

Zunehmende Suicide psychiatrischer Klinikpatienten: Realität oder Artefakt?

K. Ernst, U. Moser und C. Ernst

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Ärztliche Direktion, CH-8029 Zürich, Schweiz

Increasing Suicides of Psychiatric Inpatients: Reality or Artefact?

Summary. In several countries the suicide rate for psychiatric inpatients has increased more than that for admissions and suicides in the general population. This was also the case in our clinic. This hypothesis was tested: today, because of more liberal management, suicides are committed *during* hospitalization that in an earlier and more restrictive age would have taken place *after* discharge. All suicides taking place 1960–1979 in the clinic's main catchment area were examined for previous hospitalization. The hypothesis was not supported.

Over twenty years neither the suicide cases nor all discharged patients changed significantly in distribution of age, sex, number of previous admissions, duration of hospitalization, or diagnosis. Therefore, none of these variables explain the increase. In both decades, on the other hand, patients that committed suicide *during* their stay at the clinic had been hospitalized longer; those that committed suicide within three months *after discharge* had been hospitalized for a shorter time than the sum of discharged patients. Among the suicides that occurred after discharge, the percentage of depressives and addicts was higher and the percentage of schizophrenic patients was smaller than among all discharged patients.

A change in patient management (more time off, more working outside, more open wards) has preceded the increase in suicides; medical staff, however, has doubled over the decades considered here. Rising pressure for resocialization to avoid hospitalism may heighten suicidal behavior. Preventive measures are discussed.

Key words: Suicide – Clinical psychiatry – Hospitalism – Open-door – Rehabilitation.

Zusammenfassung. Die Suicidzahlen psychiatrischer Klinikpatienten steigen in mehreren Ländern steiler an als die Aufnahmezahlen der Kliniken und als die Suicidraten der Regionen. Dies trifft auch für die eigene Klinik zu. Der

klinische Suicidanstieg läßt sich aber *nicht* durch eine zunehmende „Vorverlegung“ von Suiciden erklären, die früher infolge der geschlosseneren Behandlung erst *nach* der Hospitalisierung geschehen wären. Dies zeigt die Überprüfung aller Suicidfälle der engeren Region in den letzten 20 Jahren hinsichtlich ihrer allfälligen vorangegangenen Hospitalisierungen.

Auch die Zusammensetzung sowohl der Suicidierten wie aller Ausgetretenen nach Geschlecht, Alter, Hospitalisierungszahl, Hospitalisierungsdauer und Diagnose ist praktisch gleich geblieben und erklärt den klinischen Suicidanstieg nicht. In beiden Dezennien ereigneten sich die Suicide *während* der Hospitalisierung nach überdurchschnittlich langen, diejenigen bald (innert 3 Monaten) *nach* Klinikentlassung nach überdurchschnittlich kurzen letzten Hospitalisierungszeiten. Suchtkranke sind gegenüber ihrem Anteil an allen Ausgetretenen unter diesen katamnestisch Suicidierten ebenso stark übervertreten wie Depressive; Schizophrene dagegen sind untervertreten.

Dem klinischen Suicidanstieg gehen *liberalisierende Tendenzen* der Klinikführung voran (vermehrte Ausgänge, Urlaube, Auswärtsarbeit, Abteilungsöffnungen). Die erhebliche Vermehrung der Arztstellen vermochte den Suicidanstieg nicht zu verhindern. Eine gewisse Rolle scheint der zunehmende, Hospitalismus-präventiv intendierte *Rehabilitationsdruck* zu spielen. Die Möglichkeiten der Suicidprävention werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Suicid – Klinikpsychiatrie – Hospitalismus – Open-door – Rehabilitation.

1 Frage: Korreliert der Suicidanstieg der hospitalisierten Kranken mit einem Suicidabfall der Ausgetretenen?

Ausgangssituation. Seit Jahren steigen in vielen Ländern die Suicidzahlen psychiatrischer Klinikpatienten wesentlich steiler an als die Aufnahmezahlen der Kliniken und als die Suicidraten der Gesamtbevölkerung. Dies wurde für die USA [7], Holland [9], Schweden, Norwegen und Finnland [17, 16, 10, 19] sowie für einzelne Kliniken in der Schweiz [5, 15] nachgewiesen. Die Ursachen dieser beunruhigenden Erscheinung sind bis heute nicht hinreichend erklärt.

Hypothese. In einer früheren Publikation [5] haben wir die Frage aufgeworfen, ob der Suicidanstieg der hospitalisierten Kranken insofern ein Artefakt sein könnte, als er *durch einen Suicidabfall bei den ausgetretenen Kranken kompensiert* würde.

Begründung. Dieser Verdacht ist keineswegs abwegig. Kam es doch früher sehr viel häufiger vor als heute, daß die Patienten bis zu ihrem letzten Kliniktag auf der geschlossenen Abteilung behütet blieben. Auf diese Weise hatten sie vor ihrem Austritt nicht nur weniger Gelegenheit zum Suicid, sondern sie wurden draußen wohl auch noch stärker als heute vom sogenannten „Entlassungsschock“ betroffen. Auf der anderen Seite belasten die modernen, frühzeitig während des Klinikaufenthaltes einsetzenden Rehabilitationsbemühungen besonders gefährdete Kranke vielleicht häufiger als früher. Dadurch mögen heute *innerhalb* der Hospitalisierungszeit vermehrt Suicide ausgelöst werden, die sich dafür nicht mehr

nach der Entlassung ereignen können. Eine verbesserte Nachsorge für die Entlassenen könnte das ihrige zu einer solchen Entwicklung beitragen.

Alternativhypothesen. Erweist sich die formulierte Hypothese als zutreffend, so ist die Klinik nicht die Ursache für eine echte Zunahme der Suicide, sondern allenfalls nur für deren „Vorverlegung“. Läßt sich die Hypothese dagegen widerlegen, so stellen sich alte Fragen mit erneutem Nachdruck: hat sich an der Zusammensetzung der *Patienten* etwas geändert — etwa, indem der Anteil der Suicidgefährdeten unter ihnen angestiegen ist? oder ist der veränderte Behandlungsstil der *Klinik* heute weniger suicidpräventiv als früher — z. B. infolge seiner ausgeprägten Freiheitlichkeit?

2 Methode¹

Erhebung der Stichprobe (s. Tabelle 1). Die Personalien aller 2223 Suicidfälle, welche sich zwischen dem 1. 1. 1960 und dem 31. 12. 1979 im Bezirk Zürich ereignet haben, wurden mit der Patientenkartei der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich verglichen. Zusätzlich wurden die Personalien der 78 Suicidfälle dieses Bezirkes vom 1. 1. bis 31. 3. 1980 ebenfalls mit der Kartei verglichen. So war es möglich, eine mindestens 3 Monate umfassende Katamnese für allfällige Suicide auch der zuletzt ausgetretenen Patienten sicherzustellen.

Repräsentativität der Stichprobe. Da die Personalien sämtlicher Suicidfälle, die sich außerhalb des Bezirkes Zürich ereignet hatten, nicht eruiert werden konnten, beschränkt sich die vorliegende Erhebung auf den Bezirk Zürich. Dieser Bezirk umfaßte im Durchschnitt der Jahre 1960–1979 rund 500 000 Einwohner. Das sind 45% der Einwohner des Kantons Zürich. Dieser Kanton entspricht annähernd dem maximalen Einzugsgebiet der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Die Suicidzahl des Bezirkes Zürich vom 1. 1. 1960 bis zum 31. 12. 1979 macht 50,4% der Gesamtsuicidzahl des Kantons aus. Da indessen weitere staatliche und private Kliniken im Kantonsbereich außerhalb des Bezirkes Zürich liegen, sind die Einwohner dieses Bezirkes unter den Aufnahmen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich überrepräsentiert.

Unter allen 2301 Suicidfällen des Bezirkes Zürich wird also die Mehrzahl der Fälle zu finden sein, welche irgendwann in der Psychiatrischen Universitätsklinik hospitalisiert gewesen sind. Diese Stichprobe darf zudem in bezug auf die hier interessierenden Merkmale als repräsentativ für die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich gelten: es ist nicht einzusehen, wieso ehemalige Patienten dieser Klinik sich außerhalb des Bezirkes Zürich häufiger oder seltener, früher oder später, oder eher während oder nach ihrer letzten Hospitalisierung suicidiert haben sollten als innerhalb dieses Bezirkes.

Spätere Aufenthalte in anderen psychiatrischen Kliniken. Solche späteren Hospitalisierungen konnten eruiert werden, weil alle psychiatrischen Kliniken frühere auswärtige Krankengeschichten ihrer eintretenden Patienten routinemäßig anzufragen pflegen. Anhand der Korrespondenz und der von uns daraufhin bestellten Krankengeschichten war es möglich, das *wirkliche* hospitalisierungsfreie Intervall vor jedem Suicid festzustellen.

Begrenzung der Katamnesedauer. Da vollständige Katamnesen für die zuletzt (Ende 1979) aus unserer Klinik Ausgetretenen nur für den Zeitraum von drei Monaten erhoben worden sind, resultieren bei den Zählungen innerhalb der Gruppe b2 (s. Tabelle 1) lediglich Mindestwerte. Dessen ungeachtet ergab sich die Möglichkeit, die beiden Gruppen b1 und b2 im folgenden hinsichtlich einiger Merkmale miteinander zu vergleichen.

¹ Danken möchten wir an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. H. P. Hartmann, Direktor des Gerichtlich-medizinischen Institutes der Universität Zürich, der uns den Zugang zu seiner Kartei der Suicidfälle ermöglichte, und Herrn Dr. rer. nat. A. Dittrich, Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik (Direktor: Prof. Dr. J. Angst), der uns methodisch beraten hat und uns bei der mathematischen Bearbeitung behilflich war

Tabelle 1. Herkunft, Umfang und Aufbau der Suicid-Stichproben

N Suicide	Beschreibung der Stichproben	Zeitraum
4413	Total im Kanton Zürich (1,1 Mio Einw.) suicidiert	1. 1. 60–31. 12. 79
– 2190	Davon außerhalb Bezirk Zürich suicidiert (Personalien nicht eruierbar)	1. 1. 60–31. 12. 79
= 2223	Innerhalb Bezirk Zürich (0,5 Mio Einw.) suicidiert (Personalien eruierbar)	1. 1. 60–31. 12. 79
+ 78	Später innerhalb Bezirk Zürich suicidiert	1. 1. 80–31. 3. 80
= 2301	Total innerhalb Bezirk Zürich suicidiert (Personalien wurden mit der Kartei der Psychiatrischen Universitätsklinik verglichen)	1. 1. 60–31. 3. 80
– 1970	Davon nie in Psych. Universitätsklinik hospitalisiert	1. 1. 60–31. 12. 79
= 331	Irgendwann in Psych. Universitätsklinik hospitalisiert	1. 1. 60–31. 12. 79
– 90	Davon { während Hospitalisierung in Psych. Universitätsklinik suicidiert (a) während späterer Hospitalisierung in anderen psych. Kliniken suicidiert	1. 1. 60–31. 12. 79
– 5		1. 1. 60–31. 12. 79
= 236	Nach letzter psych. Hospitalisierung suicidiert (b)	1. 1. 60–31. 3. 80
64	Davon { nach letztem Austritt innert 3 Mt. suicidiert (b1) nach letztem Austritt später als innert 3 Mt. suicidiert (b2)	1. 1. 60–31. 3. 80
172		1. 1. 60–31. 3. 80

□: Stichproben, die in Tabelle 2 figurieren

3 Resultate

3.1 Die Signifikanz des klinischen Suicidanstiegs (s. Abb. 1)

Sie kann mit der Chi-Quadrat-Methode für vier Felder geprüft werden, wenn man die Zahlenpaare „Suicide“ zu „alle Austritte“ je zweier benachbarter Lustren vergleicht. (Suicidzahlen in Kliniken werden sinnvollerweise nicht mit dem Patientenbestand, sondern mit Aufnahme- resp. Austrittszahlen verglichen, weil diese die Anzahl der Gefährdeten besser darstellen.) Der entscheidende Anstieg zwischen den beiden letzten Lustren erweist sich dabei mit *P* unterhalb 0,001 als hochsignifikant, die vorangehenden beiden Kurvenknicke dagegen als nicht signifikant. Dennoch besteht ein schwacher Zusammenhang mit der Kurve aller Austritte, wenn man die Reihen *aller* 20 Jahreswerte miteinander korreliert. Es resultiert dabei ein Korrelationskoeffizient von 0,3. Dieser erklärt knapp 10% der Varianz der beiden *Gesamtkurven*, aber nicht speziell des hier interessierenden steilen *Endanstiegs* der klinischen Suicide.

3.2 Die teilweise Abhängigkeit des klinischen Suicidanstiegs von den Veränderungen der Suicidraten im Kanton Zürich

Korreliert man hier analog wie oben, so ergibt sich ein Koeffizient von 0,75. Dies entspricht einer erklärten Varianz von 56% — wiederum freilich für die nach

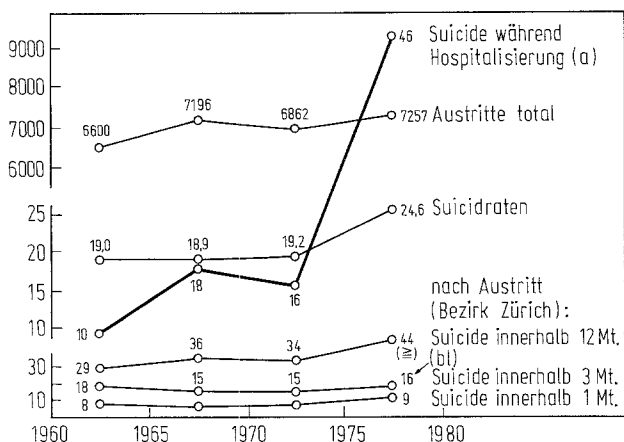


Abb. 1. Entwicklung nach Lustren der Suicide während der Hospitalisierung, aller Klinikaustritte, der Suicidraten im Kanton Zürich und der Suicide nach der Klinikentlassung. (a und b1 verweisen auf die entsprechenden Stichproben in Table 1)

Einzeljahren detaillierten und *totalen* Kurven, nicht für deren in ihrer Steilheit besonders stark differierenden *Endstrecken*: wenn die Kliniksuicide zwischen den beiden letzten Lustren genau parallel zu den Suicidraten des Kantons, d. h. um 28%, zugenommen hätten, wäre diese Zunahme auf 4 zusätzliche Suicidfälle beschränkt geblieben. Tatsächlich beträgt die Zunahme aber 30 zusätzliche Fälle, was einem Wachstum um 188% entspricht.

3.3 Die Unabhängigkeit des klinischen Suicidanstiegs von der katamnestischen Suicidhäufigkeit

Abbildung 1 widerlegt die Ausgangshypothese: die „bald“ nach der letzten Klinikentlassung geschehenen Suicide haben im Lauf der beiden Dezennien *nicht* abgenommen — begrenze man dieses „bald“ nun durch einen, durch drei oder durch zwölf Monate. Beim letzteren Wert ergibt sich sogar ein Trend zur Zunahme der katamnestischen Suicide (obwohl die Jahreskatamnesen für die 1979 Ausgetretenen bei Abschluß der Arbeit noch nicht vollständig vorlagen!).

Bezogen auf die nach Jahreswerten detaillierten und vollständigen Kurven ergibt sich zwar zwischen den klinischen und den innert drei Monaten katamnestisch erfolgten Suicidzahlen ein Korrelationskoeffizient von $-0,25$. Der dadurch erklärte Varianzanteil ist aber derart gering und außerdem nicht signifikant, daß er zu vernachlässigen ist. *Der signifikante klinische Suicidanstieg ist also „real“ und keineswegs ein „Artefakt“ im Sinne der Ausgangshypothese.*

Im folgenden soll deshalb wie vorgesehen im Sinne der eingangs erwähnten Alternativhypothesen zunächst danach gefragt werden, ob sich innerhalb der Gesamtheit aller Ausgetretenen der beiden Dezennien Merkmale finden, die im Laufe der Beobachtungszeit wesentlich an Häufigkeit zu- oder abgenommen haben; und ob diese Merkmale sich dann bei den Suicidierten tatsächlich als über- bzw. untervertreten erweisen und damit zur Erklärung des klinischen Suicidanstiegs beitragen.

3.4 Gefährdungsfaktoren von seiten der Kranken und ihre Konstanz

Bei den unten in Kleindruck besprochenen Merkmalsverteilungen bestehen zwischen den drei Suicidgruppen a, b1 und b2 keine signifikanten Unterschiede. Im folgenden sollen die drei Stichproben gemeinsam anhand dieser Merkmale beschrieben werden. Vorweggenommen sei, daß keines der Merkmale, soweit sie auf eine allfällige Verteilungsänderung bei allen Ausgetretenen im Laufe der beiden Beobachtungsdekaden untersucht werden konnten, eine solche Veränderung in erheblichem Ausmaß erkennen ließ.

Geschlechtsverhältnis. Dem Männerüberschuß aller Suicidierten von 60% : 40% steht ein leichter Frauenüberschuß (53% : 47%) unter allen Klinikentlassenen gegenüber. Das hat sich während der ganzen Beobachtungszeit nicht wesentlich geändert.

Altersaufbau. Die von Kern an früherem Material unserer Klinik (in Übereinstimmung mit Sletten) gegenüber allen Ausgetretenen festgestellte schwache Untervertretung der unter 30- und über 60jährigen Suicidierten konnte nicht mehr signifikant nachgewiesen werden.

Zivilstand. Er zeigt bei allen Suicidgruppen wie bei der Gesamtheit der Ausgetretenen gegenüber der altersentsprechenden Gesamtbevölkerung dieselbe Untervertretung der Verheirateten (38%).

Sozialschicht. Leider fehlen genügende Unterlagen für die Gesamtheit aller Entlassenen und für die katamnestic Suicidierten. Ein Vergleich der Gruppe a mit zwei Stichproben von je 200 Aufgenommenen in bezug auf das Verhältnis von Gelernten und Ungelernten ergab keine signifikante Abweichung.

Körperliche Krankheiten. Es fehlt eine Kontrollgruppe, durch die der Eindruck überprüft werden könnte, daß körperlich Kranke sich unter den Suicidierten häufen. Nach der Literatur wäre dies zu erwarten [3, 11, 13].

Wiederaufnahme. Ihr Verhältnis zu den Erstaufnahmen des jeweils selben Jahres bewegt sich bei allen Gruppen um 1 : 1. Im Laufe der Zeit ist dieses Verhältnis bei allen Entlassenen (c) etwas angestiegen. Bei den Suicidierten der Gruppe a ist es etwas größer als bei c, aber nicht signifikant. Ein wesentlicher Anteil des Suicidanstiegs läßt sich daraus nicht erklären.

Es bleiben nun noch zwei Arten von Gefährdungsfaktoren darzustellen, die bei den verschiedenen Gruppen der Suicidierten und bei der Gruppe aller Ausgetretenen verschieden verteilt sind und die daher trotz ihrer erheblichen zeitlichen Konstanz interessieren:

Dauer der letzten Hospitalisierung (vgl. Tabelle 2). Ihr Median liegt für die während der Hospitalisierung Suicidierten (Gruppe a) etwas oberhalb von drei Monaten; für die Gesamtheit der Ausgetretenen c) und für die Gruppe b2) (Suicid später als drei Monate nach Austritt) liegt er nur wenig über einem Monat. Besonders auffallend ist es, daß die Gruppe b1) (Suicid innerhalb von drei Monaten nach Austritt) im umgekehrten Sinne von der Gesamtheit aller Ausgetretenen abweicht wie die Gruppe der während der Hospitalisierung Suicidierten (a): diese „bald“ Suicidierten zeichnen sich nämlich durch besonders kurze letzte Hospitalisierungszeiten aus mit einem Median, der weit unterhalb eines Monats liegt. Bei Prüfung mit der Chi-Quadrat-Methode für 6 Felder sind beide Diskrepanzen gegenüber c) mit P unterhalb 0,001 hochsignifikant.

(Es ist hier festzuhalten, daß sich die Hospitalisierungszeiten aller Ausgetretenen vom ersten bis zum vierten Lustrum nur unwesentlich verkürzt haben: nach

Tabelle 2. Letzte Hospitalisierungsdauer und Diagnosen der Suicidgruppen a), b1) und b2) und aller Ausgetretenen c) 1960–1979

Gruppe	N = %	Letzte Hospitalisierungsdauer in Tagen				Diagnosen			
		≤ 30	31–90	> 90		Schizophr.	Depress.	Sucht	Diverse
a) Suicid während Hospitalisierung	90 = 100%	21 = 23%↓	22 = 24%	47 = 52%↑		36 = 40%	35 = 39%↑	14 = 16%	5 = 5%
b1) Suicid innert 3 Monaten nach Austritt	64 = 100%	43 = 68%↑	15 = 23%	6 = 9%↓		11 = 18%↓	25 = 39%↑	20 = 31%↑	8 = 12%
b2) Suicid später	172 = 100%	83 = 48%	55 = 32%	34 = 20%		48 = 28%↓	68 = 40%↑	38 = 21%↑	18 = 11%
c) Alle Ausgetretenen	27833 = 100%	12467 = 45%	9058 = 33%	6308 = 22%		10676 ^a = 38%	5545 ^a = 20%	4267 ^a = 15%	7345 ^a = 27%

↑, ↓: $P < 0.001$ gegenüber allen Ausgetretenen (c)
^a Näherungswerte, da aus Aufnahme-statistik berechnet

Tabelle 3. Vorgeschichte und Ort der Suicide während der Hospitalisierung nach Lustren

Zeitraum	N = %	Ausgänge vor dem Suicid			Auswärts- Arbeit	LQ ^a	Ort und Umstände des Suicids			
		kein Ausgang		Urlaub mit Übernachten			innerhalb der Klinik	im Ausgang oder Urlaub		
		Ausgang tagsüber	Ausgang					unbewilligt	bewilligt	
1960–1964	10 = 100%	9 = 90%	1 = 10%	0 = 0%	0 = 0%	0,1	6 = 60%	3 = 30%	1 = 10%	0,7
1965–1969	18 = 100%	9 = 50%	5 = 28%	2 = 11%	2 = 11%	1,0	7 = 39%	5 = 28%	6 = 33%	1,6
1970–1974	16 = 100%	3 = 19%	3 = 19%	3 = 19%	7 = 43%	4,3	2 = 13%	5 = 31%	9 = 56%	7,0
1975–1979	46 = 100%	13 = 28%	12 = 26%	11 = 24%	10 = 22%	2,5	7 = 15%	12 = 26%	27 = 59%	5,6
1960–1979	90 = 100%	34 = 38%	21 = 23%	16 = 18%	19 = 21%	1,6	22 = 24%	25 = 28%	43 = 48%	3,1
$P(\chi^2)$: für 16 Felder < 0,01; für 6 Felder ^b < 0,001 für 12 Felder < 0,1; für 6 Felder ^c < 0,01										

^a LQ = „Liberalisierungsquotient“
^b durch Zusammenziehen je zweier Zeilen und der beiden Kolonnen „Urlaub“ + „Ausw.-arbeit“
^c durch Zusammenziehen je zweier Zeilen

weniger als einem Monat waren im ersten Lustrum 42%, im letzten 48%, nach mehr als 3 Monaten 26% bzw. 21% ausgetreten. Dieses Verkürzungstempo ist im Vergleich zu anderen Kliniken gering. Es hängt dies zusammen mit dem schon seit jeher besonders großen Aufnahme- und damit Entlassungsdruck der Klinik, die gleichzeitig chronifizierende Kranke zu behalten hat.)

Diagnosen: Die Diagnosen-Anzahlen aller Aufgenommenen (Zeile c in Tabelle 2) sind nicht exakt, weil das diagnostische Statistikschemata zwischen 1960 und 1979 dreimal wechselte. Hingegen genügt die Genauigkeit der jährlichen Zahlen, um auszuschließen, daß die prozentuale Verteilung der Diagnosen sich während der Beobachtungszeit erheblich verändert hat. Im Vergleich zur Gesamtheit der Ausgetretenen (c) sind die *Depressiven* in allen drei Suicidgruppen (a, b1, b2) und die *Alkohol- und anderen Suchtkranken* in den Gruppen der ausgetretenen Suicidierten (b1, b2) übervertreten. Die *Schizophrenen* sind dagegen in den letztgenannten Gruppen untervertreten. Die Unterschiede erweisen sich bei der Prüfung mit der Chi-Quadrat-Methode für acht Felder jedesmal als hochsignifikant (P unterhalb 0,001). (Infolge der „Drogenwelle“ hat der Anteil der Suchtkranken an allen Aufnahmen bzw. Austritten (c) wie auch an den während der Hospitalisierung Suicidierten (a) im Lauf des letzten Dezenniums etwas zugenommen; aber nicht so bedeutend, daß ein nennenswerter Einfluß auf die Gesamt-Suicidziffern erkennbar würde.)

Zusammenfassend haben wir bei den Patienten kein Gefährdungsmerkmal gefunden, dessen Zunahme einen wesentlichen Teil des Suicidanstiegs zu erklären vermöchte.

3.5 Gefährdungsfaktoren von seiten der Klinik und ihre Veränderungen

Die folgenden Ausführungen beruhen auf den Krankengeschichten der Suicidierten. Exakte Vergleiche mit der Gesamtheit aller Ausgetretenen oder mit repräsentativen Stichproben von solchen fehlen.

Antidepressive Medikamente. Sie wurden 1958/59, also vor der Beobachtungszeit, in die Klinik eingeführt. Seither hat sich ihre Anzahl vervielfacht, aber ihre Anwendungsweise hat sich nicht stark verändert. Suicide unter der aktivierenden Wirkung von Antidepressiva sind uns nicht besonders aufgefallen.

Elektroschockbehandlung. Bei Durchsicht der Krankengeschichten der 90 hospitalisierten Suicidierten läßt sich in vier Fällen (bei drei Frauen und einem Mann) nachträglich die Indikation zu einer damals nicht durchgeführten Elektroschockbehandlung stellen (quälende, vitale oder wahnhaft, auf Psychotherapie und Antidepressiva refraktäre Depression, die hier jedesmal länger als während zweier Monate bestanden hatte). Alle vier Fälle lagen in den Jahren 1976–1979. Leider bestehen keine lückenlosen Unterlagen für die Gesamtzahlen der in der Klinik durchgeführten Elektrobehandlungen in den beiden beobachteten Dezennien. Daß die Häufigkeit dieser Behandlungen insgesamt abgenommen hat, ist jedoch sicher.

Psychotherapeutische Behandlung. Der Begriff läßt sich mit den hier zur Verfügung stehenden Mitteln nicht operationalisieren und auch nicht auf eine Kontrollgruppe

anwenden. Eindrucksmäßig häufen sich zwar unter den Suicidierten innerlich vereinsamte, aber keineswegs psychotherapeutisch unterdurchschnittlich intensiv betreute Patienten — eher dürfte das Gegenteil zutreffen. Sicher sind die Chancen der Hospitalisierten für psychotherapeutische Behandlungen innerhalb des Beobachtungszeitraumes nicht schlechter geworden: um das Jahr 1970 wurden die Arztstellen annähernd verdoppelt.

Liberalisierende Maßnahmen. Wie Tabelle 3 zeigt, geht die Suicidzunahme statistisch im wesentlichen auf diejenigen Kranken zurück, die während ihrer letzten Hospitalisierung freie *Ausgänge*, Beurlaubungen über eine bis mehrere Nächte und auswärtige Erwerbstätigkeit durchgeführt hatten, und zwar meist mehrfach, während einer Zeitperiode unmittelbar vor dem Suicid und ohne äußeres Versagen. (In der Mehrzahl der Fälle war dagegen aus früheren Zeiten suicides Verhalten bekannt.) Dementsprechend haben auch nicht die Suicide *innerhalb* der Räumlichkeiten der Klinik zugenommen, sondern diejenigen *auswärts* — um ein Vielfaches besonders während einer vom Arzt *bewilligten* Klinikabwesenheit und um ein Mehrfaches zusätzlich nach einer Entweichung bzw. in *unbewilligter* Abwesenheit.

Innerhalb der Zeilen der beiden Teiltabellen von Tabelle 3 kann das Verhältnis aus der Summe der drei bzw. zwei jeweils rechts gelegenen absoluten Zahlen zu der jeweils links gelegenen absoluten Zahl („kein Ausgang“ bzw. „innerhalb der Klinik“) als eine Art „*Liberalisierung-Quotient*“ betrachtet werden. Dieser Indikator steigt bis zum dritten Lustrum steil an und fällt dann wieder etwas ab: der Hauptanstieg der beiden (voneinander nicht unabhängigen) Liberalisierungsquotienten geht also demjenigen der Suicidkurve (vgl. Abbildung 1) voran.

Es wäre interessant zu wissen, ob die Suicidierten gemessen an diesen Kriterien freiheitlicher behandelt worden sind als der Durchschnitt *aller* Klinikpatienten. Leider aber lassen sich auf diesem Gebiet keine Vergleiche mit nicht-suicidierten Patienten anstellen, weil deren Krankengeschichten hinsichtlich Ausgangsrégime nicht vergleichbar präzise nachgeführt zu werden pflegen.

4 Diskussion

Der Suicidanstieg in der untersuchten Klinik während der letzten 20 Jahre ist „echt“: er ist *nicht* die Folge einer „Vorverlegung“ von Suiciden, die früher häufiger als heute nach dem Klinikaustritt der Kranken erfolgt wären. Die verbesserten Möglichkeiten der modernen Nachsorge für die klinikentlassenen Kranken haben *nicht* zur Verminderung der katamnesticen Suicide geführt. (Als Nebenfund ergab sich für beide Dezennien, daß die Suicide *während der ersten drei Monate nach der Entlassung* bedeutend zahlreicher auftraten als während aller späterer Dreimonatsperioden.)

Die Zusammensetzung der soziographischen und diagnostischen Merkmale der Suicidierten haben sich während dieser beiden Dezennien nicht geändert und tragen deshalb auch nichts zur Erklärung des klinischen Suicidanstiegs bei. Hingegen fällt auf, daß die Suicide *während* des Klinikaufenthaltes der Kranken (übereinstimmend mit [1, 13, 15, 18]) nach weit überdurchschnittlich *langen* Hospitalisierungszeiten zu geschehen pflegen, diejenigen der *kürzlich Entlassenen* hingegen nach überdurchschnittlich *kurzen*. Man bekommt den Eindruck, daß

besonders solche Klinikpatienten suicidgefährdet sind, die trotz (oder wegen) eines liberalen Behandlungsrégimes weder den Ausweg aus der Klinik noch ein Asyl in der Klinik finden konnten. Auf der anderen Seite könnte der letzte Befund auch so interpretiert werden, daß *Frühentlassungen das katamnestiche Suicidrisiko erhöhen*.

Das letztere trifft besonders für die *Alkohol- und anderen Suchtkranken* zu, die nach der Entlassung überhaupt schwerer suicidgefährdet erscheinen als andere Kranke. Vielleicht spielt es bei diesen Patienten eine besonders große Rolle, daß sie draußen so viel schlechter vor den unmittelbaren Folgen ihrer Rauschzustände geschützt sind als in der Klinik.

Umgekehrt verhält es sich mit den *schizophrenen* Kranken: Sie suicidieren sich später seltener als es ihrem Anteil an allen Augetretenen entsprechen würde. Soweit katamnestiche Suicidziffern als Indikatoren für mißlungene Wiedereingliederung gelten können, *schneidet demnach die Rehabilitierung der Suchtkranken deutlich schlechter ab als diejenige der Schizophrenen*. Das gilt für die kurzfristige (Vierteljahres-)Rehabilitierung deutlicher als für die langfristige.

Daß die *Depressiven* unter allen Kranken (während ihrer Hospitalisierung ebenso wie zu allen katamnestiche Zeiten) verglichen mit ihrem Anteil an sämtlichen Ausgetretenen die stärkste Übervvertretung bei den Suicidierten aufweisen, entspricht unter den erwähnten Befunden der naiven Erwartung am meisten. Das Ausmaß dieser Übervvertretung hat im Beobachtungszeitraum aber nicht zugenommen und erklärt den gesamten Suicidanstieg deshalb nicht. Dies vermindert auch die Wahrscheinlichkeit, daß die globale klinische Suicidzunahme vor allem auf zunehmende Klinikzuweisungen antidepressiv-refraktärer schwerst Suicidaler zurückgehe.

Jedenfalls entsprechen Suicidgefährdete nicht einem einheitlichen Typus. Es häufen sich unter ihnen nicht nur isolierte, vereinsamende [vgl. auch 14, 20, 22], sondern auch unbefriedigt-anspruchsvolle, „vielverbrauchende“ und schwierige Kranke [6], welche die Klinik in Versuchung führen, sich ihrer durch eine kurzschlußartige Frühentlassung zu entledigen [8].

Elektroschockbehandlung. Bei nachträglicher, aber sehr restriktiver Indikationsstellung finden sich vier versäumte Behandlungen. Bei weiterer, immer noch gut vertretbarer Indikationsstellung wären es vielleicht einige mehr — aber sicher nicht so viele, daß sie einen maßgebenden Beitrag zur Erklärung des gesamten Suicidanstiegs zu geben vermöchten. Dies um so mehr, als Elektroschockbehandlungen ja nicht vor Rezidiven schützen. Immerhin sei festgehalten, daß die an sich indizierten Elektroschockbehandlungen in unserem Material zweifellos nicht aus ärztlich-rationalen Gründen, *sondern infolge unreflektierter Anlehnung an die öffentliche Meinung* unterblieben und zum Teil in den Krankengeschichten nicht einmal diskutiert worden sind.

Rehabilitationsbemühungen. Sie können vom Kranken als jener „Rehabilitationsdruck“ erlebt werden, von dem eingangs schon die Rede war und zu dem sich eindrucksvolle Beispiele finden. Er wirkt sich natürlich in einer chronisch unter Platzmangel leidenden Notfallklinik, wie der hier untersuchten, besonders fühlbar aus.

Psychotherapeutische Behandlung. Trotz der mindestens quantitativ verbesserten Möglichkeiten für das ärztliche Gespräch sind die Suicide angestiegen. Eine eingehende Beurteilung der durchgeführten Psychotherapien würde den Rahmen dieser Publikation sprengen. Auch könnte nicht entschieden werden, ob ein jeweils anderes psychotherapeutisches Vorgehen die Katastrophe hätte hinausschieben oder verhindern können. Gelegentlich drängt sich immerhin der Eindruck auf, daß sich die Therapeuten bei Depressionen oft ungenügend vor einem „Erfolgsstreben“ hüten, das einem Druck auf den Kranken gleichkommt. Auch werden bekanntlich vom Depressiven psychodynamische Hinweise oft nicht als Hilfe, sondern als Beweise der eigenen Schuld erlebt.

Daß sich unter den Suicidierten gerade *nicht* psychotherapeutisch Unterbehandelte häufen, ist für den Kliniker im ersten Moment ein Trost, der sein Gewissen beruhigt — bei näherer Betrachtung aber eine Sorge. Es macht nämlich nicht den Anschein, daß uns die bloße Vermehrung der Psychotherapie eine bessere Suicidprophylaxe bringen würde. Wenn also etwas zu erreichen sein wird, dann allenfalls durch die Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ausbildung und Supervision. Durch sie wird aber unweigerlich die Zeit wieder abnehmen, die Ärzte und Pflegepersonal bei ihren Kranken verbringen.

Die Rolle der Liberalisierung. Offensichtlich vermochten wir mit unseren Untersuchungsmitteln keinen Faktor *in den Kranken* für die Erklärung des klinischen Suicidanstiegs zu finden. Der einzige Faktor, der mit diesem Phänomen einigermaßen parallel zunimmt, liegt nicht in den Patienten, sondern *in den Behandlungsgewohnheiten der Institution* und läßt sich anhand von *Liberalisierungsindikatoren* verfolgen. Bemerkenswerterweise geht deren Wachstum dem Suicidanstieg zeitlich *voran*.

Dies könnte bedeuten, daß der innere Zusammenhang zwischen Suicid und Liberalisierung doch nicht so eng ist wie es scheint. Es könnte aber auch bedeuten, daß der merkbare Abfall der „Liberalisierungsquotienten“ vom dritten zum vierten Lustrum die Wirklichkeit schlecht wiedergibt. Und zwar deshalb, weil dieser Abfall lediglich durch die relative Zunahme der Suicidierten „ohne Ausgang“ verursacht wird. „Kein Ausgang“ sagt aber nichts aus über andere Möglichkeiten, sich freier zu bewegen: z. B. infolge eines gegenüber früher geringeren faktischen Geschlossenheitsgrades „geschlossener“ Abteilungen oder vermehrter Gelegenheiten, sich innerhalb der geschlossenen Abteilung unbeaufsichtigt zurückzuziehen u. a. m.

Früher mitgeteilte Erfahrungen der Klinik weisen ebenfalls in diese Richtung [12]. So wurde zum Beispiel gezeigt, daß Suicide auf offenen Abteilungen im Vergleich zu geschlossenen häufiger vorkommen als es den Bettenzahlen entspricht, und daß in drei Zeitperioden nach drei Abteilungsöffnungen beim Vergleich mit den drei je gleich langen vorangegangenen Perioden jedesmal eine Tendenz zur Zunahme der Suicide auffiel. Dies allerdings nicht als prompte Reaktion auf den Wegfall restriktiver Betreuung und die Zunahme der „technischen“ Suicidmöglichkeiten (z. B. sofort bei Versetzungen von geschlossenen auf offene Abteilungen), sondern als zeitlich längerfristige und kausal indirekte Auswirkung. Verzweiflung über die soeben erfolgte Hospitalisierung führt nur ausnahmsweise zum Suicid. Die Suicide geschehen ja nur selten in den ersten ein bis zwei Wochen der Hospitalisierung, auch nicht auf offenen Abteilungen.

Mit dem Begriff „kausal“ ist aber vorsichtig umzugehen. Es könnte z. B. sein, daß nicht die Liberalisierung an sich die Ursache des klinischen Suicidanstiegs ist, sondern daß das parallele Wachstum beider Phänomene durch Veränderungen hintergründiger, gesamt-gesellschaftlicher Faktoren gesteuert wird. So hat vielleicht z. B. der Rehabilitationsdruck nicht nur mit einer freiheitlichen Gesinnung zu tun, sondern auch mit einer *abwertenden Einstellung gegenüber dem Asylgedanken*. Und diese Haltung wiederum könnte die Folge unserer klareren Einsicht in die armselige Ausstattung unserer asylgewährenden Institutionen sein — und einer daher rührenden allzu niedrigen Einschätzung unserer faktischen Hilfsmöglichkeiten entsprechen. Therapie als Druckausübung, Hospitalismusprophylaxe als Ausstoßung (in der umgekehrten Richtung, wie sie sonst gemeint ist) — das sind Stichworte, die sich einem angesichts der Kranken nicht selten aufdrängen — die man aber auch nicht verabsolutieren darf.

5 Schlußfolgerungen

Eine „reaktionäre“ Rückkehr zu restriktiveren klinischen Behandlungsgewohnheiten ist nicht vertretbar, weil sie für die überwältigende Zahl der Klinikpatienten mehr Nachteile als Vorteile mit sich brächte. In ihrem ganzen Gewicht stellt sich die Frage, ob die Vermehrung der Suicide zu dem Preis gehört, der für den freiheitlich ausgerichteten Fortschritt in der klinischen Behandlung zu bezahlen ist — und weiterhin zu bezahlen bleiben wird. Dem Kliniker ist es ebenso unmöglich, diese Frage zuversichtlich zu verneinen, wie sie resigniert zu bejahen. Mehr als Andeutungen in der Richtung, wo unsere Hoffnungen liegen, vermögen wir heute nicht zu geben. Nach dem, was über die ärztliche Haltung depressiv gefährdeten Kranken gegenüber gesagt wurde, dürfte eine behutsame, die Situation des einzelnen Kranken sorgfältig berücksichtigende Einstellung therapeutisch günstiger liegen als ein durchstrukturiertes Erfolgsprogramm — und vor allem günstiger als eine therapeutische Haltung, die sich allzusehr an den irrationalen Komponenten der öffentlichen Meinung orientiert. Was wir von den Schicksalen der Suicidierten rekonstruieren konnten, bewahrt uns jedenfalls vor der Gefahr, an unseren klinischen Reformen ausschließlich das Hilfreiche zu erkennen und über dessen Schatten hinwegzusehen.

Literatur

- 1 Aché KA, Stenbäck A, Teräsväinö H (1966) On suicide committed during treatment in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 42:272–284
- 2 Beisser AK, Blanchette JE (1961) A study of suicides in a mental hospital. *Dis Nerv Syst* 22:365–369
- 3 Bolin RK, Wright RE, Wilkinson MN, Lindner CK (1968) Survey of suicide among patients on home leave from a mental hospital. *Psychiat Quart* 42:81–89
- 4 Ernst K, Kern R (1974) Suicidstatistik und freiheitliche Klinikbehandlung 1900–1972. *Arch Psychiatr Nervenkr* 219:255–263
- 5 Ernst K (1979) Die Zunahme der Suizide in den psychiatrischen Kliniken. Tatsachen, Ursachen, Prävention. *Soz. Praeventivmed* 24:37–42
- 6 Farberow LN, Schneidman ES, Neuringer S (1966) Case history and hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric hospital patients. *J Nerv Ment Dis* 142:32–44

- 7 Farberow NL, Ganzler S, Cutter F, Reynolds D (1971) An eight year survey of hospital suicides. *Life-threatening behaviour* 1:Nr.3
- 8 Flood RA, Seager CP (1968) A retrospective examination of psychiatric case records of patients who subsequently committed suicide. *Br J Psychiatry* 114:443-450
- 9 de Graaf AC (1976) Suicide in mental hospitals (Dutch.). *T. Psychiat* 18:814-821
- 10 Hessö R (1977) Suicide in Norwegian, Finnish and Swedish Psychiatric Hospitals. *Arch Psychiatr Nervenkr* 224:119-129
- 11 Jones K (1965) Suicide and the hospital service. *Br J Psychiatry* 3:625-630
- 12 Kern R (1973) Die 100 Suizidfälle der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich von 1900 bis 1972. *Med Diss Zürich*
- 13 Koester H, Engels G (1970) Gelungene Suizide im psychiatrischen Krankenhaus. *Z Präy.-Med* 15:19-26
- 14 Kreitman N (1980) Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. *Nervenarzt* 51:131-138
- 15 Maier C (1980) Die Suizide in der psychiatrischen Klinik Beverin 1920-1979. Noch nicht publizierte Arbeit aus der Psychiatrischen Klinik Beverin/GR (CH)
- 16 Niskanen P (1974) Suicide in psychiatric hospitals in different therapeutic areas. A review of literature and own study. *Psychiatr Fenn* 265-273
- 17 Ødegaard Ø (1967) Mortality in Norwegian psychiatric hospitals 1950-1952. *Acta Genet (Basel)* 17:137-153
- 18 Quemada N, Feillard J (1978) Suicide in psychiatric hospitals (Fren). *Inf Psychiatr* 54:767-780
- 19 Retterstøl N (1979¹ Vol 1978 Suppl) Suicide in psychiatric hospitals in Norway. *Psychiatr Fenn* 89-92
- 20 Rorsman B (1973) Suicide in psychiatric patients, a comparative study. *Soc Psychiat* 8:55-66
- 21 Sletten IW, Brown ML, Evenson RC, Altman H (1972) Suicide in mental hospital patients. *Dis Nerv Syst* 33:328-334
- 22 Wilson GC (1968) Suicide in psychiatric patients who have received hospital treatment. *Am J Psychiatry* 125:752-757

Eingegangen am 22. Mai 1980