

Beschreibung von 150 Patienten mit Selbstmordversuch durch Tabletten — unter besonderer Berücksichtigung des Selbstmordverhaltens und der Inanspruchnahme von Beratungsmöglichkeiten für Suicidgefährdete

H. J. Möller, V. Werner und W. Feuerlein

Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Description of 150 Patients Attempting Suicide With Pills, With Special Consideration of Suicidal Behavior and Use of Suicide Prevention Services

Summary. Social and psychiatric data on patients who attempted suicide are analysed and compared with social data on a control group of persons who succeeded in committing suicide. Among the psychiatric data, information about presuicidal and suicidal behavior is elaborated. The last part of the analysis describes how many people know about and use suicide prevention services.

Key words: Suicide – Attempted suicide – Suicidal act – Parasuicidal act – Suicide prevention services.

Zusammenfassung. An 150 Patienten mit Tablettenselbstmordversuch werden soziale und psychiatrische Daten analysiert. Die sozialen Daten werden in Beziehung gesetzt zu einer Vergleichsgruppe von Suicidenten. Bei den psychiatrischen Daten werden insbesondere Informationen über das Selbstmordverhalten herausgearbeitet. Der letzte Teil der Untersuchung beschäftigt sich mit der Bekanntheit und der Inanspruchnahme von Selbstmordverhütungsinstitutionen.

Schlüsselwörter: Suicid – Suicidversuch – Suicidale Handlung – Parasuicidale Handlung – Selbstmordverhütungsinstitutionen.

1. Einleitung

Trotz aller bisherigen Versuche einer Suicidprophylaxe (Ringel, 1969; Ringel, 1972; Heinrich, 1974; Reimer, 1973; Thomas, 1964) und trotz der Verbesserung

Sonderdruckanforderungen an: Dr. med. H. J. Möller, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Kraepelinstraße 10, D-8000 München 40, Bundesrepublik Deutschland

der Überlebenschancen durch die moderne Intensivmedizin zeigen Selbstmordzahl (Zahl der Suicide pro Jahr) und Selbstmordrate (Zahl der Suicide pro Jahr pro 100 000 Einwohner) in der Bundesrepublik Deutschland wie auch in vielen anderen Staaten steigende Tendenz (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Böcker, 1973; Henseler, 1974; Welz, 1978). 1976 starben in der Bundesrepublik Deutschland ca. 13 000 Menschen durch Selbsttötung, 1963 ca. 11 000. Auch die Selbstmordversuche weisen in der Bundesrepublik Deutschland wie auch in anderen Staaten eine relative und absolute Zunahme in der Häufigkeit auf (Böcker, 1973; Welz, 1978; Carstairs, 1968; Kennedy et al., 1974). Genaue Zahlen über die Häufigkeit von Selbstmordversuchen existieren wegen der Schwierigkeit bei der Erfassung derartiger Daten nur für wenige Regionen, man schätzt die Relation zwischen der Frequenz von Suicidversuchen und Suiciden in der Größenordnung von 5:1 bis 15:1 (Stengel, 1969; Sainsbury, 1975). Die Häufigkeit von Suicidversuchen nimmt stärker zu als die Häufigkeit von Suiciden (Böcker, 1973; Henseler, 1974). In der Suicidologie, deren Bedeutung die o.g. Daten nachdrücklich belegen, wird seit Untersuchungen Stengels (1969) der Selbstmordversuch nicht mehr nur als mißglückter Selbstmord aufgefaßt, sondern er wird aufgrund von empirisch nachgewiesenen Unterschieden zwischen Patienten mit gelungenem und mit versuchtem Selbstmord als eigenständiges, nicht unbedingt die Selbsttötung anstrebendes Verhaltensmuster charakterisiert (Stengel und Cook, 1958; Stengel, 1969; Dotzauer et al., 1965; Kreitman, 1972; Kreitman, 1977; Sainsbury, 1975; u.a.).

Intoxikationen durch feste oder flüssige Substanzen (Todesursache bei etwa 50% der Suicidpatienten), insbesondere aber Intoxikationen durch Tabletten (Methode von etwa 70% der Patienten mit Selbstmordversuch) gewinnen zunehmend an Bedeutung gegenüber sog. „harten Methoden“ (Parnitzke, 1965; Böcker, 1973). Die dargelegte Bedeutung von Selbstmord und Selbstmordversuch, insbesondere von Selbstmord und Selbstmordversuchen durch Tabletten, veranlaßte uns, das Patientenkollektiv näher zu untersuchen, mit dem wir routinemäßig als Konsiliarärzte des Krankenhauses München-Schwabing unter der Fragestellung weiterbestehender Suicidalität am meisten zu tun haben: Patienten nach Selbstmordversuch mit Tabletten. Obwohl wir uns über die grundsätzliche Problematik einer solchen Studie im klaren sind (Selektion der Stichprobe, begrenzte Generalisierbarkeit und Vergleichbarkeit der Daten), ist im Münchner Raum derzeit kein anderer Ansatz möglich, da es weder eine zentrale Aufnahme noch eine zentrale Registrierung von Patienten mit Selbstmordversuch gibt. Erschwerend für die suicidologische Forschung kommt hinzu, daß die Selbstmordstatistik der Stadt München nur recht undifferenziert geführt wird und somit nur wenige Vergleichsdaten vorliegen.

Die Untersuchung hatte folgende Zielsetzungen:

- a) Beschreibung der sozialen und psychiatrischen Charakteristika einer Population von 150 Patienten mit Tablettenselfbstmordversuch unter besonderer Berücksichtigung der Informationen über das Selbstmordverhalten. Vergleich der Daten, soweit möglich, mit Angaben des statistischen Amtes der Stadt München über Selbstmörder.
- b) Gewinnung von Daten über Bekanntheit und Inanspruchnahme von Vor- und Nachsorgemöglichkeiten für suicidgefährdete Patienten.

Letztere Problemstellung ist für den Münchener Raum besonders interessant, da in München neben den auch andernorts üblichen Institutionen (Telefon-Seelsorge, Ehe- und Familienberatungsstellen, psychosozialen Beratungsstellen usw.) eine mit Fachkräften besetzte Einrichtung zur intensiven ambulanten Betreuung von suicidalgefährdeten Patienten besteht („Arche“).

2. Methodisches Vorgehen

Vom 17.2.76 bis 1.6.76 wurden ohne Selektion alle vom Krankenhaus München-Schwabing der Poliklinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie (MPI) vorgestellten Patienten mit Tablettenselbstmordversuch (SMV) in das Projekt aufgenommen, insgesamt 150. Bei jedem Patienten wurde die in der Psychiatrischen Poliklinik des MPI übliche Exploration, einschließlich kurzer Fremdanamnese, von ca. 1 Stunde Dauer durchgeführt. Dabei erfolgte u.a. die nosologische Diagnostik sowie die Einschätzung der Intensität der Selbsttötungsabsicht (Klassifikation in suizidale oder parasuizidale Handlungen). Die Beurteilung der Intensität der Selbsttötungsabsicht erfolgte ohne Verwendung weiterer anamnestischer Daten allein aufgrund der Intoxikationsstufe und des Arrangements des Selbstmordversuchs. Die Einstufung in die Kategorie suizidale Handlung setzte voraus, daß mindestens die Intoxikationsstufe 3 (Reed-Schema, vgl. v. Clarmann, 1968) erreicht war und daß das Arrangement des Selbstmordversuchs so getroffen war, daß eine rettende Intervention durch andere innerhalb der ersten 12 Stunden (aufgrund eigener und fremdanamnestischer Angaben) eher unwahrscheinlich war. Eine Vereinheitlichung der Diagnostik wurde dadurch erreicht, daß in der täglich stattfindenden Poliklinik-Konferenz die Fälle dem Poliklinik-Leiter vorgetragen wurden und gemeinsam eine endgültige Entscheidung getroffen wurde. Die Patienten hatten einen speziell für das Projekt entworfenen Fragebogen auszufüllen. Dabei wurden u.a. folgende Daten erhoben: soziale Situation, frühere Selbstmordversuche, Dauer von Selbstmordabsichten, Zeitpunkt der Tablettenbesorgung, Kenntnis über Beratungsmöglichkeiten zur Selbstmordverhütung, Erwartungen beim Aufsuchen solcher Beratungsmöglichkeiten, Inanspruchnahme von Beratungsmöglichkeiten, Gründe für das Nichtaufsuchen von Beratungsmöglichkeiten. Falls der Patient vor dem Selbstmordversuch Hilfe der „Arche“ bzw. eines Arztes aufgesucht hatte, wurde die jeweilige Kontaktperson telefonisch interviewt (semistrukturiertes Interview). Die so gewonnenen Informationen wurden in Erhebungsbögen eingetragen, die in weiten Bereichen analog zu den Patientenfragebögen konstruiert waren. Sie erfaßten u.a. folgende Daten: Zeitpunkt des Kontaktes, Anliegen des Patienten, Diagnose, Einschätzung der Suicidgefahr, therapeutische Maßnahmen.

Ein Teil der Patienten wurde nach dem Selbstmordversuch zur Nachbetreuung an die „Arche“ verwiesen. Dabei handelte es sich um solche Patienten, die nicht wegen einer schwereren psychiatrischen Grunderkrankung der Weiterbehandlung durch einen Nervenarzt bedurften, die aber wegen ihrer noch ungelösten Problematik unbedingt weitere Nachbetreuung benötigten und dazu auch motiviert erschienen. Von der Arche wurden schriftliche Angaben darüber eingeholt, ob die Patienten diese Nachbetreuung wahrgenommen hatten.

Fragebögen und Erhebungsbögen waren so konzipiert, daß sie einfach verlockt werden konnten und eine computerisierte Auswertung der Daten möglich wurde. Durch Anfrage beim Statistischen Amt der Landeshauptstadt München wurden Vergleichsdaten über Selbstmörder gesammelt.

3. Häufigkeit und Methoden von Selbstmordhandlungen in München

Die in der Einleitung beschriebene Zunahme der Selbstmordhäufigkeit läßt sich auch in München feststellen. Sowohl Selbstmordzahl als auch Selbstmordrate zeigen, wenn man von gewissen Fluktuationen absieht, steigende Tendenz (Statistisches Amt der Landeshauptstadt München; Abb. 1, 2). 1966 wurden 259 Selbstmorde registriert, 1973 386, 1976 357. Die Selbstmordrate betrug 1966 22,

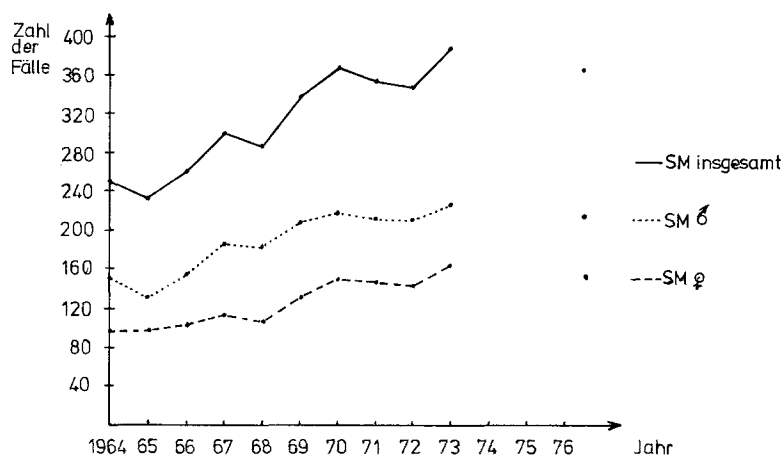


Abb. 1. Zunahme der SM (München 1964—1976)

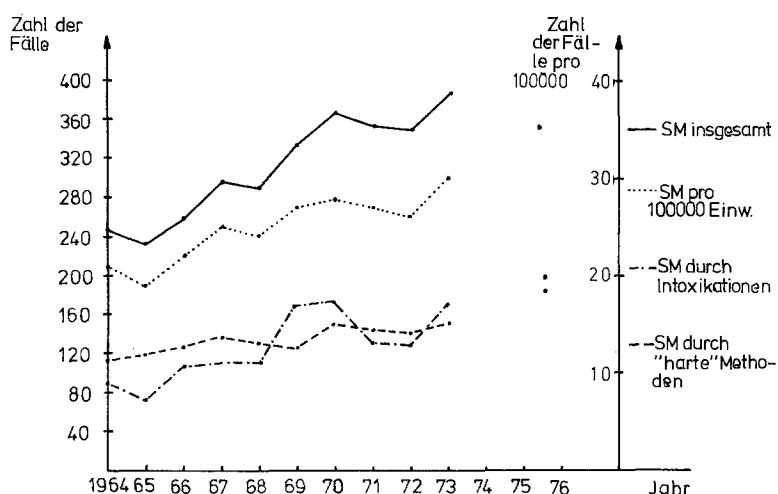


Abb. 2. Zunahme der SM (München 1964—1976)

1973 29, für 1976 liegen keine Angaben vor. Vergleicht man die Selbstmordrate in München mit der Selbstmordrate in der Bundesrepublik Deutschland (Statistisches Bundesamt Wiesbaden), so ergibt sich, daß die Selbstmordrate in München deutlich höher liegt als im Bundesdurchschnitt, z.B. 1973 29 gegenüber 20,8. Dies entspricht der bekannten Tatsache, daß in Großstädten Suicide häufiger auftreten als in anderen Regionen. Die beschriebene Zunahme der Selbstmordhäufigkeit betrifft Männer und Frauen im gleichen Maße (Abb. 1). Dabei sind Selbstmorde insgesamt aber bei Männern wesentlich häufiger als bei Frauen, das Verhältnis beträgt etwa 4:3. 1973 starben 225 Männer durch Selbsttötung und 161 Frauen, 1976 211 Männer und 146 Frauen. Von der Zunahme sind insbesondere die Altersklassen über 60 Jahre betroffen, bei denen sich die Zahl der Selbstmorde von 1963 bis 1973 verdoppelte. Die mehrgipfligen Kurven über die

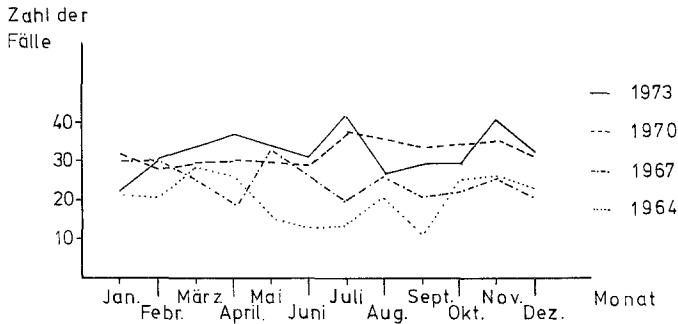


Abb. 3. Monatsverteilung der SM (München 1964–1973)

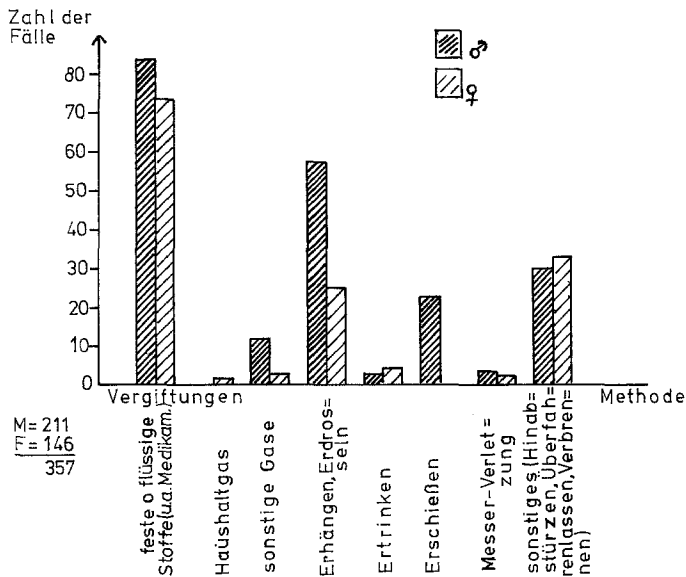


Abb. 4. SM-Methoden (München 1976)

Monatsverteilung der Selbstmorde (Abb. 3) zeigen verschieden gelagerte Häufigkeitsmaxima. In der Art der Selbsttötungsmethoden (Abb. 4) dominieren die Vergiftungen mit festen oder flüssigen Substanzen. Insgesamt sind aber sog. „weiche“ Methode (Intoxikation) und sog. „harte“ Methode (Erhängen, Erdrosseln, Ertrinken, Erschießen, Hinabstürzen, Überfahrenlassen, Verbrennen etc.) etwa gleichhäufig. Die Alters- und Geschlechtsverteilung zeigt ein charakteristisches Muster hinsichtlich Selbstmord durch Intoxikation und Selbstmord durch andere (insbesondere „harte“) Methoden (Abb. 5).

Zahlen über die Gesamthäufigkeit von Selbstmordversuchen in München existieren nicht. Es ist damit zu rechnen, daß nicht nur die Häufigkeit der Selbstmorde, sondern auch die Häufigkeit der Selbstmordversuche in München zugenommen hat. Diese Hypothese wird gestützt durch die Zunahme der Zahl der unserer Poliklinik vom Krankenhaus München-Schwabing wegen Selbst-

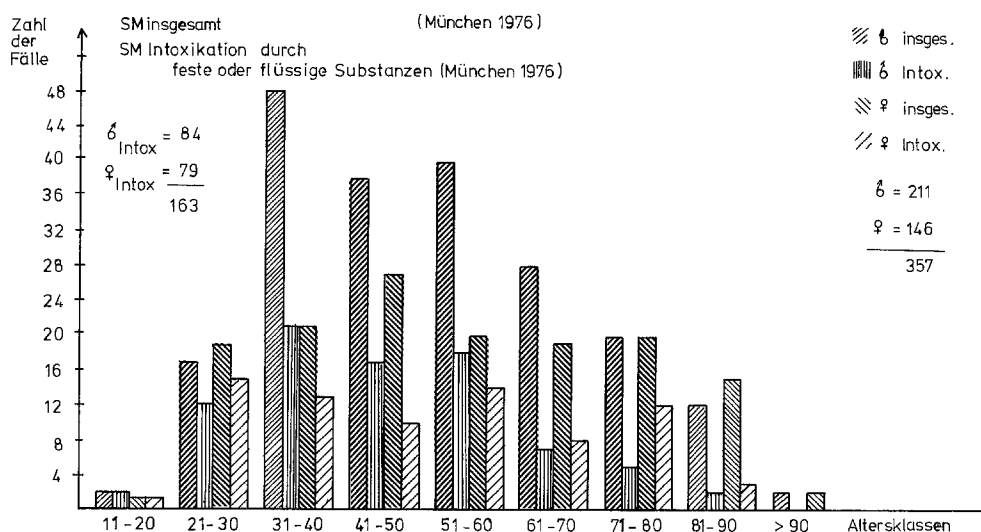


Abb. 5. SM: Alters- und Geschlechtsverteilung

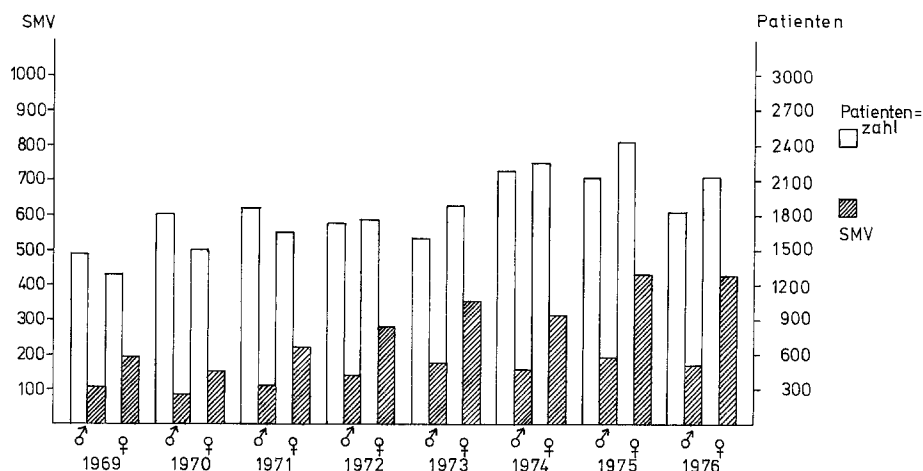


Abb. 6. Verhältnis von SMV-Patienten zu Patienten anderer Diagnose in der Poliklinik des MPI

mordversuch zugewiesenen Patienten (Abb. 6). Bei der Beurteilung dieser Daten ist allerdings zu berücksichtigen, daß in sie auch veränderte Zuweisungsbedingungen eingehen. Die Zunahme an Selbstmordversuchen betrifft in unserem Patientengut besonders das weibliche Geschlecht. 1976 wurden in unserer Poliklinik etwa 600 Patienten wegen Suicidversuch exploriert, davon über zwei Drittel Frauen, weniger als ein Drittel Männer. Von diesen ca. 600 SMV-Patienten wurden 150 im Rahmen unserer Studie eingehender untersucht. Geht man davon aus, daß die Zahl der Selbstmordversuche zehnfach höher ist als die Zahl der Selbstmorde, so hat man in München für das Jahr 1976 etwa mit 3600 Selbstmordversuchen zu rechnen. Auf der Grundlage dieser Schätzung würde das MPI für Psychiatrie nur etwa ein Sechstel der Patienten mit Selbstmordversuch

untersuchen. Unsere Studie würde demnach nur etwa 5% der Münchener SMV-Patienten des Jahres 1976 erfassen.

4. Soziale Daten der Patienten mit Selbstmordversuch

Im folgenden werden die Daten über das von uns untersuchte Kollektiv jeweils in Beziehung gesetzt zu Daten über die Bevölkerungsstruktur Münchens und — soweit möglich — zu Daten über die im Jahre 1976 in München durch Selbstmord gestorbenen Personen.

a) Alter

Die Altersstruktur des Patientenkollektivs ergibt sich aus Tabelle 1. Auffällig ist, daß 74% der SMV-Patienten den Altersklassen unter 40 Jahren angehören, während nur 26% den Altersklassen über 40 Jahren angehören. Diese charakteristische Altersverteilung wird besonders deutlich im Säulendiagramm (Abb. 7): Zahlenmäßig am stärksten vertreten sind in der Population Patienten der Altersklasse zwischen 20 und 30, in den höheren Altersklassen werden die Zahlen der SMV-Patienten immer kleiner und erreichen in der Altersklasse über 70 ihr Minimum.

Tabelle 1. SMV: Altersverteilung

11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	> 70 Jahre
33	42	36	19	12	6	2
22%	28%	24%	13%	8%	4%	1%

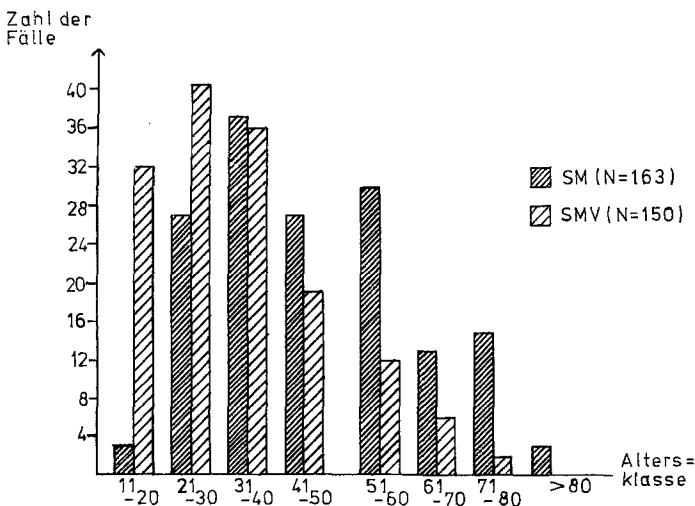


Abb. 7. SM- und SMV-Altersverteilung. SM (München 1976, Intoxikation mit festen oder flüssigen Substanzen). SMV (Beobachtungszeitraum, KMS, nur Medikamenten-Intoxikation)

Zum Vergleich dienen die Daten über die Altersverteilung der Suicidenten Münchens im Jahre 1976 (Statistisches Landesamt München). Insgesamt ereigneten sich 1976 in München 357 Selbstmorde, davon 163 durch Intoxikation mit festen oder flüssigen Substanzen, unter denen — nicht spezifiziert — auch die Intoxikationen mit Tabletten aufgeführt sind (Abb. 8). In der Gesamtpopulation der Suicidenten gehören, in Abweichung von der Altersstruktur der SMV-Patienten, relativ wenige der Altersklasse unter 30 Jahren an, die Altersklasse zwischen 30 und 40 Jahren ist zahlenmäßig am ausgeprägtesten, höhere Altersklassen sind erheblich stärker vertreten als bei der Altersverteilung der SMV-Patienten. Geht man im Vergleich nicht von der Gesamtzahl der Suicidenten in München 1976 aus, sondern nur von der Gruppe, deren Selbstmord durch Intoxikation mit festen oder flüssigen Substanzen bedingt war — also der Gruppe, die wegen der verwendeten „weichen“ Methode eher vergleichbar ist mit unserem Patientenkollektiv —, so zeigen sich folgende Charakteristika (Abb. 7). Deutliches Überwiegen der SMV-Patienten bis zum 30. Lebensjahr, in der Altersklasse zwischen 30 und 40 etwa gleiche Häufigkeit, ab 40. Lebensjahr deutliche Abnahme der Zahl der SMV-Patienten gegenüber der Zahl der Suicidenten.

Betrachtet man diese Altersverteilung in Relation zur Altersverteilung der Bevölkerung Münchens (Abb. 9), so ergibt sich, daß die Altersverteilung der SMV-Patienten sowie der durch Intoxikation gestorbenen Suicidenten Münchens sich nur z.T. als relative Zunahme bzw. Abnahme in Abhängigkeit von der Größe der Einwohnerzahlen pro Altersklasse erklären lassen. Neben der relativen Zu- oder Abnahme liegt eine absolute Zu- oder Abnahme der Häufigkeit von Selbstmordversuchen bzw. Selbstmorden pro Altersklasse im Sinne folgender Tendenzen vor: Tablettenselbstmordversuche werden am häufigsten von Personen jugendlichen und jüngeren Alters (10 bis 30) durchgeführt, am seltensten von Personen

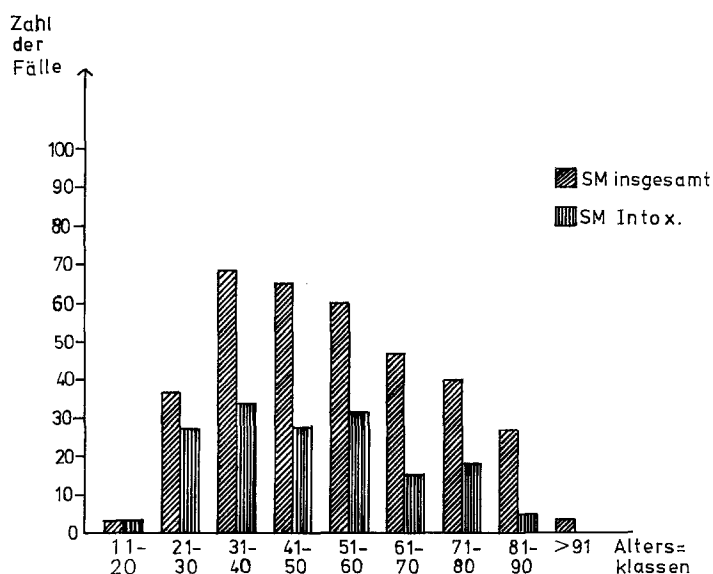


Abb. 8. SM: Altersverteilung (München 1976). SM: insgesamt 357, SM: Intoxikation durch feste oder flüssige Substanzen, $n = 163$

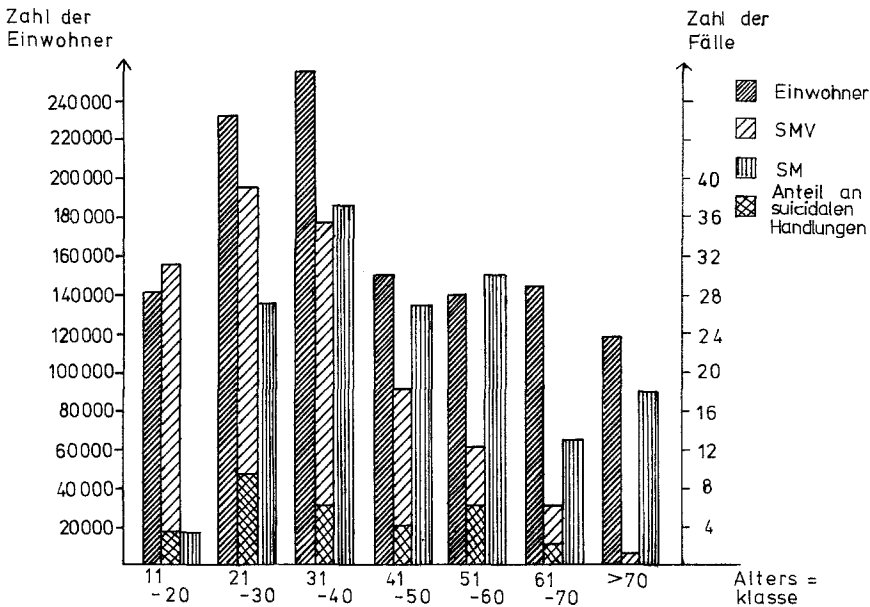


Abb. 9. SMV- und SM-Altersverteilung in Relation zur Altersverteilung der Bevölkerung. SMV (KMS-Population), SM (München 1976, nur Intoxikation mit festen oder flüssigen Substanzen), Einwohnerzahlen (München, Oktober 1974)

höheren Alters (über 50). Suicide durch Intoxikation — abweichend von der graphischen Darstellung wesentlich seltener als Selbstmordversuche — werden am häufigsten von Patienten höherer Altersklassen durchgeführt, am seltensten von Patienten jüngerer Altersklassen.

b) Geschlecht

70% der SMV-Patienten sind weiblich, 30% männlich. Von den zum Vergleich herangezogenen 357 Suicidenten Münchens sind 60% männlich, 40% weiblich (Abb. 10); hier überwiegen also im Gegensatz zu den SMV-Patienten Männer. Von den 163 durch Intoxikation mit festen oder flüssigen Substanzen gestorbenen Suicidenten gehören 51% dem männlichen Geschlecht, 49% dem weiblichen Geschlecht an. Während die Frauen in der Gesamthäufigkeit an Selbstmorden hinter den Männern zurückstehen, erreichen sie im Bereich der Selbstmorde durch Intoxikation gleiche Häufigkeit; die Diskrepanz liegt somit im Bereich der eher von den Männern bevorzugten „harten“ Methoden (Abb. 4). Aus der Geschlechtsverteilung der Bevölkerung Münchens (Abb. 10) ergibt sich, daß die Unterschiede in der Altersverteilung von SMV-Patienten und Suicidenten nicht durch die Geschlechtsverteilung der Bevölkerung erklärbar sind. Diese Daten sprechen für eine bei Frauen im Vergleich zu Männern stärkere Tendenz zu Selbstmordversuchen und weniger starke Tendenz zu Selbstmorden. Die weniger starke Tendenz zu Selbstmorden schlägt aber bei den Selbstmorden durch Intoxikationen nicht zu Buche.

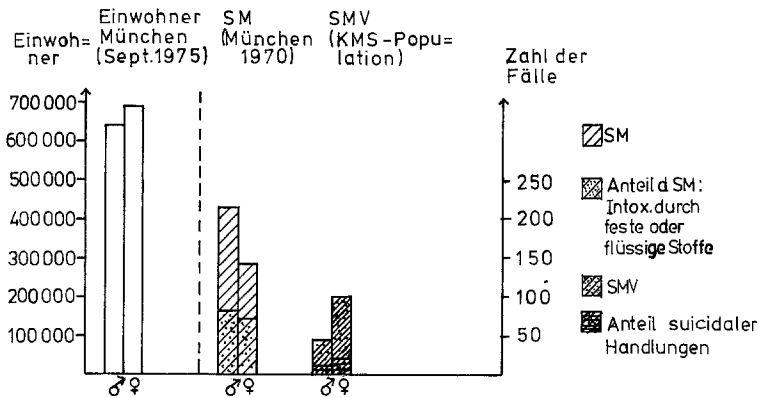


Abb. 10. SM und SMV: Geschlechtsverteilung

c) Familienstand und Wohnverhältnisse

Zum Familienstand der SMV-Patienten vergleiche Tabelle 2. Nur 30% der SMV-Patienten sind verheiratet, während 70% ohne ehelichen Partner leben. Referenzdaten über die Suicidenten Münchens liegen nicht vor, da diese Differenzierung in der amtlichen Todesursachenstatistik nicht gemacht wird. Beim Vergleich dieser Relationen mit den entsprechenden Daten der Bevölkerungsstruktur Münchens (Abb. 11) zeigt sich, daß das Verteilungsmuster von der Bevölkerungsstruktur abweicht. Aus den Daten kann geschlossen werden, daß bei Personen ohne eheliche Partnerschaft die Tendenz zu Selbstmordversuchen größer ist als bei verheirateten. Diese Tendenz geht im wesentlichen zu Lasten der Geschiedenen. Sie sind in unserer Stichprobe von SMV-Patienten erheblich überrepräsentiert (19% gegenüber 4% in der Bevölkerung Münchens). Die Verheirateten dagegen sind um 20% unterrepräsentiert (29% gegenüber 49%).

Die beschriebene Tendenz spiegelt sich nicht in den Wohnverhältnissen wider. 30% der SMV-Patienten leben allein, 70% nicht allein. Das könnte damit zusammenhängen, daß unter den 70% nicht nur in ehelicher Gemeinschaft lebende Personen aufgeführt werden, sondern auch solche, die in anderen partnerschaftlichen oder familiären Beziehungen zusammenleben. Eine weitergehende Differenzierung ist aufgrund der vorliegenden Daten nicht möglich. Vergleichsdaten über die Suicidenten Münchens fehlen, da die Wohnverhältnisse in der Todesursachenstatistik nicht aufgeführt werden.

Tabelle 2. SMV: Familienstand

Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden	Wieder verheiratet
65	44	11	29	1
43%	29%	7%	19%	1%

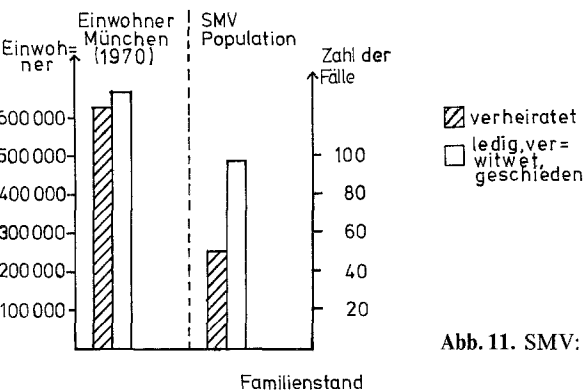


Abb. 11. SMV: Familienstand

Tabelle 3. SMV: Religionszugehörigkeit

Ohne Konfession	Katholisch	Evangelisch	Jüdisch	Moham- medanisch	Andere
14	85	49	0	0	2
9%	57%	33%	0%	0%	1%

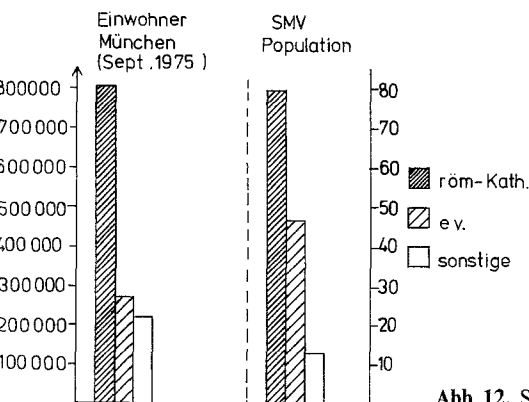


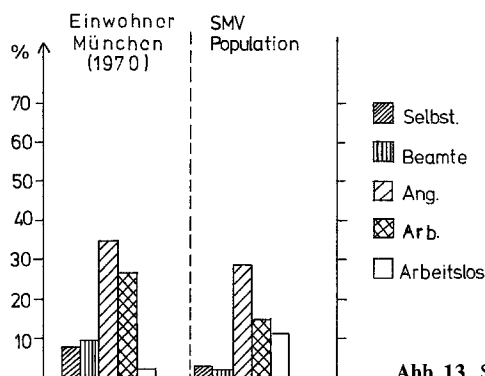
Abb. 12. SMV: Religionszugehörigkeit

d) Religionszugehörigkeit

Zur Religionszugehörigkeit der SMV-Patienten vergleiche Tabelle 3. 57% sind katholisch, 33% evangelisch. Vergleichsdaten über die Religionszugehörigkeit der Suicidenten Münchens liegen nicht vor. Das Überwiegen der Katholiken in der untersuchten Population von SMV-Patienten steht in direkter Relation zu der Zahl der Katholiken in der Gesamtbevölkerung Münchens, die Zahl der Protestanten ist demgegenüber bei den SMV-Patienten leicht überrepräsentiert, die Angehörigen anderer Religionen sind unterrepräsentiert (Abb. 12). Protestanten haben demnach eine größere Neigung zu Selbstmordversuchen als Katholiken.

Tabelle 4. SMV: Berufszugehörigkeit

In Aus- bildung	Arbeiter	An- gestellter	Beamter	Frei- beruflich	Arbeits- los	Soldat	Hausfrau
26	24	44	4	7	14	1	23
17%	16%	29%	3%	5%	9%	1%	15%

**Abb. 13.** SMV: Berufszugehörigkeit

e) Berufsverhältnisse

Zur Verteilung der SMV-Patienten auf die Berufsgruppen vergleiche Tabelle 4. Vergleichsdaten über die beruflichen Verhältnisse der Bevölkerung Münchens liegen nur z.T. vor, Vergleichsdaten über die Suicidenten Münchens liegen nicht vor. Aus den vorliegenden Vergleichsdaten (Abb. 13) fällt vor allem eine Überrepräsentierung der Arbeitslosen auf. Die größere Häufung von Selbstmordversuchen bei den Arbeitslosen ist leicht erklärlich.

5. Psychiatrische Daten der Patienten mit Selbstmordversuch

Bei den psychiatrischen Daten über die von uns untersuchte Population interessierten uns insbesondere Informationen über das Suicidverhalten, wie z.B. über Häufung von Selbstmordversuchen in der Vorgeschichte, Existenz und Dauer von Selbstmordabsichten, Zeitpunkt der Tablettenbesorgung und Ernsthaftigkeit der Selbsttötungsabsicht.

a) Selbstmordversuche in der Vorgeschichte

63% der Patienten hatten bisher keinen Selbstmordversuch gemacht, 37% berichteten über einen oder mehrere Selbstmordversuche in früheren Zeiten (Tabelle 5). Das Auftreten von einem (29% der Patienten) oder von mehreren (8% der Patienten) Selbstmordversuchen in der Vorgeschichte bei insgesamt 37% der Patienten kann als Hinweis dafür gewertet werden, daß offenbar bei einer großen

0 SMV	1 SMV	2 SMV	> 2 SMV
95	43	7	5
63%	29%	5%	3%

Tabelle 5. SMV in Vorgeschichte

Tabelle 6. Vorhandensein und Dauer der SM-Absichten

Keine	Am Tag des SMV	1—2 Tage vor SMV	1—2 Wochen vor SMV	Wochen—Monate vor SMV
41	67	12	6	24
27%	45%	8%	4%	16%

Gruppe von Patienten eine Disposition besteht, auf Belastungen mit dem Verhaltensmuster Selbstmordversuch zu reagieren (vgl. Batchelor, 1954; Bagley und Greer, 1971; Kessel und McCulloch, 1966).

b) Selbstmordabsichten

Informationen über Vorhandensein und Dauer von Selbstmordabsichten gehen aus Tabelle 6 hervor. Bemerkenswert ist, daß 27% der Patienten Selbstmordabsichten völlig negieren. Dabei handelt es sich demnach um die Patienten, bei denen *nicht* autoaggressive Tendenzen, sondern der Versuch, durch demonstrativ manipulatives Verhalten das als unerträglich empfundene Umfeld im eigenen Sinne zu beeinflussen bzw. ihm durch einen vorübergehenden Ruhestand zu entfliehen, im Vordergrund steht (vgl. Feuerlein, 1971). 45% der Patienten geben nur für den Tag des Selbstmordversuchs Selbstmordabsichten an. Bei ihnen läuft der Selbstmordversuch offenbar als ein aus einer bedrückenden Situation blitzartig entstandenes, sehr impulsives, wenig reflektiertes autoaggressives Verhalten ab (vgl. Kessel, 1965). Ähnliches gilt für die Patienten (8%), die lediglich 1 bis 2 Tage vor dem Selbstmordversuch Selbstmordabsichten hatten. Immerhin ist bei ihnen die Zeit von dem Entschluß bis zur Ausführung der Tat etwas größer und hat nicht ganz das reflexartige Schema: Frustration, dann sofort Autoaggression. Nur 20% der Patienten litten seit Wochen bis Monaten unter Selbstmordabsichten. Diese lange Latenz zwischen Auftreten der Selbstmordabsichten und Ausführung des Selbstmordversuchs kann als Hinweis für eine längerdauernde Entwicklung gewertet werden, die eine gewisse Reflexion über das Für und Wider ermöglicht. Die lange Dauer zwischen Auftreten der Selbstmordabsicht und der Ausführung des Selbstmordversuchs zeigt zwar die den Suicid betreffende Ambivalenz, spricht andererseits aber auch für einen nicht nur momentanen, sondern über längere Zeiträume fixierten Todeswunsch (vgl. Ringel, 1953; Birtchnell und Alarcon, 1971).

c) Tablettenbesorgung

Über die Unterschiede in der Tablettenbesorgung informiert Tabelle 7. 53% der Patienten griffen auf einen im Haus vorhandenen Tablettenvorrat zurück, mögen

Tabelle 7. Zeitpunkt der Tablettenbesorgung

Am Tag des SMV	1—2 Tage vor SMV	1—2 Wochen vor SMV	Wochen—Monate vor SMV	Häuslicher Vorrat
48	8	5	9	80
32%	5%	3%	6%	53%

diese Tabletten zur Selbsttötung auch noch so ungeeignet sein. 32% der Patienten besorgten die Tabletten am Tag des Selbstmordversuchs. Beide Daten geben einen gewissen Hinweis auf die Impulsivität des Geschehens. Die Patienten reagieren auf die belastende Situation ohne große Vorplanung, indem sie entweder ziemlich wahllos auf die in der Hausapotheke ohnehin vorhandenen Tabletten zurückgreifen oder aber die Tabletten erst am Tag des Selbstmordversuchs besorgen. Tablettenbeschaffung und Ausführung des Selbstmordversuchs gehen in der krisenhaft sich zuspitzenden Situation nahezu nahtlos ineinander über, ohne daß die Möglichkeit besteht, nach Beschaffung des Mittels eine Reflexionsphase über das geplante Tun einzuschieben (vgl. Kessel, 1965; Batchelor, 1954). Nur bei ca. 15% der Patienten vergehen Tage bis Wochen bzw. Monate zwischen dem Zeitpunkt der Tablettenbeschaffung und der Durchführung des Suicidversuchs. Dieses Intervall weist auf eine Phase abwägenden Reflektierens zwischen Tatplanung und Tatausführung hin und ist andererseits Ausdruck für eine durchgehend bestehende mehr oder minder große Suicid-tendenz (vgl. Ringel, 1953; Birtchnell und Alarcon, 1971). Unter Berücksichtigung der engen Beziehung zwischen Zeitpunkt der Tablettenbesorgung und Dauer der Selbstmordabsichten (vgl. Möller, in press) läßt sich zusammenfassen: Ein Großteil der Patienten führte den Selbstmordversuch weitgehend unreflektiert, impulsiv, aufgrund momentan im Rahmen einer Belastungssituation einschließender Impulse aus, nur ein geringer Teil führte den Suicid nach meist länger bestehenden Suicidabsichten reflektiert und längerfristig geplant durch.

d) Ernsthaftigkeit der Selbsttötungsabsicht

In die Beurteilung der Ernsthaftigkeit der Selbsttötungsabsicht gehen zwei Parameter ein: Arrangement des Selbstmordversuchs und Intoxikationstiefe (Weiss et al., 1961; Schmidt et al., 1954; Kockott et al., 1970). Bei 74% der Patienten handelt es sich um parasuicidale Handlungen, nur in 21% der Fälle liegen suicidale Handlungen vor. Parasuicidale Handlungen überwiegen damit deutlich gegenüber den suicidalen Handlungen. Die „Selbstmord“-Versuche erfüllen also häufiger vorwiegend andere als autoaggressive Bedürfnisse. Unterteilt man die parasuicidalen Handlungen nach der Hauptmotivation in parasuicidale Gesten (Appell an die Umwelt) und parasuicidale Pausen (Bedürfnis nach Ruhe), so ergibt sich ein Verhältnis von etwa 30% zu 70% (zu der Einteilung in parasuicidale Gesten und parasuicidale Pausen vgl. Feuerlein, 1971).

Das Verhältnis zwischen Diagnosegruppen und Ernsthaftigkeit des Selbstmordversuchs ist in Tabelle 8 dargestellt. Bemerkenswert ist die Überrepräsentation parasuicidaler Handlungen bei Patienten mit abnormer Erlebnisreaktion. Die unter situativen Belastungen von sonst psychisch unauffälligen Personen

durchgeführten Intoxikationshandlungen sind somit offenbar kaum jemals Ausdruck eines dezidierten Todeswunsches. Bei den Patienten mit Psychosen erscheinen die suicidalen Handlungen, soweit man das aus der geringen Fallzahl überhaupt schließen darf, als überrepräsentiert. Bei den Neurotikern liegt das Verhältnis zwischen parasuicidalen und suicidalen Handlungen etwa bei 3:2, während bei den Persönlichkeitsstörungen und Suchtkranken parasuicidale Handlungen stärkergradig überrepräsentiert sind.

In Parenthese sei an dieser Stelle eingeschoben, daß im Beobachtungszeitraum 3 Patienten infolge Selbsttötung durch Tablettenintoxikation im Krankenhaus München-Schwabing verstarben. Diese Suicidenten gehören zwar nicht direkt zu der von uns untersuchten Population von Patienten mit Selbstmordversuch, sollen hier aber trotzdem kurz erwähnt werden:

1. 65jährige Frau, Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose.
2. 55jährige Frau, Neurose.
3. 30jährige Frau, Schizophrenie.

Bemerkenswert erscheint, daß sich unter den drei Patienten zwei Patienten mit endogener Psychose befinden. Dies gibt zusammen mit den oben erwähnten Befunden einen Hinweis für die in der Literatur beschriebene erhebliche Suicidgefährdung dieser Krankheitsgruppe (Ringel, 1961; Ose, 1972; Böcker, 1973; Sainsbury et al., 1975; Henseler, 1974; u.a.).

e) Zugrundeliegende psychische Störungen

Die Selbstmordversuche stehen im Zusammenhang mit unterschiedlichsten psychischen Störungen (Tabelle 8). In 28% der Fälle handelt es sich um abnorme Erlebnisreaktionen, also um situativ bedingte, kurzfristig sich manifestierende psychische Störungen bei sonst unauffällig wirkenden Personen. Bei 37% liegen schwerere reaktive Depressionen oder Neurosen, meist depressive Neurosen, vor. 12% der Fälle weisen Züge einer Persönlichkeitsstörung auf. Bei 13% besteht ein Suchtleiden. Bei 3% liegen endogene Psychosen vor, bei 3% Psychosyndrome, bei 3% Oligophrenien. Auffällig ist der geringe Prozentsatz an Psychosen (Vergleiche zur Häufigkeit von Psychosen bei Suicidpatienten Henseler, 1974, S. 34). Dies könnte u.a. dadurch bedingt sein, daß gerade Psychotiker häufiger zu „harten“ Methoden greifen, die in unserer Studie nicht erfaßt wurden.

Tabelle 8. Verhältnis von Diagnosen zur Art des SMV

ICD-Nr.	Diagnosengruppe	Para-suicidal (n = 111)	Suicidal (n = 31)	Unklar (n = 8)
307	Abnorme Erlebnisreaktion (n = 43)	41	1	1
300	Neurosen (n = 55)	32	20	3
301	Persönlichkeitsstörung (n = 18)	11	1	2
303	Sucht (n = 21)	17	3	1
309	Psychosyndrom (n = 4)	1	2	1
311	Oligophrenie (n = 4)	3	1	—
295, 296	Psychosen (n = 5)	1	4	—

6. Bekanntheit und Inanspruchnahme von Beratungsmöglichkeiten für Suicidgefährdete

In München stehen einem suicidgefährdeten Patienten mehrere Hilfsmöglichkeiten offen. Neben Ärzten, Psychologen, Geistlichen, Ehe- und Familienberatungsstellen, psychosozialen Beratungsstellen und verwandten Institutionen gibt es zwei Einrichtungen, die sich speziell der Betreuung von Suicidgefährdeten widmen. Neben der schon länger, auch in anderen Städten der Bundesrepublik Deutschland eingerichteten, vorwiegend auf der Basis von Laienhelfern arbeitenden Telefonseelsorge, die einen 24-Stunden-Service unterhält, existiert seit 1969 die „Arche“, eine mit Fachkräften verschiedener Disziplinen besetzte Institution, die in der intensiven Betreuung und eventuell Psychotherapie von Suicidgefährdeten ihre Aufgabe sieht, im Unterschied zur Telefonseelsorge aber nur tagsüber erreichbar ist. Insbesondere wegen der durch die „Arche“ in München gegebenen Sondersituation interessierte uns die grundsätzliche Frage, inwieweit derartige Institutionen bekannt sind, wie häufig sie in Krisensituationen in Anspruch genommen werden und welche Erwartungen Patienten ihnen gegenüber hegen.

a) Kenntnis von Beratungsmöglichkeiten für Suicidgefährdete

52% der Patienten kannten die Telefonseelsorge, nur 6% kannten die „Arche“. Von 34% wurden Ärzte, von 31% Psychologen, von 19% Geistliche als mögliche Helfer bei Suicidgefährdung angesehen. 10% nannten andere Beratungsmöglichkeiten, z.B. andere Institutionen, aber auch Freunde und Bekannte. (Die Fragen über die Kenntnis von Beratungsmöglichkeiten wurden nicht alternativ formuliert, dadurch ergibt sich insgesamt ein Prozentsatz über 100.)

b) Inanspruchnahme einer Beratungsmöglichkeit vor einem früheren Selbstmordversuch

Von den 55 Patienten, die bereits früher einen Selbstmordversuch durchgeführt hatten, hatten 4 damals die Telefonseelsorge angerufen, 4 einen Arzt aufgesucht, 1 war zur „Arche“ gegangen, 6 hatten sich bei Freunden ausgesprochen.

c) Inanspruchnahme von Beratungsmöglichkeiten vor dem jetzigen Selbstmordversuch

Nur 2 (1,3%) Patienten nahmen vor ihrem jetzigen Selbstmordversuch Kontakt mit der Telefonseelsorge auf, 1 (0,7%) mit der „Arche“. Von der „Arche“ konnte diese Kontaktaufnahme in dem betreffenden Fall nicht bestätigt werden. Es handelt sich dabei entweder um eine Fehllankreuzung im Fragebogen oder aber um eine nur ganz kurzfristige telefonische Kontaktnahme, die von seiten der „Arche“ nicht notiert wurde. 1 Patient wandte sich an eine andere, von ihm nicht näher benannte Institution. Über den Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit den Selbstmordverhütungsinstitutionen wurde nur in 1 Fall eine Aussage gemacht: Der Patient nahm am Tag des Selbstmordversuchs den ersten Kontakt mit der Beratungsstelle auf. 24 Patienten (16%) wandten sich wegen der Lebensunlust nicht an eine der Selbstmordverhütungsinstitutionen, sondern an Ärzte. Dieses für die Selbstmordverhütungsinstitutionen ungünstige Ergebnis muß, da die Fre-

quantierung dieser Institutionen aus ihren eigenen Angaben durchaus bekannt ist — so betreut z.B. die „Arche“ pro Jahr etwa 600 Patienten —, zum Teil als Selektionseffekt bei der von uns untersuchten Population angesehen werden. Andererseits könnte es mit dem Annahmemodus dieser Institutionen zusammenhängen, der allerdings zum Teil wieder eine Folge der spontanen Inanspruchnahme durch Patienten ist. So wenden sich nur etwa 5% der Fälle der „Arche“ direkt an diese Institution, 95% werden durch Mittlerinstitutionen überwiesen. Über die Telefonseelsorge konnten wir keine diesbezüglichen Daten beschaffen.

d) Vorwiegende reale oder potentielle Erwartungen gegenüber Selbstmordverhütungsinstitutionen

16% der Patienten suchten in dem Gefühl des Verlassenseins lediglich ein verständnisvolles menschliches Gegenüber, der Großteil der Patienten (46%) suchte Beratung bei zwischenmenschlichen Problemen mit nahen Bezugspersonen (Partnerproblematik, Eltern-Kind-Problematik u.ä.), 10% der Patienten erhofften konkrete Hilfe wegen finanzieller Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, juristischen Problemen (Tabelle 9). Nur 7% erwarteten eine längerdauernde Psychotherapie. Aus diesen Angaben über die Erwartungen, die an eine Selbstmordverhütungsinstitution gestellt werden, läßt sich einerseits entnehmen, welche Bedürfnisse eine solche Institution erfüllen muß, andererseits lassen sich daraus grobe Rückschlüsse ziehen auf die bei unseren Patienten vorliegenden Auslöser für den Selbstmordversuch.

e) Hauptgründe für das Nichtaufsuchen einer Selbstmordverhütungsinstitution

Im Gegensatz zu den oben mitgeteilten Daten geben nur 16% Unkenntnis als Grund an (Tabelle 10). 43% der Patienten fühlten sich zu antriebslos oder sahen

Tabelle 9. Haupterwartungen gegenüber Selbstmordverhütungs-Institution

Keine Angaben	Menschliche Nähe	Beratung bei Konflikten	Finanzielle Hilfe	Arbeitsplatzbeschaffung	Juristische Hilfe	Psychotherapie
20	24	69	8	4	5	10
13%	16%	46%	5%	3%	3%	7%

Tabelle 10. Hauptgründe für Nichtaufsuchen der Selbstmordverhütungs-Institution

Unkenntnis	Gefühl der Ausweglosigkeit	Antriebslosigkeit	Hoffnung auf Selbsthilfe	Beratung durch Freunde	Keine Institution erreicht
24	52	14	33	7	1
16%	35%	9%	22%	5%	1%

keinen Ausweg. 27% hofften, allein oder durch Hilfe von Freunden zurechtzukommen. 1 Patient konnte keine Beratungsstelle erreichen.

Die Frage, warum trotz Kontakt mit der Selbstmordverhütungsinstitution ein Selbstmordversuch durchgeführt wurde, wurde nur von 1 Patienten beantwortet: Seine Probleme konnten trotz der Hilfestellung der Institution nicht gelöst werden.

f) Nachbetreuung durch die „Arche“

32 Patienten wurde die „Arche“ zur Nachbetreuung empfohlen. Die 32 Patienten wurden unter Berücksichtigung des Aufgabenkreises der „Arche“ (Bearbeitung aktueller Konflikte und Problemsituationen) und unter Berücksichtigung folgender bei der Exploration abgeschätzter Kriterien ausgewählt: Fortbestehen einer Konfliktsituation, hohe Motivation zu einer Nachbetreuung. Die Patienten wurden der „Arche“ telefonisch durch die untersuchenden Ärzte angemeldet. Je nach Möglichkeit der „Arche“ wurde der Patient angemeldet und dabei sofort ein fester Termin vereinbart oder nur angemeldet ohne feste Terminvergabe, den festen Termin mußte sich in diesen Fällen der Patient einige Tage später selber geben lassen.

Von den 32 Patienten hatten 25 eine parasuicidale Handlung ausgeführt, 7 eine suicidale. Diese Verteilung entspricht in etwa der Verteilung der Gesamtgruppe. Als Selektionskriterium wurde somit offenbar nicht die Schwere des Selbstmordversuchs gewählt. Diagnostisch handelte es sich bei 6 Patienten um abnorme Erlebnisreaktionen, bei 16 Patienten um Neurosen, bei 2 Patienten um Persönlichkeitsstörungen, bei 4 Patienten um Suchtleiden, bei 1 Patienten um Involutionsdepression, bei 1 Patienten um Minderbegabung. Diese Diagnosenverteilung entspricht, abgesehen von der geringen Zahl der abnormen Erlebnisreaktionen (18% gegenüber 29%) und der höheren Zahl der Neurosen (50% gegenüber 37%) den Relationen der Gesamtgruppe der 150 Patienten.

Von den 32 Patienten haben nur 10 (31%) die „Arche“ aufgesucht. Vielleicht könnte diese schlechte Quote verbessert werden, wenn die Nachbetreuung durch die gleiche Institution durchgeführt werden würde, in der der Patient wegen seines Selbstmordversuches zunächst psychiatrisch exploriert wird. Der durch die Exploration gebahnte Kontakt könnte auf diese Weise für die weitere Betreuung ausgenutzt werden. Von Häfner (1978) mitgeteilte Befunde über die Inanspruchnahme von Kriseninterventionsmöglichkeiten innerhalb der Institution, von der auch die psychiatrische Erstexploration durchgeführt wurde, scheinen dem zu widersprechen: von 326 Patienten kamen nur 145 zur Krisenintervention. Aus diesen Daten ist zu schließen, daß für einen Großteil der Patienten nach dem Selbstmordversuch, wenn überhaupt, nur eine schnell verfliegende Motivation zu einer Nachbetreuung besteht. Je mehr die Umwelt den Appell des Selbstmordversuches aufnimmt und im Sinne des Patienten positiv reagiert, desto mehr vermindert sich der Leidensdruck und damit auch die Motivation, bestehende Konfliktsituationen im Rahmen einer Nachbetreuung zu bearbeiten.

Die Beziehung zwischen Art der Terminvereinbarung und Inanspruchnahme der Nachbetreuung ergibt sich aus Tabelle 11. Bei 14 Patienten wurde von vornherein ein fester Termin ausgemacht, 8 davon kamen zur Nachbetreuung, 6

Tabelle 11. Nachbetreuung durch „Arche“

Überweisungsmodus	Nachbetreuung durch „Arche“	Keine Nachbetreuung durch „Arche“
Feste Terminvereinbarung (n = 14)	8 (54%)	6 (43%)
Nur Kontaktbahnung (n = 18)	2 (11%)	16 (89%)

Tabelle 12. Nachbetreuung durch „Arche“

Art des SMV	Nachbetreuung durch „Arche“	Keine Nachbetreuung durch „Arche“
Parasuicidale Handlung (n = 25)	6 (24%)	19 (76%)
Suicidale Handlung (n = 7)	4 (57%)	3 (43%)

Tabelle 13. Nachbetreuung durch „Arche“

	ICD-Nr.						
	307	300	301	303, 304	295, 296	311	Andere
Ja (n = 10)	2	7	1	0	0	0	0
Nein (n = 22)	4	9	1	4	1	1	2
(n = 32)	6	16	2	4	1	1	2
100%	18%	50%	6%	12%	3%	3%	6%

nicht. Bei 18 Patienten wurde der Patient nur vorangemeldet, er mußte den Termin selbst ausmachen. 2 davon kamen zur Nachbetreuung, 16 nicht. Dieser Unterschied ist auf dem 1% Niveau signifikant (Chi-Quadratstest). Daraus ergibt sich, daß offenbar die feste Terminvereinbarung durch den Arzt bessere Gewähr dafür bietet, daß der Patient auch wirklich die arrangierte Nachbetreuung aufnimmt.

Die Beziehung zwischen Schwere des Selbstmordversuchs und Inanspruchnahme der Nachbetreuung ist in Tabelle 12 dargestellt. 25 Patienten mit parasuicidalen Handlungen wurde die „Arche“ empfohlen, 6 davon (24%) nahmen die Nachbetreuung wahr. 7 Patienten mit suicidalen Handlungen wurde die „Arche“ empfohlen, 4 davon (57%) ließen sich nachbetreuen. Es scheint somit eine Tendenz zu bestehen, daß Patienten mit suicidalen Handlungen eher geneigt sind, eine Nachbetreuung aufzusuchen. Bei Prüfung mit dem Chi-Quadratstest ist dieser Befund aber statistisch nicht signifikant.

Die Beziehung zwischen Art der psychischen Störung und Inanspruchnahme der Nachbetreuung ergibt sich aus Tabelle 13. Angesichts der zahlenmäßig kleinen Besetzungen in den einzelnen Gruppen sind Schlußfolgerungen nur sehr begrenzt möglich. Am auffälligsten ist, daß von den 4 Patienten mit Suchtleiden kein einziger die Nachbetreuung wahrgenommen hat. Von den Patienten mit Neurosen nahmen nahezu 50% die Nachbetreuung in Anspruch.

7. Abschließende Diskussion der Ergebnisse

Die Forschung über Selbstmord und Selbstmordversuch wird in München dadurch erschwert, daß weder eine zentrale Registrierung der Patienten mit Selbstmordversuch erfolgt, noch eine differenzierte Statistik der Selbstmörder geführt wird. Die beschriebenen, an einer Population von Patienten mit Tabletenselbstmordversuch erhobenen Befunde dürfen nur mit Vorsicht generalisiert werden, da die Stichprobe im Vergleich zur hohen Zahl der in München jährlich verübten Selbstmordversuche relativ klein ist. Dieses Argument wird etwas entkräftet dadurch, daß eine andere, an einem anderen großen Stadt Krankenhaus Münchens durchgeführte Studie (Kockott et al., 1970) an Patienten mit Tabletenselbstmordversuch hinsichtlich sozialer Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand) und psychiatrischer Daten (Selbstmordversuch in der Vorgeschichte, Ernsthaftigkeit des Selbstmordversuchs, Diagnosen) ein ähnliches Verteilungsmuster zeigte, was für eine gewisse Repräsentativität unserer Stichprobe spricht. Auch an anderen Orten durchgeführte Untersuchungen weisen eine ähnliche Zusammensetzung der Population der SMV-Patienten auf (Rüegsegger, 1963; Böcker, 1973).

Die Möglichkeit, Aussagen über die Unterschiede der sozialen Daten von SMV-Patienten und Suicidenten zu machen, ist begrenzt, da in der recht undifferenzierten amtlichen Todesursachenstatistik Münchens nur wenige Vergleichsdaten über Suicidenten zur Verfügung gestellt werden. Immerhin weisen die beschriebenen Unterschiede in der Geschlechts- und Altersverteilung — höchste Selbstmordversuchsrate bei Jugendlichen und jüngeren Altersklassen (unter 30 Jahren), höchste Suicidrate bei höheren Altersklassen (über 50 Jahre) — auf die in der Literatur seit den diesbezüglichen Ausführungen Stengels viel diskutierte Auffassung hin, daß Patienten mit Selbstmordversuch und Suicidenten zwei unterschiedlichen Populationen zuzuordnen sind (Stengel und Cook, 1958; Stengel, 1969; Farberow und Shneidman, 1961; Dotzauer et al., 1965; Kreitman, 1972; Atken et al., 1969; Ovenstone und Kreitman, 1977; Carstairs, 1968; Böcker, 1973; Sainsbury, 1975; u. a.). Selbstmordversuche sind somit nicht nur als „mißglückte Selbstmorde“ anzusehen, sondern als ein eigenständiges Verhaltensmuster. Die Überrepräsentation bestimmter sozialer Merkmale (junges Alter, weiblich, unverheiratet, arbeitslos) in der untersuchten Population von SMV-Patienten gegenüber der Gesamtbevölkerung entspricht einigen der in der Literatur bekannten, zum Selbstmordversuch prädisponierenden Faktoren, deren Interdependenz hier nicht weiter untersucht wurde (Böcker, 1973; Kreitman, 1977; Henseler, 1974; Rüegsegger, 1963; Dotzauer et al., 1965; Stengel, 1969; u. a.).

Die Anzahl von Patienten mit einem oder mehreren Selbstmordversuchen in der Vorgeschichte — 37% —, die in anderen Studien in gleicher Größenordnung angegeben wird (Kockott et al., 1970; Böcker, 1973; u. a.), weist auf die Bedeutung des Problems der Mehrfachsuicidversuche hin (Batchelor, 1954; Kessel, 1965; Kessel und McCulloch, 1966; Pino, 1977; Bagley und Greer, 1971). Die Angaben über Dauer der Selbstmordabsichten und Zeitpunkt der Tablettenbesorgung sind besonders interessant unter dem Aspekt, daß beide Parameter Hinweise für die Intensität der Selbsttötungsabsicht geben können (Ringel, 1953; Birtchnell und Alarcon, 1971; Kessel, 1965; Batchelor, 1954). Bemerkenswert ist, daß nach

klinischen Gesichtspunkten nur 20% der Selbstmordhandlungen als suizidale Handlungen eingestuft wurden, also als Handlungen mit ernsthafter Selbsttötungsabsicht. Dieser Prozentsatz entspricht den Untersuchungen an anderen Patientenpopulationen (Kockott et al., 1970; Rügsegger, 1963; Böcker, 1973; u.a.). Die relativ geringe Anzahl von suizidalen Handlungen weist eindrücklich darauf hin, daß in den meisten Fällen „Selbstmord“-Versuche vorwiegend anderen Motivationen entspringen als einer Selbsttötungsabsicht (Feuerlein, 1971). Dies wird durch die terminologische Unterscheidung in suizidale Handlung und parasuizidale Handlung zum Ausdruck gebracht (Feuerlein, 1970). Suizidale Handlungen werden im Gegensatz zu parasuizidalen Handlungen wesentlich seltener von sonst psychisch unauffälligen Personen als von psychisch gestörten durchgeführt. Dies paßt zu der Beobachtung, daß Patienten, deren Selbstmordversuch als ernsthaft eingestuft wurde, in zahlreichen Parametern (u. a. Schwere der psychischen Erkrankung) Patienten mit Selbstmord sehr ähnlich sind (Dorpat und Boswell, 1963).

Die Notwendigkeit von speziellen Selbstmordverhütungsinstitutionen wird von allen Fachleuten bejaht, über die Effektivität derartiger Einrichtungen bestehen jedoch unter Fachleuten Meinungsdivergenzen (vgl. Ringel, 1969; Böcker, 1973; Sainsbury, 1975; Kreitman, 1977). Empirische Untersuchungen über die Effizienz derartiger Einrichtungen sind gering. Immerhin gibt es Hinweise für die Inanspruchnahme und Effizienz (Verhinderung von Selbstmordversuchsrezidiven, Senkung der Selbstmordversuchsrate) unterschiedlicher Selbstmordverhütungsinstitutionen (Barracough und Shea, 1972; Lester, 1971; Kreitman, 1977; Kennedy, 1972; Bagley, 1968; Walk, 1967; Sainsbury et al., 1966). Diesen Befunden stehen die ungünstigen Ergebnisse kritischer Studien gegenüber (vgl. dazu Sainsbury, 1975). 52% der von uns untersuchten Patienten kannten die Telefonseelsorge, 6% die „Arche“. Die Bekanntheit der Telefonseelsorge in München liegt deutlich über den von Böcker (1973) für die Kölner Telefonseelsorge und den von Kreitman (1977) für die Edinburger „Samariter“ ermittelten Verhältnisse: in den letztgenannten Fällen wird die Bekanntheit der Selbstmordverhütungsinstitution mit 30% angegeben. Die äußerst geringe Bekanntheit der „Arche“ könnte einerseits mit der relativen Neuheit dieser Einrichtung zusammenhängen, andererseits mit einer ungenügenden Öffentlichkeitsarbeit. Die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit für Selbstmordverhütungsinstitutionen hat Kreitman (1977) zu zeigen versucht. In eigenartiger Diskrepanz zu der Bekanntheit von Beratungsmöglichkeiten für Suizidgefährdete steht die äußerst geringe Inanspruchnahme dieser Möglichkeiten durch die von uns untersuchten Patienten. Nur in zwei Fällen wurde die Telefonseelsorge vor dem Selbstmordversuch kontaktiert, die „Arche“ nur in einem Fall. Im Vergleich dazu wurde wesentlich häufiger ein Arzt wegen Lebensunlust aufgesucht. Dies entspricht der auch in der Literatur beschriebenen Bedeutung ärztlicher Intervention bei der Suizidprophylaxe (Vail, 1959; Pörksen, 1970; Motto, 1958; Barracough, 1972; u. a.). Aus der geringen Inanspruchnahme der Telefonseelsorge oder der „Arche“ durch die von uns untersuchten Patienten darf keinesfalls gefolgert werden, daß diesen Institutionen bei der Selbstmordverhütung keine Bedeutung zukommt. Es könnte ja sein, daß alle Patienten, die sich wegen Selbstmordabsichten an die genannten Institutionen wenden, so erfolgreich betreut werden, daß sie keinen Selbstmordversuch begehen. Die von uns erhobenen Befunde könnten somit ein reiner Selektionseffekt sein. Allerdings er-

scheint eine solch extreme Hypothese recht unwahrscheinlich. Die Tatsache, daß nur 30% der SMV-Patienten die angebotene Nachbetreuung durch die „Arche“ in Anspruch genommen haben, weist auf das Resignation erzeugende Moment hin, daß auch eine vorbildliche Versorgung nur dann funktioniert, wenn der Patient zur Kooperation bereit ist.

Literatur

- Bagley, C.: The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method. *Soc. Sci. Med.* **2**, 1—14 (1968)
- Bagley, C., Greer, S.: Clinical and social predictors of repeated attempted suicide. A multivariate analysis. *Brit. J. Psychiat.* **119**, 515—521 (1971)
- Barracough, B. M.: A medical approach to suicide prevention. *Soc. Sci. Med.* **6**, 661—671 (1972)
- Barracough, B. M., Shea, M.: A comparison between Samaritan suicides and living Samaritan clients. *Brit. J. Psychiat.* **120**, 79—84 (1972)
- Batchelor, I. R. C.: Repeated suicidal attempts. *Brit. J. med. Psychol.* **27**, 158—162 (1954)
- Birtchnell, J., de Alarcon, J.: Depression and attempted suicide: a study of 91 cases seen in a casualty department. *Brit. J. Psychiat.* **118**, 289—296 (1971)
- Böcker, F.: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel Köln. Stuttgart: Thieme 1973
- Carstairs, C. M.: Attempted suicide. In: Kongreßbericht vom 7. Internationalen Kongreß für Psychotherapie 1967. Basel: Karger 1968
- Clarmann, M. v.: Gezielte Erstbehandlung akuter Vergiftungen. Bayer-Leverkusen, Pharmazeutisch-wissenschaftliche Abteilung 1968
- Dorpat, T. L., Boswell, J. W.: An evaluation of suicide intent in suicide attempts. *Comprehens. Psychiat.* **4**, 117—125 (1963)
- Dotzauer, G., Goebels, H., Legewie, H.: Selbstmord und Selbstmordversuch. In: Selbstvernichtung, Ch. Zwingmann (Hrsg.). Frankfurt/M.: Akademische Verlagsgesellschaft 1965
- Farberow, N. L., Shneidman, E. S.: The cry for help. New York-London: McGraw-Hill Book Company 1961
- Feuerlein, W.: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung. *Nervenarzt* **42**, 127—130 (1971)
- Häfner, H.: Psychiatrische Krisenintervention — Umsetzung in psychiatrischen Einrichtungen. *Psycho* **4**, 397—403 (1978)
- Heinrich, M.: Sozialpsychiatrie und Suizidprophylaxe in der BRD. In: Proceedings 7th International Congress on Suicide Prevention, N. Speyer (Hrsg.), S. 605—609. Amsterdam: Elsevier 1974
- Henseler, H.: Narzistische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt 1974
- Kennedy, P.: Efficacy of a regional poisoning treatment centre in preventing future suicidal behaviour. *Brit. med. J.* **1972/IV**, 255—257
- Kennedy, P., Kreitman, N., Ovenstone, I. M. K.: The prevalence of suicide and parasuicide (attempted suicide) in Edinburgh. *Brit. J. Psychiat.* **124**, 36—41 (1974)
- Kessel, N.: Self poisoning. *Brit. med. J.* **1965/II**, 1265—1270, 1336—1340
- Kessel, N., McCulloch, J. W.: Repeated acts of self poisoning and self injury. *Proc. roy. Soc. Med.* **59**, 89—93 (1966)
- Kockott, G., Heyse, H., Feuerlein, W.: Der Selbstmordversuch durch Intoxikation. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **18**, 441—465 (1970)
- Kreitman, N.: Aspects of the epidemiology of suicide and attempted suicide (parasuicide). Scandia International Symposia: Suicide and attempted suicide, S. 45—48. Stockholm: Nordiska Bockhandels 1972
- Kreitman, N. (Hrsg.): Parasuicide. London-New York-Sydney-Toronto: John Wiley and Sons 1977
- Lester, D.: Geographical location of callers to a suicide prevention centre: note on the evaluation of suicide prevention programs. *Psychol. Rep.* **28**, 421—422 (1971)

- Möller, H.-J.: Aspekte suizidalen und parasuizidalen Verhaltens. *Nervenarzt* (in press)
- Motto, J. A., Greene, C.: Suicide and the medical community. *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chic.) **80**, 776—781 (1958)
- Ose, E.: Suizidversuche und Suizide in Beziehung zu psychiatrischen Erkrankungen. *T. norske Lægeforen* **92**, 1174—1178 (1972)
- Parnitzke, K. H.: Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre. In: Selbstver-nichtung, Ch. Zwingmann (Hrsg.). Frankfurt/M.: Akademische Verlags-Gesellschaft 1965
- Pino, R. J. R.: 6-Jahreskatamnese an 100 Patienten mit Suizidversuch. Inaug.-Diss. med., München 1977
- Pörksen, N.: Über Krisenintervention. *Z. Psychother. med. Psychol.* **20**, 85—95 (1970)
- Reimer, F.: Die spezielle Suizidprophylaxe und die Psychiatrie. *Das öff. Gesundh.-Wesen* **35**, 240—241 (1973)
- Ringel, E.: Der Selbstmord: Abschluß einer krankhaften Entwicklung. Wien-Düsseldorf: W. Maudrich 1953
- Ringel, E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Wien: Brüder Hollinek 1961
- Ringel, E.: Selbstmordverhütung. Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1969
- Ringel, E.: Der gegenwärtige Stand der Selbstmordprophylaxe. *Deutsches Ärzteblatt* **1972**, 1411—1418
- Rüeggsegger, P.: Selbstmordversuche. *Psychiat. Neurol.* **146**, 81—104 (1963)
- Sainsbury, P.: Suicide and attempted suicide. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, K. P. Kisker, J. E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen (Hrsg.), 2. Aufl., Bd. III, S. 559—606. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1975
- Sainsbury, P., Walk, D., Grad, J.: Evaluating the Graylingwell Hospital Community Psychiatric Service in Chichester: Suicide and community care. *Milbank Mem. Fund. Quart.* **44**, part 2, 243—245 (1966)
- Schmidt, E. H., O'Neal, P., Robins, E.: Evaluation of suicide attempts as a guide to therapy. *J. Am. med. Ass.* **155**, 549—553 (1954)
- Statistisches Amt der Landeshauptstadt München: 1875—1975. 100 Jahre Städtestatistik Mün-chens. München 1975
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Fachserie A: Bevölkerung und Kultur. Reihe 7: Gesund-heitswesen. Stuttgart-Mainz: Kohlhammer 1977
- Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Frankfurt/M.: Fischer 1969
- Stengel, E., Cook, N. G.: Attempted suicide: its special significance and effects. *Maudsley Mono-graph* 4. London: Chapman and Hall 1958
- Thomas, K.: Handbuch der Selbstmordverhütung. Stuttgart: Enke 1964
- Vail, D. J.: Suicide and medical responsibility. *Am. J. Psychiat.* **115**, 1007—1010 (1959)
- Walk, D. A.: Suicide and community care. *Brit. J. Psychiat.* **113**, 1381—1391 (1967)
- Weiss, J. M. A., Nemez, N., Schaie, K. W.: Quantification of certain trends in attempted suicide. *Proceedings 3rd Worldcongress of Psychiatry*. Montreal 1961
- Welz, R.: Gesellschaftliche Einflußgrößen auf die Selbstmordhandlung. In: Selbstmordver-hütung. Anmaßung oder Verpflichtung? H. Pohlmeier (Hrsg.), S. 51—79. Bonn: Keil 1978

Eingegangen am 21. Juni 1978