ist. Diese Tatsache dürfte darauf zurückzuführen sein, daß der in der Industrie tätige Bevölkerungsteil im Regierungsbezirk Arnsberg wohl nicht mehr so heimatverwurzelt ist wie in den Regierungsbezirken Münster und Minden. Einschränkend muß zu dieser Beobachtung gefragt werden, inwieweit hier die Verstädterung und die Bevölkerungsdichte, die ihrerseits häufig eine Begleiterscheinung der Industrialisierung sind, eine größere Rolle spielen.

Eine Untersuchung der *Bevölkerungsdichte* in den deutschen Landesteilen ergibt keinen Zusammenhang mit den Selbsttötungsziffern. In den 29 Landesteilen entspricht einer hohen Bevölkerungsziffer eine hohe Selbsttötungsziffer 15mal, während sich die Zahlen 14mal nicht entsprechen. Bei der Untersuchung der westfälischen Kreise läßt sich jedoch ein deutlicher Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und Selbsttötung feststellen. In den 53 Kreisen entsprachen sich die beiden Ziffern 40mal, während sie sich 13mal nicht entsprachen. Daß bei der Statistik der Landesteile ein Zusammenhang nicht festgestellt werden kann, liegt wohl an dem verwischenden Einfluß der zu groß gewählten Beobachtungseinheiten.

Ähnliche Ergebnisse bekommt man bei der Prüfung der *Verstädterung*. In den deutschen Landesteilen entspricht einem geringen Grad der Verstädterung eine niedrige Selbsttötungsziffer in 18 Fällen, während in 11 Fällen dieser Zusammenhang nicht ersichtlich ist (darunter auch Westfalen). Unter den westfälischen Kreisen entsprechen 39 der Tatsache, daß die Verstädterung parallel mit der Selbsttötungsziffer geht; in 14 Kreisen — darunter viele Mindener Kreise — war eine Übereinstimmung nicht festzustellen. Daß der Verstädterung aber keine überragende

* Über die Entwurzelung siehe S. 282.

Die Selbsttötungsziffern in den Großstädten.

	Auf 100 000 Einwohner kamen Selbsttötungen			
	1913	1923	1924	1925
Berlin	38,5	43,5	45,4	38,1
Ostdeutsche Städte	35,0	25,3	28,6	28,0
Nordwestliche Hafenstädte	38,5	34,6	38,2	39,6
Städte der rheinisch-westfälischen Schwerindustrie	17,5	10,5	14,9	19,1
Sonstige rheinisch-westfälische Städte	15,5	10,5	13,7	14,8
Städte in Provinz und Freistaat Sachsen	40,2	33,2	39,5	40,2
Sonstige mitteldeutsche Städte	31,8	28,9	31,5	31,8
Süd- und südwestdeutsche Städte	28,6	20,7	25,8	25,9

Medizinalstatistische Nachrichten.

Bedeutung zuzumessen ist, ergibt sich aus der Selbsttötungsstatistik der Städte.

Eine Tabelle der deutschen Städte, die nach der Zugehörigkeit der verschiedenen Landesteile geordnet sind, zeigt, daß die Unterschiede in der Höhe der Selbsttötungsziffer weitgehend parallel gehen mit den Unterschieden der Selbsttötungsziffer in den Landschaften, in denen sie liegen.

Daß die Städte im allgemeinen eine etwas höhere Selbsttötungsziffer aufweisen als die Gebiete, in denen die Bevölkerung in kleineren Orten oder verstreut wohnt, ist sicher zum Teil auf die stärkere Besetzung der Selbsttötungsgefährdeten höherer Altersklassen in den Städten und auf die weiter unten behandelte in den Städten häufiger vorkommende Entwurzelung zurückzuführen.

Um sich ein Bild von dem Einfluß *wirtschaftlicher Verhältnisse* auf die Selbsttötungsneigung besonders in Westfalen zu machen, kann man z. B. feststellen, wieviel Selbsttöter erwerbslos waren, oder noch besser, wieviel von 10 000 Erwerbslosen Selbsttötung verübten. Diesen 10 000-Satz kann man dann mit dem 10 000-Satz der Selbsttöter unter der gesamten Bevölkerung in Westfalen vergleichen.

Aus den Zahlen geht der Einfluß der Erwerbslosigkeit auf die Höhe der Selbsttötungsziffer hervor. Trotz mancher Schwan-

Die Selbsttötung bei den Erwerbslosen in Westfalen in den Jahren 1930—1934.

	Selbsttötungs- ziffer der Gesamt- bevölkerung	Selbsttötungs- ziffer der Erwerbslosen
1930	1,57	7,00
1931	1,62	4,97
1932	1,70	3,72
1933	1,68	4,64
1934	1,86	7,25
Durchschnitt	1,69	5,07

Nach den Selbsttötungszählkarten.

kungen, die man nicht befriedigend erklären kann, ist doch die hohe Selbsttötungsneigung der Erwerbslosen deutlich. Es erübrigt sich, die einzelnen Faktoren, die hier die Selbsttötung begünstigen, aufzuzählen, da das schon von anderer Seite des öfteren unternommen wurde. Im

übrigen steht diese Beobachtung, daß nämlich die Erwerbslosen eine hohe Selbsttötungsziffer aufweisen, im Einklang mit der Tatsache, daß in den Landesteilen mit großer Erwerbslosenziffer die Selbsttötungsziffern häufig über dem Durchschnitt stehen; es ist allerdings kaum möglich zu ermessen, wieweit hier nicht die Industrialisierung, die ja häufig mit der Erwerbslosenzahl parallel geht, verantwortlich zu machen ist.

Einen der Selbsttötungsneigung entgegenwirkenden Einfluß darf man in Westfalen einer gut ausgebauten *Hygiene*, Wohlfahrtspflege und *Fürsorge* zuschreiben. Besonders die Fürsorge ist geeignet, Menschen, die aus eigener Kraft eine Stellung in der menschlichen Gesellschaft nicht einnehmen können, vor starken und dauernden Konflikten, die natürlich eine Selbsttötungsneigung begünstigen, zu schützen.

Daß durch die Erziehung und durch die Beeinflussung bei der Zugehörigkeit zu verschiedenen Lebenskreisen die Selbsttötungsneigung in hohem Maße beeinflußt wird, liegt auf der Hand. So ist in Westfalen wie auch in anderen Landesteilen die bekannte Erscheinung festzustellen, daß die Mitglieder der evangelischen Religionsgesellschaften weit häufiger Selbsttötung verüben als die Mitglieder der katholischen *. Es erübrigt sich, darauf hinzuweisen, daß — wie schon anderseits häufiger erwähnt — diese Tatsache auf der Intensität, mit der der Einzelne erfaßt und betreut wird (Beichte, konfessionelle Fürsorge u. a.), auf der Intensität des Gemeinschaftslebens und auf dem Grad der Freiheit, die dem Denken des Einzelnen gewährt wird, beruht. Im übrigen ist die Verwurzelung der Psyche des Einzelnen in transzendentalen Werten (Glaube) bei beiden verschieden intensiv. Man könnte nun vielleicht der Meinung sein, daß die Unterschiede in der Höhe der Selbsttötungsziffern in den deutschen Landesteilen durch die verschiedene Verbreitung der beiden Religionsgesellschaften bedingt wurden. Eine genaue Untersuchung ergibt jedoch, daß die Selbsttötungshäufigkeit auch bei Personen gleicher Religionszugehörigkeit in den einzelnen Landesteilen verschieden ist, und zwar so, daß in Landesteilen mit hoher Gesamtselbsttötungsziffer auch die Selbsttötungsziffer der Angehörigen einer bestimmten Religionsgesellschaft relativ hoch ist und umgekehrt.

Um den Einfluß der Zugehörigkeit zu verschiedenen *Berufen* zu untersuchen, sind die Selbsttöter nach den Wirtschaftsabteilungen ausgliedert und die Zahlen in Beziehung gesetzt worden zu den Zahlen der lebenden Erwerbspersonen. Die Betrachtung der Tabelle, welche die Selbsttötung unter den Erwerbspersonen in Westfalen nach Wirtschaftsabteilungen und Altersklassen im Durchschnitt der Jahre 1930 bis 1934 darstellt, läßt einige interessante Schlüsse zu.

Die Abteilung „Landwirtschaft, Gärtnerei, Tierzucht, Forstwirtschaft, Fischerei“ zeigt eine sehr geringe Selbsttötungsfrequenz, die in

* In Sachsen ist ein Unterschied der Selbsttötungshäufigkeit bei den beiden Konfessionen nicht vorhanden.

Die Selbsttötungsziffern der Erwerbspersonen in Westfalen im Durchschnitt der Jahre 1930—1934 nach Altersklassen.

Alter in Jahren	Landwirtschaft, Gärtnerei, Tierzucht, Forstwirtschaft, Fischerei	Industrie und Handwerk	Handel und Verkehr	Öffentlicher Dienst und private Dienst- leistungen	Häus- liche Dienste	Berufs- lose Selb- ständige
unter 14	—	—	—	—	7,7	—
14—16	0,25	0,55	—	—	2,32	—
16—18	3,67	0,99	1,28	—	9,4	—
18—20	0,85	1,01	1,67	1,3	2,28	—
20—25	1,73	1,93	3,2	2,14	2,79	—
25—30	1,18	2,48	3,13	2,9	1,76	—
30—40	0,62	2,08	3,42	3,3	3,1	—
40—50	0,56	2,88	4,35	3,29	4,38	—
50—60	1,48	5,31	5,49	6,15	2,93	—
60—65	2,10	6,33	6,97	5,16	—	—
65 u. darüber	2,16	9,15	10,3	6,05	—	—
zusammen	1,12	2,53	3,72	3,3	2,49	2,48

Nach den Selbsttötungskarten.

den Altersklassen zwischen 20—30 und über 50 etwas erhöht ist. Diese niedrige Ziffer ist wohl in erster Linie auf die bei der landwirtschaftlichen Bevölkerung vorhandene starke Verwurzelung in Werten wie Heimat und Glaube und in dem Fehlen aller schädigenden Einflüsse, wie sie in den Städten zu finden sind, zurückzuführen. Die Abteilung „Industrie und Handwerk“, in der vorwiegend männliche Erwerbspersonen zu finden sind, zeigt durchschnittliche oder etwas niedrigere Werte; auffällig ist hier vielleicht der große Sprung, den die Selbsttötungsziffer von der Altersklasse 40—50 zur Altersklasse 50—60 macht. Man könnte sich denken, daß die hierher gehörenden Erwerbspersonen infolge der in diesen Jahren erlahmenden Arbeitskraft Schwierigkeiten bei der Berufsausübung bekommen. Die in diesen Berufen nicht überall genügende Altersversorgung tut vielleicht ein übriges. Die Abteilung „Handel und Verkehr“ zeigt, besonders wenn man bedenkt, daß hierher eine größere Zahl weiblicher Erwerbspersonen zu rechnen ist, eine hohe Selbsttötungsziffer. Die Selbsttötungskurve steigt in den höheren Altersklassen stark an, zeigt aber nicht den plötzlichen Sprung zwischen den Klassen 40—50 und 50—60. Eine nicht so hohe, aber doch noch über dem Durchschnitt liegende Ziffer zeigt die Abteilung „Öffentlicher Dienst und private Dienstleistung“. Die Selbsttötungskurve zeigt hier in den höheren Altersklassen ein nicht so starkes Ansteigen wie bei den vorigen Abteilungen. Es dürfte hier die bessere Altersversorgung ausschlaggebend sein. Die Abteilung „Häusliche Dienste“ umfaßt zum großen Teil junge weibliche Personen. Die Ziffer 2,49 ist im Hinblick darauf als hoch anzusprechen. Die Abteilung „Berufslose Selbstständige“ zeigt, wenn man berücksichtigt, daß es sich vorwiegend um ältere Männer handelt, eine niedrige Selbsttötungsziffer. Die gesicherten wirtschaftlichen Verhältnisse dürfen wohl als Grund dafür angesprochen werden.

Untersucht man die Selbsttötungshäufigkeit in den westfälischen Kreisen, so sieht man, daß in den Kreisen, die einen großen Hundertsatz landwirtschaftlicher Bevölkerung aufweisen, die Selbsttötungsziffer häufig niedriger ist, und zwar entsprechend von den 53 Kreisen 38 dieser Feststellung, während 15 mit diesem Ergebnis nicht übereinstimmen.

Nach allem dürfte der Zugehörigkeit zu den verschiedenen Berufen, besonders den Berufen, die zur Wirtschaftsabteilung „Landwirtschaft“ und „Häusliche Dienste“ gehören, ein gewisser Einfluß auf die Selbsttötungsneigung zuzuschreiben sein, und zwar in ersterem Fall ein selbsttötungshindernder und in letzterem ein selbsttötungsfördernder Einfluß. Wenn man nun aber bedenkt, daß auf dem Lande besonders heimatgebundene, verwurzelte Personen und in häuslichen Diensten häufig Personen, die keine Angehörigen mehr haben, also ganz allein in der Welt stehen, beschäftigt sind, so ist man geneigt, anzunehmen, daß der Einfluß, den der Beruf als solcher auf die Selbsttötungsneigung ausübt, doch nicht allzugroß ist. Man müßte, um den Einfluß des Berufes genauer festzustellen, viel fester umrissene kleinere Berufsgruppen betrachten. Aber auch dann muß man die Auslese berücksichtigen, die in den Berufsklassen waltet; ebenfalls muß man bedenken, daß für die Selbsttötungsneigung vielleicht viel mehr als die Berufsart die Eignung des Einzelnen für den betreffenden Beruf eine Rolle spielt.

Zum Schluß soll der Einfluß der Verwurzelung bzw. der *Entwurzelung** auf die Selbsttötungsneigung besonders in Westfalen beschrieben werden, ein Faktor, der nach Ansicht des Verfassers einer der wichtigsten im Selbsttötungsgeschehen ist. Mit Verwurzelung bezeichnet man das Vorhandensein fester psychischer Bindungen eines Individuums mit der Umwelt oder mit geistigen Werten; eine starke Verwurzelung gibt einer schwachen Psyche Halt und ist somit ein selbsttötungshindernder Faktor. Steht in einem Selbsttötungsgeschehen die Entwurzelung aus Gemeinschaften wie Familie, Berufs-, Religions- und Volksgemeinschaften, in denen das Individuum wurzelt, im Vordergrund, so kann man die Selbsttötung als eine *autistische* Handlung ansehen. Umwelteinflüsse, z. B. Verstädterung und Industrialisierung beeinflussen die Verwurzelung und somit auch die Selbsttötungsneigung, wie das aus den höheren Selbsttötungsziffern in den Städten und Industriegebieten hervorgeht. Aber abgesehen von den umweltbedingten Faktoren muß man den einzelnen Individuen eine verschiedene Verwurzelungsfähigkeit zusprechen. Zur Untersuchung der Individuen auf ihre Verwurzelungsfähigkeit hat sich die *Jaenschsche Integrationstypologie* als brauchbares Instrument erwiesen.

Die *Jaenschsche* Integrationstypologie geht aus von der Integration, d. h. der wechselseitigen Durchdringung der verschiedenen, sowohl

* Als erster hat *Kraepelin*³⁴ auf die Bedeutung der Entwurzelung im psychischen Geschehen hingewiesen.

seelischen wie auch körperlichen Funktionsbereiche. Versuche an sehr großem Material haben gezeigt, „daß im allgemeinen bei den einzelnen Menschen die Struktur in den verschiedensten Funktionsbereichen die gleiche bleibt. — Die integrierten Menschenformen (J-Formen) zeichnen sich in besonderem Maße aus durch Zusammenhang und „Verknüpfung“ der Funktionen, durch „Ganzheit“. Die einzelnen J-Typen weisen untereinander beträchtliche Verschiedenheiten auf, je nach der Art der ihnen eigenen Integration. Wir unterscheiden einen Typus mit schneller und ausgiebiger Durchdringung der Funktionen. Die Struktur dieses Typus ist von geringer Stabilität; sie ist von großer Biegsamkeit und Weichheit, wodurch einerseits eine große Anpassungsfähigkeit und bis zu einem gewissen Grade auch rasche Wandlungsfähigkeit entsteht; dieser Typus, der fortwährend bereitwillig alle Eindrücke der Außenwelt in sich aufnimmt, und sich von diesen aufs stärkste beeinflussen läßt, ist gekennzeichnet durch eine besonders enge Verknüpfung mit der Außenwelt. Wir nennen ihn den stark und nach außen integrierten Typus (J_1). Unter den J-Formen ist von diesem Typus am weitesten entfernt ein Typus mit größerer Härte und Festigkeit der Struktur, bei dem eine Durchdringung der Funktionen nur langsam vor sich geht, aber dafür um so nachhaltiger ist. Dieser Typus ist von geringer Empfänglichkeit für Einflüsse und Reize der Umwelt. Um so fester ist bei ihm die Verknüpfung aller innerorganischer Elemente untereinander, der seelischen und selbst schon physiologischen Seins- und Geschehenselemente. Es ist dieses der nach innen integrierte (J_3)-Typus, dem in besonderem Maße die Innenintegration eigen ist, die Festigkeit der Verknüpfung der Innenwelteinhalte untereinander, die feste innere Linie. Der Typus der festen Strukturen ist gekennzeichnet auf seelischem Gebiet durch ausgeprägte Festigkeit des Charakters und des Willens, Zielbewußtsein, Stetigkeit des Gefühlslebens sowie geringe Aufgeschlossenheit der Umwelt gegenüber und die Neigung, Abstand zu wahren. Die feste innere Linie kann vorzugsweise in einem bestimmten Bereich liegen, und je nach diesem Bereich unterscheiden sich die verschiedenen Untertypen des J_3 -Typus. Sie kann liegen 1. im Bereich des Physiologischen, 2. im Bereich des Willenslebens, 3. im tiefen Gefühl und Gemüt *.“

Es ist klar, daß die Selbsttötungsneigung bei den J_1 -Typen und J_3 -Typen eine ganz unterschiedliche Bedeutung hat. So dürfte die Selbsttötung beim J_1 -Typus in höherem Maße augenblicksbestimmt sein, d. h. das Ergebnis einer Augenblicksreaktion sein. Dahin würde die Beobachtung passen, daß als Motiv für die Selbsttötung bei westischen Völkern, die vorwiegend dem J_1 -Typus zuzurechnen sind (Südfrankreich, Italien), häufiger Affekte zu finden sind. Im übrigen hat man den

* *Rau*: Untersuchungen zur Rassenpsychologie nach typologischer Methode ⁵².

Eindruck, daß die Selbsttötungshäufigkeit bei dem J₁-Typus nicht sehr groß ist (niedrige Selbsttötungsziffern in den westischen und ostischen Gebieten). Es leuchtet ja auch ein, daß die schnelle Anpassungsfähigkeit dieses Typus leichter dazu führt, bei einem seelischen Konflikt alle psychischen Bindungen zu lösen (Anpassung) und dann das zu tun, was im Augenblick das Günstigste zu sein scheint; und das ist, falls nicht ein objektiv quälender Zustand vorliegt, die Erhaltung des Lebens. Ganz anders der J₃-Typus, wie es z. B. in weitgehendem Maße der nordische und der fälische Mensch ist. Er muß mit zwingender Notwendigkeit das ausführen, was ihm seine „innere Linie“ vorschreibt. Ist ihm der Erfolg dieser inneren Linie auf Grund äußerer oder in seiner Veranlagung beruhender Faktoren nicht möglich, so sieht er häufig keinen anderen Ausweg als den der Selbsttötung.

Dem J₃-Typus ist in besonderem Maße die Fähigkeit einer tiefen und festen Verwurzelung eigen. Der Westfale ist nordisch mit fälischem Einschlag und ist somit vorwiegend dem J₃-Typus zuzurechnen. Die Selbsttötungsneigung des J₃-Typus ist, wie oben dargelegt, zwar verhältnismäßig groß; besteht aber bei den J₃-Typen eine starke Verwurzelung in Werten und Formen, die sich im Laufe einer langen und langsamen Entwicklung auf diesen Typ abgestimmt haben, so wäre eine geringe Selbsttötungsneigung erklärlich. Der Westfale besitzt mehr als andere eine tiefe Bindung an überlieferte Werte. Ein sichtbarer Ausdruck der Verwurzelungsfähigkeit ist die unerschütterliche Festigkeit, mit der er an Bräuchen und besonders am Glauben seiner Väter festhält. Wenn man die Verbreitung der Selbsttötung mit der Verbreitung der J-Typen in den anderen Landesteilen vergleicht, so findet man insofern eine Übereinstimmung mit dem oben Dargelegten, als im Süden Deutschlands, der einen geringen Einschlag von nordischem Blut aufweist, die Selbsttötungsziffer niedrig ist. Vielleicht ist die niedrige Selbsttötungsziffer in einigen östlichen und westlichen Landesteilen auf einen stärkeren Einschlag ostischen oder westischen Blutes (beides J₁-Typen) zurückzuführen. Jedenfalls dürften im Rheinland und in Oberschlesien, Ostpreußen, Grenzmark Posen-Westpreußen und Pommern rassische Einflüsse für die niedrige Selbsttötungsziffer mitverantwortlich zu machen sein.

Um einen Einblick in die Bedeutung der Verwurzelung der Westfalen in Heimat und Sippe zu haben, sind die Selbsttötungen der Jahre 1930 bis 1934 nach dem Geburtsort ausgeliefert worden, und zwar wurde in 3 Gruppen eingeteilt: 1. die Selbsttöter, die die Selbsttötung in ihrem Heimatkreis verübten (heimatverwurzelte Selbsttöter), 2. die nicht im Kreis der Ausübung der Selbsttötung, aber doch in Westfalen geborenen Selbsttöter und 3. die Selbsttöter in Westfalen, die außerhalb Westfalens geboren waren.

	Im selben Kreis geborene Selbsttöter			In Westfalen geborene Selbsttöter			Außerhalb Westfalens geborene Selbsttöter		
	♂	♀	zus.	♂	♀	zus.	♂	♀	zus.
Münster	204	72	276	167	42	209	277	73	350
Minden	234	80	314	74	53	127	127	46	173
Arnsberg	701	233	934	433	152	585	658	188	846
Westfalen	1139	385	1524	674	247	921	1062	307	1369

Selbsttötungskarten.

Es ist sehr bedauerlich, daß diese Ziffern nicht mit den entsprechenden Ziffern der Lebenden in Vergleich gesetzt werden können, da nach den letzten Volkszählungen nicht nach diesem Gesichtspunkte ausgegliedert worden ist. Man dürfte aber doch nicht fehlgehen in der Annahme, daß die Ziffern der Selbsttöter, die nicht aus Westfalen kommen, verhältnismäßig groß sind, und zwar besonders im Regierungsbezirk Münster und Arnsberg. — Etwas anderes dürfte ebenfalls in Zusammenhang mit der Verwurzelung zu bringen sein; es ist die Tatsache, daß sich in den Landesteilen mit hoher Selbsttötungsziffer auch fast immer eine hohe Ziffer von Gemeinschaftslosen findet, ein Begriff, unter dem in der Statistik die Personen verstanden werden, die keiner kirchlichen Organisation angehören.

Ziffer der Gemeinschaftslosen im Jahre 1933 in den deutschen Landesteilen auf 100 der Gesamtbevölkerung.

Ostpreußen	0,6	Berlin	14,2
Brandenburg	3,7	Pommern	1,3
Grenzmark Posen-Westpreußen	0,3	Niederschlesien	0,6
Oberschlesien	0,3	Land Sachsen	7,8
Land Thüringen	6,8	Prov. Sachsen	3,8
Land Mecklenburg	0,8	Schleswig-Holstein	4,8
Hamburg-Bremen-Lübeck	4,7	Prov. Hannover	2,2
Land Oldenburg	1,7	Braunschweig	6,4
Anhalt	6,9	Lippe	0,6
Schaumburg-Lippe	0,4	Prov. Westfalen	2,7
Rheinprovinz	2,9	Prov. Hessen-Nassau	1,7
Land Hessen	1,9	Land Baden	1,1
Land Württemberg	1,2	Bayern-Pfalz	1,1
Bayern r. d. Rh.	0,4		

Statistik des Deutschen Reiches.

Die Verwurzelung, die ein Mensch in einem festumrissenen Anschauungssystem, aber auch in einer Gemeinschaft, wie es z. B. eine Religionsgemeinschaft ist, erfährt, ist sicherlich ein Hemmschuh für das Auftreten von Selbsttötungsneigungen.

Es fügen sich diesem Abschnitt über die Entwurzelung einige recht interessante Statistiken zwanglos an, die Zusammenhänge gewisser Erscheinungen mit der Höhe der Selbsttötungsziffer erkennen lassen.

Von 1000 abgegebenen Stimmen entfielen auf die S.P.D. und K.D.P. bei der Reichstagswahl 1928 in den Wahlkreisen:

Ostpreußen	362	Berlin	635
Potsdam II	48	Potsdam I	518
Frankfurt a. O.	391	Pommern	362
Breslau	423	Liegnitz	422
Oppeln	253	Magdeburg	502
Merseburg	485	Thüringen	457
Schleswig-Holstein	430	Weser-Ems	345
Osthannover	387	Südhanover-Braunschweig	491
Westfalen-Nord	334	Westfalen-Süd	414
Hessen-Nassau	401	Köln-Aachen	289
Koblenz-Trier	172	Düsseldorf-Ost	412
Düsseldorf-West	318	Oberbayern-Schwaben	270
Niederbayern	174	Frankfurt	314
Pfalz	362	Dresden-Bautzen	494
Leipzig	531	Chemnitz-Zwickau	496
Württemberg	306	Baden	298
Hessen-Darmstadt	409	Hamburg	536
Mecklenburg	475	Deutsches Reich	404

In den 35 Wahlkreisen stimmt in 30 Fällen eine hohe Ziffer der Linksparteien mit einer hohen Selbsttötungsziffer überein; in 5 Fällen ist eine

Die unehelichen Geburten und die Ehescheidungen im Jahre 1924 in den deutschen Landesteilen.

Provinz	Auf 10000 kamen Ehescheidungen	Von 100 Geborenen waren unehelich
Ostpreußen	37,4	10,9
Berlin-Stadt	193,4	15,84
Brandenburg	44,8	11,94
Pommern	41,7	14,74
Grenzmark Posen-Westpreußen	17,2	9,51
Niederschlesien	43,8	14,86
Oberschlesien	19,9	8,56
Sachsen	58,4	13,82
Schleswig-Holstein	70,4	9,54
Hannover	42,4	7,65
Westfalen	38,0	4,74
Hessen-Nassau	50,1	6,46
Rheinprovinz	55,5	5,55
Hohenzollern	6,8	5,71
Preußen	61,3	9,40

Übereinstimmung nicht festzustellen; bei zweien davon handelt es sich um fast reine Industriebezirke (Westfalen-Süd und Düsseldorf-Ost). Man geht sicher nicht fehl in der Annahme, daß Faktoren wie allgemeine Unzufriedenheit und Abfall von überlieferten Anschauungen (Entwurzelung) für die erhöhte Selbsttötungsneigung wie für das Wahlergebnis mitverantwortlich sind.

Statistiken über die Ziffer der Eheschei-

dungen und Unehelichen lassen ebenfalls Zusammenhänge mit der Selbsttötungsziffer erkennen.

Die Parallelität mit der Selbsttötungsziffer ist in beiden Statistiken deutlich, scheint aber bei den Ehescheidungsziffern noch ausgeprägter als bei den Unehelichen-Ziffern zu sein. In Westfalen liegen beide Ziffern

weit unter dem Durchschnitt. Man kann in diesem Zusammenhang vielleicht sagen, daß diese beiden Ziffern einen Ausdruck der Intensität darstellen, mit der die Bevölkerung an überlieferten Anschauungen festhält, und sich moralischen Werten verpflichtet fühlt.

Die unehelichen Geburten und die Ehescheidungen im Jahre 1924 in den deutschen Landesteilen.

Provinz	Auf 10 000 kamen Ehescheidungen	Von 100 Geborenen waren unehelich
<i>Länder:</i>		
Bayern	39,3	13,35
Sachsen	68,5	16,84
Württemberg	26,2	8,91
Baden	40,9	9,14
Thüringen	47,9	12,62
Hessen	36,5	8,59
Hamburg	183,4	10,66
Mecklenburg-Strelitz . .	43,9	18,04
Mecklenburg-Schwerin . .	40,1	19,72
Oldenburg	36,2	6,60
Braunschweig	52,9	12,05
Bremen	119,0	9,81
Anhalt	66,0	14,84
Lippe	12,2	5,09
Lübeck	105,2	11,83
Schaumburg-Lippe . . .	16,6	2,00
Deutsches Reich . . .	57,8	10,61

Zusammenfassung und Ausblick.

Die Selbsttötung ist im allgemeinen die Folge abnormer psychischer Zustände, wie sie sich bei Geisteskranken, Psychopathen, aber auch vorübergehend bei sonst geistig völlig Gesunden finden können. Nur selten kann man die Selbsttötung als das Ergebnis einer normalen

psychischen Reaktion auffassen, wo also die Gründe zur Selbsttötung für jeden Menschen in der gleichen Lage Gültigkeit haben würden. Nachdem dargelegt wurde, daß der Selbsttötungsursachenstatistik, die nach den Angaben in den Selbsttötungskarten angelegt ist, kein Erkenntniswert beizumessen ist, wurde eine Sammlung von 33 aus Westfalen stammenden Selbsttötungsfällen besprochen. Dann wurde eine Irrenstatistik nach Zahl und Art der Kranken in den verschiedenen deutschen Landesteilen mit den Selbsttötungsziffern verglichen. Die Untersuchung der Zahl und der Art der Geisteskrankheiten ließ jedoch einen überzeugenden Zusammenhang mit der Selbsttötungsziffer nicht erkennen; es muß dies darauf zurückgeführt werden, daß die beginnenden Psychosen, die häufig eine Selbsttötungsneigung entstehen lassen, und die Psychopathie, die ja den größten Hundertsatz bei den Selbsttöttern einnehmen, in der erwähnten Irrenstatistik nicht aufgeführt sind, daß weiterhin die auf die Selbsttötungsneigung Einfluß nehmenden Faktoren so zahlreich, zum Teil so unerforscht und einander entgegengesetzt wirkend sind, daß sie nicht klar in Rechnung gestellt werden können; im übrigen ist ein genaueres Prüfen dieser Frage nicht ohne Kenntnis der Häufigkeit des Selbsttötungsvorkommens bei den verschiedenen wohl charakterisierten abnormen Geisteszuständen und Krankheiten möglich. Und exakte Arbeiten liegen darüber nicht vor. Es wurde dargelegt, daß das

Psychopathenproblem wohl der Schlüssel für das Selbsttötungsproblem ist. Durch die Umwelt bedingte Einflüsse dürften nur so weit eine Bedeutung für die Selbsttötungsneigung gewinnen, als sie den Menschen körperlich und besonders geistig schädigen, oder was am wichtigsten scheint, soweit sie eine Entwurzelung herbeiführen oder fördern. Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, ist zu sagen, daß der Faktorenkomplex Industrialisierung, Überbevölkerung, Verstädterung in Westfalen es nicht fertig gebracht hat, den Menschen körperlich oder geistig zu schädigen oder in stärkerem Maße zu entwurzeln. Der Arbeitslosigkeit muß in Westfalen ein selbsttötungsfördernder Einfluß zugeschrieben werden, wie das die Selbsttötungsziffer von über 5 Selbsttöttern auf 10 000 Arbeitslose beweist. Als Faktoren, die in Westfalen einer Entwurzelung und somit auch einer Selbsttötungsneigung entgegenwirken, wurden erkannt die Zugehörigkeit zur Wirtschaftsabteilung Landwirtschaft und weiterhin zu Religionsgemeinschaften, die, wie besonders die katholische, ihren Mitgliedern ein festgefügtcs, auf dem Glauben aufgebautes Anschauungssystem bieten. Als entwurzelnder Faktor, der die Selbsttötungsneigung steigerte, wurde die Ansiedlung fern vom Heimatkreis beschrieben. Das Vorhandensein einer gut ausgebildeten Fürsorge und Hygiene wurde für Westfalen als selbsttötungshemmender Faktor erkannt.

Auffällig ist, daß die Landesteile, die eine hohe Ehescheidungs- und eine hohe Unehelichenziffer zeigen und in denen die Linksparteien festen Fuß gefaßt hatten, eine hohe Selbsttötungsziffer aufweisen.

Ein Versuch, die Selbsttötungsziffern *herabzudrücken*, muß zweierlei berücksichtigen: 1. die Bekämpfung schon aufgetretener Selbsttötungsneigungen und 2. die Prophylaxe vor Selbsttötungsneigungen. Um Selbsttötungsneigungen, die einmal *manifest* geworden sind, zu beseitigen, müßte man dafür sorgen, daß „seelisch Bedrängte“ die Möglichkeit haben, sich bei psychologisch oder psychiatrisch gebildeten Persönlichkeiten auszusprechen. Erzielt man damit keinen Erfolg, so bleibt nichts anderes übrig, als den Selbsttötungsgeneigten aus seiner Umgebung, der im übrigen häufig auch eine Teilschuld am Auftreten der Selbsttötungsneigung zukommt, herauszunehmen und in einer Anstalt unterzubringen.

Die wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung der Selbsttötung erstrecken sich — wie überall in der Medizin — auf die *Prophylaxe*. Es müßten zu diesem Zweck — wie schon so oft gefordert — jegliche Nachrichten über Selbsttötung in der Tagespresse und alle Verherrlichung der Selbsttötung im Schrifttum verschwinden. Haben wir im übrigen in dieser Arbeit immer wieder erkannt, daß die wichtigsten Teilursachen für die Entstehung von Selbsttötungsneigungen — abgesehen von den Fällen mit Psychose und Psychopathie — die Entwurzelung ist, so ergibt sich, daß sich die Bekämpfung der Selbsttötungsneigung auf eine Behebung dieses Mangels zu richten hat. Die Herausstellung von Werten

wie „Blut und Boden“ und „Volksgemeinschaft“ dürfte eine Verwurzelung in der Sippe und in der engeren und weiteren Heimat fördern. Weiterhin muß die Verwurzelung in einer fest umrissenen Anschauung, die alle Gebiete des Lebens umfaßt, gefördert werden.

Da für einen nicht geringen Teil der Selbsttötungen Geisteskrankheit verantwortlich zu machen ist, muß versucht werden, das Auftreten von *Geisteskrankheiten einzudämmen*. Außer der Bekämpfung der Lues und des Alkoholismus steht hier in erster Linie die Bekämpfung der Erbkrankheiten. Durch das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* werden die für das Selbsttötungsgeschehen so wichtigen Krankheiten „Manisch-depressives Irresein“, „Schizophrenie“, „Genuine Epilepsie“ und „Erblicher Schwachsinn“ an der Wurzel angegriffen. Einer Vermehrung psychopathischer Elemente kann nur mittels einer positiven Erbauslese entgegengetreten werden. Die Selbsttötung bildet hier eine gewisse negative Auslese, die allerdings keinen größeren eugenischen Wert hat, da die meisten Selbsttötungen in einem Alter, in dem eine Fortpflanzung nicht mehr stattfindet, verübt werden.

Zu besonderem Dank ist der Verfasser Herrn Prof. Dr. F. Kehrer, Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster, und Herrn Gajewski, Referent für Medizinalstatistik im Stat. Reichsamt, für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit verpflichtet.

Schrifttum.

- ¹ Albrecht: Mschr. Kriminalpsychol. **22**, 567—569. — ² Bandel: Münch. med. Wschr. **1928 II**, 1465, 1466. — ³ Bartel: Münch. med. Wschr. **1910 I**. — ⁴ Bell: *Huntington's Chorea. The treasury of human Inheritance*. London 1934. — ⁵ Bingler: Veröff. Heeressan.wes. **84**, 74—80 (1930). — ⁶ Bracht: Dtsch. Z. Nervenheilk. **123**, 72—88. — ⁷ Bremer: Arch. f. Psychiatr. **73**, 168—186 (1925). — ⁸ Brockhaus: Mschr. Kriminalpsychol. **13**, 290—297 (1922). — ⁹ Crichton-Miller: Brit. med. J. **1931 II**, 239 bis 241. — ¹⁰ Davidson: Med. Rec. **139**, 24—28 (1934). — ¹¹ Dieudonné: Med. Welt **3**, 1233. — ¹² Dieudonné: Med. Welt **3**, 1209. — ¹³ Donalies: Mschr. Psychiatr. **69**, 380—396. — ¹⁴ Dornedden: Dtsch. med. Wschr. **1931 II**, 1750—1752. — ¹⁵ Füllkrug: Der Selbstmord. Schwerin 1919. — ¹⁶ Füllkrug: Der Selbstmord in der Kriegs- und Nachkriegszeit. Schwerin 1927. — ¹⁷ Gaupp: Über den Selbstmord. München 1910. — ¹⁸ Gaupp: Vjschr. gerichtl. Med., III. F. **1933**. — ¹⁹ Gerson: Arch. Kriminol. **47**, 213 (1924). — ²⁰ Gruhla: Z. Kinderforsch. **45**, 157—203 (1936). — ²¹ Grünwald: Mschr. Kriminalpsychol. **18**, 41—45. — ²² Grünwald: Ursächliche Beweggründe des Selbstmordes. Verigg polizeiwiss. Fortbildg **9**, 293—295 (1933). — ²³ Hanauer: Dtsch. med. Wschr. **1927 II**, 1231. — ²⁴ Hasse: Allg. Z. Psychiatr. **41** (1885). — ²⁵ Heller: Zur Lehre vom Selbstmord von 200 Sektionen. Kiel 1900. — ²⁶ Hirschfeld: Psychiatr.-neur. Wschr. **34**, 229—235 (1932). — ²⁷ Hoche: Aus der Werkstatt des Psychiaters. — ²⁸ Hofmann, Herm.: Veröff. Heeressan.wes. H. 85. — ²⁹ Hofmann, Herm.: Veröff. Heeressan.wes. H. 81. — ³⁰ Horoney: Vjschr. gerichtl. Med. **1921**, 239—275. — ³¹ Israel: To be or not to be. A study of suicide. New York 1933. — ³² Jameison: Arch. of Neur. **36** (1936). — ³³ Kellner: Zbl. Neur. **29**. —

- ³⁴ *Kraepelin*: Z. Neur. **63**, 1—8. — ³⁵ *Kratter*: Arch. f. Psychiatr. **59**, 484 (1919). — ³⁶ *Kürten*: Dtsch. statist. Zbl. **1912/14**, H. 3. — ³⁷ *Lewis*: Psycho. analytic Rev. **21**, 146—153 (1934). — ³⁸ *Löwenberg*: Veröff. Med.verw. **38**, 517—595 (1932). — ³⁹ *Loewenhardt*: Allg. Z. Psychiatr. **1867**. — ⁴⁰ *Marcuse*: Z. Sex.wiss. **23**, 168—185 (1925). — ⁴¹ *Meerloo*: Z. Neur. **144**, 223—244 (1933). — ⁴² *Metelmann*: Z. angew. Psychol. **46**, 376—386. — ⁴³ *Mignardot*: Ann. méd.-psychol. **94** II. — ⁴⁴ *Mills*: Amer. J. Psychiatry **91**. — ⁴⁵ *Morselli*: Der Selbstmord Leipzig 1881. — ⁴⁶ *Nesse*: Arch. f. Psychiatr. **60**, 43 (1919). — ⁴⁷ *Oettingen*, v.: Über akuten und chronischen Selbstmord. Dorpat 1881. — ⁴⁸ *Ollendorf*: Diss. Greifswald 1907. — ⁴⁹ *Oppler*: Arch. Psychiatr. **82**, 95—109. — ⁵⁰ *Pilcz*: Jb. Psychiatr. **26** (1905). — ⁵¹ *Prinzling*: Trunksucht und Alkoholismus. Leipzig 1895. — ⁵² *Rau*: Untersuchungen zur Rassenpsychologie nach typologischer Methode. Rassenkunde und psychologische Anthropologie. Leipzig 1936. — ⁵³ *Read*: Brit. med. J. **1936**, Nr 2925, 631—634. — ⁵⁴ *Rehfeld*: Med. Welt **3**, 1205—1209. — ⁵⁵ *Reichard*: Allgem. und spezielle Psychiatrie, Jena 1923. — ⁵⁶ *Rost*: Bibliographie des Selbstmordes. Augsburg 1927. — ⁵⁷ *Rost*: Der Selbstmord in den deutschen Städten. Paderborn 1912. — ⁵⁸ *Rost*: Der Selbstmord als sozialstatistische Erscheinung. Köln 1905. — ⁵⁹ *Scheele*: Z. Neur. **1937** (1931). — ⁶⁰ *Schoenhals*: Votr. u. Arb. Pol. san.wes. **1931/32**. — ⁶¹ *Schulte* u. *Uhlenbrock*: Allg. ev.-luth. Kirchenztg. **66** (1933). — ⁶² *Schwalbe*: Dtsch. med. Wschr. **1929**, 1007—1009. — ⁶³ *Shapiro*: J. nerv. Diss. **81**. — ⁶⁴ *Sichel*: Dtsch. med. Wschr. **1911** I, 445. — ⁶⁵ *Siebert*: Mschr. Psychiatr. **43**, 296 (1918). — ⁶⁶ *Sieveking-Koopmann* u. *Boetinger*: Dtsch. med. Wschr. **1925** I, 694. — ⁶⁷ *Sharo-Kuré*: Jb. Psychiatr. **1928**. — ⁶⁸ *Stegmann*: Mschr. Psychiatr. **22**, Erg.-H. — ⁶⁹ *Steiner*: Dtsch. med. Wschr. **1926**, 80. — ⁷⁰ *Steinmetz*: Suicide among primitive peoples. The American Anthropolog. 1894. — ⁷¹ *Stelzner*: Analyse von 200 Selbstmordfällen. Berlin 1906. — ⁷² *Thomsen*: Arch. f. Psychiatr. **22** (1891). — ⁷³ *Többen*: Dtsch. Z. gerichtl. Med. **14**, 121. — ⁷⁴ *Tönnies*: Der Selbstmord in Schleswig-Holstein. Breslau 1927. — ⁷⁵ *Unger-Sternberg*: Fortschr. Med. **52**, 1124—1127. — ⁷⁶ *Unger-Sternberg*: Veröff. Med.verw. **44**. — ⁷⁷ *Velásquez*: Rev. Criminología etc. **22**. — ⁷⁸ *Vorwahl*: Münch. med. Wschr. **1936** I, 767—768. — ⁷⁹ *Wassermeyer*: Allg. Z. Psychiatr. **69** (1912). — ⁸⁰ *Weichbrodt*: Der Selbstmord. Berlin 1923. — ⁸¹ *Wertheimer*: Diss. München 1891. — ⁸² *Wessinger*: Veröff. Med.-verw. **40**, 4—34 (1933). — ⁸³ *Weyrich*: Dtsch. Z. gerichtl. Med. **24**, 284—300. — ⁸⁴ *Weyrich*: Dtsch. Z. Med. **23**, 287—390 (1934). — ⁸⁵ *Zilboorg*: Arch. of Neur. **35**, 270—291 (1936).