

Ergebnisse der klinisch-experimentellen Evaluation von suizidprophylaktischen Versorgungsprogrammen*

A. Kurz und H. J. Möller

Psychiatrische Klinik der Technischen Universität München (Direktor: Prof. Dr. H. Lauter),
Möhlstraße 26, D-8000 München 80, Bundesrepublik Deutschland

Experimental Evaluation of Suicide Prevention Programs

Summary. With regard to methodological shortcomings and heterogeneity of the outcome of experimental studies in the field of suicide prevention only tentative conclusions can be drawn from the results. Suicide prevention programs where contact to patients is actively established and maintained seem to be more effective in reducing the rate of further suicide attempts than passive strategies which leave it to the patients to initiate and continue a therapeutic relationship. This advantage emerges more clearly when patients are repeatedly or even continually motivated to utilize advice and treatment facilities. The intensity of outpatient aftercare services may also have a considerable influence on the effectiveness of suicide prevention.

Key words: Suicide prevention – Evaluation – Experimental outcome studies

Zusammenfassung. Aufgrund der methodischen Problematik und der begrenzten Vergleichbarkeit der bisher veröffentlichten experimentellen Evaluationsstudien zur Selbstmordverhütung können aus den Ergebnissen nur mit großer Vorsicht verallgemeinernde Schlüsse gezogen werden. Versorgungsweisen, bei denen der Kontakt zu den Patienten aktiv hergestellt und aufrechterhalten wird, scheinen passiv-abwartenden Behandlungsweisen, die den Patienten die Initiative überlassen, in bezug auf die Rezidivrate von Suizidversuchen überlegen zu sein. Besonders deutlich wird dieser Vorsprung, wenn durch wiederholte oder sogar kontinuierliche Motivationsarbeit versucht wird, die Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern. Auch die Intensität der ambulanten Nachbetreuung könnte für die Wirksamkeit der Selbstmordverhütung von Bedeutung sein.

Schlüsselwörter: Selbstmordverhütung – Evaluation – experimentelle Untersuchungen

* Diese Literaturübersicht entstand im Rahmen der Vorarbeiten zu einem aus Mitteln des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Forschungsprojekt zur Evaluation von Betreuungsmaßnahmen für Patienten nach Selbstmordversuch

1. Einleitung

Mit epidemiologischen Evaluationsverfahren konnte bisher die Wirksamkeit suizidprophylaktischer Versorgungsprogramme weder überzeugend nachgewiesen noch ausreichend widerlegt werden. Besonders der schwer kontrollierbare Einfluß von programmunabhängigen Störgrößen führt bei epidemiologischen Forschungsansätzen zu erheblichen Interpretationsschwierigkeiten. In klinisch-experimentellen Studien, wo die Effizienz therapeutischer Maßnahmen an einer zahlenmäßig begrenzten Patientenstichprobe durch gezielte Variation des Behandlungsangebotes geprüft wird, können derartige Störgrößen wesentlich besser erfaßt bzw. konstant gehalten werden (Möller und Benkert 1980). Nachdem wir an anderer Stelle (Kurz und Möller 1982) eine Literaturübersicht über den Stand der epidemiologischen Evaluation suizidprophylaktischer Maßnahmen gegeben haben, soll hier über die Resultate der klinisch-experimentellen Forschung im Bereich der Selbstmordverhütung berichtet werden.

Die in der Literatur aufgefundenen Studien beurteilen die Wirksamkeit eines speziell entworfenen Behandlungsprogramms durch Vergleich mit einer davon abweichenden Versorgungsweise, meist der Routinebetreuung. Zu diesem Zweck wird die Ausgangsstichprobe – in der Regel besteht sie aus Patienten, die nach einem Selbstmordversuch in stationäre Krankenhausbehandlung kommen – durch randomisierte Fallzuordnung oder zeitversetzte Rekrutierung in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Patienten der Experimental- und der Kontrollgruppe werden unterschiedlich versorgt und nach einer geeigneten Zeitspanne nachuntersucht. Zur Beurteilung des Behandlungserfolges ist bei klinisch-experimentellen Studien die Suizidrate meist ungeeignet, weil in Anbetracht der geringen Wahrscheinlichkeit von Selbstmorden die Fallzahlen zu klein sind. Statt dessen werden als Effizienzkriterien die Rezidivrate von Suizidversuchen, aber auch Parameter der psychopathologischen und sozial-adaptiven Besserung herangezogen. Schon der erste Überblick über die bisher veröffentlichten Arbeiten läßt folgende Leitaspekte der Fragestellung erkennen, die meist miteinander kombiniert werden:

- a) unverbindliches, passiv-abwartendes Nachsorgeangebot (Initiative beim Patienten) gegenüber aktiv-nachgehender Strategie (Initiative bei der nachbetreuenden Person oder Institution)
- b) klinikinterner Versorgungstyp (ambulante Nachsorge durch Therapeuten, die schon während des stationären Aufenthaltes Kontakt mit dem Patienten aufgenommen haben) gegenüber klinikexternem Behandlungsschema (Überweisung an klinikunabhängige Nachsorgemöglichkeiten)
- c) am Modell der Krisenintervention orientiertes kurzfristiges Behandlungsprogramm gegenüber lebensbegleitendem Langzeitkontakt
- d) Vergleich zwischen unterschiedlichen Therapieformen, z. B. psychotherapeutischen Methoden
- e) Vergleich unterschiedlich intensiver Behandlungsweisen
- f) Betreuung durch Laienhelfer gegenüber professioneller Therapie.

Auf die methodischen Probleme klinisch-experimenteller Evaluationsstudien, die im wesentlichen mit denen der empirischen Psychotherapie-

forschung übereinstimmen, kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen werden.

2. Darstellung der Untersuchungen im einzelnen

Aus Gründen der Übersicht wird im folgenden versucht, die einzelnen Untersuchungen nach dem Schwerpunkt ihrer Fragestellung zusammenzufassen. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die wichtigsten methodischen und versorgungspraktischen Variablen.

2.1. Vergleich aktiv-nachgehender mit passiv-abwartender Versorgung

Chowdhury et al. (1973) erfaßten in ihrer Studie 197 Patienten, die wegen eines wiederholten Parasuizids im Regional Poisoning Treatment Center (R. P. T. C.) von Edinburgh aufgenommen worden waren. Unter „Parasuizid“ verstehen die Autoren „alle selbstzerstörerischen Akte ohne Tötungserfolg, unabhängig davon, ob eine Selbsttötungsabsicht erkennbar ist“. Überblicksmäßig waren in der Patientenstichprobe die unteren sozialen Schichten überrepräsentiert, mehr als die Hälfte der Patienten hatten Alkohol- oder Drogenprobleme. Die häufigste psychiatrische Diagnose war die einer Persönlichkeitsstörung. 42 Patienten hatten ein hohes Suizidrisiko und wurden nach der randomisierten Fallzuordnung aus dem Kontrollgruppenvergleich herausgenommen. Sie erhielten dasselbe Nachsorgeangebot wie die Experimentalgruppe.

Den 71 Patienten der Experimentalgruppe wurden über einen Zeitraum von 6 Monaten wöchentliche ambulante Termine angeboten, die außerhalb des R. P. T. C. durch einen Psychiater oder einen Sozialarbeiter bereitgestellt wurden. Hielte ein Patient einen vereinbarten Termin nicht ein, so wurde er zu Hause aufgesucht. Zusätzlich wurde den Patienten der Experimentalgruppe ein telefonischer Bereitschaftsdienst angeboten, der durch die „Samaritans“ vermittelt war (über diese Organisation s. Fox 1962). Den 84 Patienten der Kontrollgruppe wurde demgegenüber bei der Entlassung ein Termin für ein ambulantes Gespräch mit dem Psychiater oder Sozialarbeiter gegeben, auf dessen Einhaltung jedoch kein Einfluß genommen. Alle Patienten konnten nach durchschnittlich 6 Monaten nachuntersucht werden. Als Erfolgskriterien des Nachsorgeprogramms wurde die Parasuizid-Wiederholungsrate (nach Angabe des Patienten), die Besserung des psychopathologischen Befundes (Globaleinschätzung durch den Untersucher) und der sozialen Adaptation (Probleme mit Geld, Wohnung und Arbeit global beurteilt durch den Untersucher) herangezogen.

Innerhalb des Katamnesezeitraums hatten 24% der Experimentalpatienten und 23% der Kontrollgruppe eine oder mehrere parasuizidale Handlungen unternommen. Der psychopathologische Befund erschien nach den 6 Monaten bei 37% der Experimentalgruppe und bei 31% der Kontrollgruppe gebessert. Beide Differenzen erreichen keine statistische Signifikanz. Eine Verbesserung der sozialen Adaptation nach den obengenannten Kriterien ergab sich bei 63% der Experimentalgruppe, aber nur bei 31% der Kontrollpatienten. Dieses Ergebnis ist hochsignifikant.

Tabelle 1. Übersicht der experimentellen Studien

| Autor(en) | Chowdhury et al. (1973) | Welu und Picard (1974) | Ettlinger (1975) | (3) | Litman und Wold (1976) | (4) |
|-------------------|--|---|---|---|----------------------------|-----|
| Fragestellung | Int. aktiv geg. int. passiv int. u. ext. passiv | Int. u. ext. aktiv geg. int. u. ext. passiv | Int. aktiv geg. ext. passiv | Int. u. ext. aktiv geg. int. u. ext. passiv | | |
| Method. Ansatz | Random. Kontr.-Grp.-Vergl. | Random. Kontr.-Grp.-Vergl. | Kontr.-Grp.-Vergl. zeitvers. | Kontr.-Grp.-Vergl. | Random. Kontr.-Grp.-Vergl. | |
| Stichprobe | Wiederh. Parasuizid, <i>n</i> =197 | Suizidversuch, <i>n</i> =120 | Suizidversuch, <i>n</i> =1351 | Suizidgefährdete, <i>n</i> =400 | | |
| Ausgeschl. | Hohes Suizidrisiko | Jugendl. unter 16 J., Heimbewohner | — | — | | |
| Exper. Versorgung | Wöchentl. ambul. Termine, Hausbesuche, Telefonbereitschaft | Wöchentl. Kontakt, Therapie, i. e. S. unter- schiedl. Motiv. zu extern. Behandl. | 3 ambul. Termine nach 1, 6 und 12 Monaten | Wöchentl. Kontakte i. S. e. „befrieding“, zusätzl. externe Therapeuten | | |
| Dauer | 6 Monate | 4 Monate | 1 Jahr | 1½ Jahre | | |
| Professional. | Professionell | Profess. u. paraprofess. | Professionell | Profess. u. paraprofess. | | |
| Inanspruchn. | 80% | 85% | 97,4% | 100% ? | | |
| Ausfälle | ? | ? | ? | ? | | |
| Kontr. Versorgung | Unverbindliches Kontaktangebot | Ambulantes Termin- angebot oder Hospitali- sierung | Überweisung an ex- terne Therapeuten in 50% der Fälle | Kriseninterventions- angebot in 70% der Fälle | | |
| Dauer | — | — | ? | ? | | |
| Professional. | Professionell | Professionell | Professionell | Paraprofessionell | | |
| Inanspruchn. | ? | ? | ? | ? | | |
| Ausfälle | ? | ? | ? | ? | | |

| | Katastrophenzeitpunkt | 6 Monate 100% ? | 4 Monate EG 90% / KG 50% | 5 Jahre Keine individ. Nach- untersuchg. | 2 Jahre 68% |
|-------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------------|--|----------------|
| <hr/> | | | | | |
| Erfolg: | | | | | |
| Suizidrate | e | e | d | d | d |
| Wiederholte Suizidvers. | d | b | c | c | d |
| Psychopath. | c | d | c | c | c |
| Soz. Adapt. | a | d | d | c | c |

Erläuterung:
 a Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe hochsignifikant gebessert
 b Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe signifikant gebessert
 c Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe nicht signifikant gebessert
 d kein Unterschied
 e entfällt

Tabelle 1 (Fortsetzung)

| | | | | | | | |
|-------------------|---|--|-----------------------------|---|--|-----|-------------------------------|
| Autor(en) | Motto (1978) | (5) | Wulliemier et al. (1979) | (6) | Gibbons et al. (1978) | (7) | Liberman und Eckman (1981) |
| Fragestellung | Int. aktiv geg. kein Kont. | Int. aktiv geg. int. passiv | Int. aktiv geg. int. passiv | Int. passiv geg. ext. passiv | Vergl. versch. Therapiemethoden intern | | |
| Method. Ansatz | Random. Kontr.-Grp.-Verg. | Kontr.-Grp. Verg. zeitvers. | | Random. Kontr.-Grp.-Verg. | Random. Kontr.-Grp.-Verg. | | |
| Stichprobe | Nicht motivierte Suizidenten u. Gefährdete n=862 | Suizidversuch, n=326 | Suizidversuch, n=400 | Suizidversuch, n=400 | Wiederholter Suizidversuch, n=24 | | |
| Ausgeschl. | — | — | — | Jugendliche unter 17 J., psychiatr. Erkr., hohes Risiko | Psychosen, organ. Psychosyndrome, Alkohol, Drogen | | |
| Exper. Versorgung | 24mal Kontakt aufnahme telefonisch oder schriftlich Motiv. zu ext. Therapie | 5 angekündigte Wiedereinbestellungen, falls nicht in regelmäßiger Behandlung | | Krisenintervention | Intensives stat. verhalfenstherapeutisches Programm mit ambul. Nachbetreuung | | |
| Dauer | 5 Jahre | 2 Jahre | 3 Monate | | 9 Monate | | |
| Professional. | Professionell | Professionell | Paraprofessionell | | Professionell | | |
| Inanspruchn. | 51,6% | 72% | ? | | 100% | | |
| Ausfälle | 3% | ? | ? | | e | | |
| Kontr. Versorgung | e | | | Überweisung an externe Therapeuten | Intensives stat. introsp. Psychotherapieprogramm mit ambul. Nachbetreuung | | |
| Dauer | e | ? | ? | | 9 Monate | | |
| Professional. | e | Professionell | Professionell | | Professionell | | |
| Inanspruchn. | e | 45% | ? | | 100% | | |
| Ausfälle | e | ? | ? | | e | | |

| | Katamnesezeitpunkt | 5 Jahre Keine indiv. Nach- untersuchg. | 2 Jahre 88% | 1 Jahr 88% | 2 Jahre 100% |
|-------------------------|--------------------|--|----------------|---------------|--|
| Erfolg: | | | | | |
| Suizidrate | b | d | e | e | e |
| Wiederholte Suizidvers. | e | b | d | d | Beide Gruppen signifi- kant gebessert |
| Psychopath. | c | e | d | d | b |
| Soz. Adapt. | c | c | c | c | c |

Erläuterung: ^a Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe hochsignifikant gebessert
^b Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe signifikant gebessert
^c Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe nicht signifikant gebessert
^d kein Unterschied
^e entfällt

Die Autoren werteten die Verbesserung der sozialen Adaptation als einen Erfolg des experimentellen Nachsorgeprogramms, wenn es auch sein primäres Ziel, die Reduktion der Parasuizid-Wiederholungsrate, nicht erreichen konnte. Sie zogen die Möglichkeit in Betracht, daß sich bei einer längeren Dauer des experimentellen Nachsorgeangebotes auch ein Einfluß auf die Häufigkeit parasuizidalen Verhaltens gezeigt hätte. Bei dieser Studie dürfte die Unschärfe des „Parasuizid“-Begriffs einen großen Einfluß auf die Ergebnisse gehabt haben. Sie spiegelt sich in der Häufigkeit von Abhängigkeiten in der Ausgangsstichprobe und in der auffallend hohen Rezidivquote. Es bleibt unklar, inwieweit es sich dabei um Suizidversuche im engeren Sinne oder um „parasuizidale“ Pausen und Gesten handelte. Darüber hinaus wird die Aussagekraft der Untersuchung durch die Herausnahme der Patienten mit hohem Suizidrisiko geschmälert.

Welu und Picard (1974) (Welu 1977) untersuchten 120 Patienten, die nach einem Selbstmordversuch auf der Intensivstation einer Universitätsklinik in Pittsburgh (USA) aufgenommen worden waren und im Einzugsbereich des zuständigen gemeindepsychiatrischen Zentrums wohnten. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 29 Jahre. Frauen, Farbige, Ledige, getrennt Lebende und Geschiedene sowie Arbeitslose waren überrepräsentiert. 60% hatten schon früher einen Suizidversuch unternommen, 40% hatten Alkoholprobleme. Von der Studie ausgeschlossen waren Jugendliche unter 16 Jahren, in einem Wohnheim lebende Studenten und Personen, die in einer Anstalt oder in einem Heim untergebracht waren.

Mit den 63 Patienten der Experimentalgruppe wurde unmittelbar nach der Krankenhausauflassung durch eine Krankenschwester, einen Sozialarbeiter oder einen Gemeindehelfer, die nicht im Krankenhaus beschäftigt waren, Kontakt aufgenommen. Das jeweils zuständige Teammitglied suchte die Patienten möglichst zu Hause auf, um eine Beziehung zu ihnen herzustellen. Über einen Zeitraum von vier Monaten hielten die Teammitglieder wöchentlichen oder zumindest 14-tägigen Kontakt mit dem Patienten. Die jeweils angewandte Behandlungsweise wurde von den individuellen Erfordernissen abhängig gemacht und entweder von den Teammitgliedern selbst oder von externen Therapeuten durchgeführt. Im letzteren Fall hatten die Teammitglieder die Aufgabe, den Behandlungsverlauf zu verfolgen. Den Patienten der Kontrollgruppe wurde lediglich die Routineversorgung zuteil. Aus den wenigen Hinweisen geht hervor, daß es sich dabei um ein fakultatives psychiatrisches Interview während des stationären Aufenthaltes und um eine unverbindliche Terminvereinbarung mit dem gemeindepsychiatrischen Dienst handelte oder aber um eine Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus. Auf die Inanspruchnahme der angebotenen Möglichkeiten durch die Patienten wurde kein Einfluß genommen. Nach vier Monaten konnten 90% der Experimentalgruppe, aber nur knapp die Hälfte der Kontrollpatienten nachuntersucht werden. Als Kriterien des Interventionserfolges wurden verwendet die Suizidversuchs-Wiederholungsrate, das Ausmaß von Alkoholmissbrauch und die Häufigkeit von absichtlichen Unfällen (nach Angaben des Patienten und Fremdbeurteilung durch das Umfeld), die Depressivität (Self Rating Depression Scale nach Zung 1965) und die soziale Adaptation (Community Adaptation Schedule nach Roen und Burnes 1966).

Innerhalb des Zeitraumes von vier Monaten hatten 4,8% der Experimentalgruppe, jedoch 15,8% der nachuntersuchten Kontrollpatienten erneut einen Suizidversuch unternommen. Diese Differenz ist auf dem 2%-Niveau statistisch signifikant. Der Alkoholmißbrauch war in der Experimentalgruppe signifikant gebessert, nicht aber in der Kontrollgruppe. Die Häufigkeit absichtlicher Unfälle war bei beiden Gruppen etwa gleich groß. Die Autoren räumten die Unschärfe dieses Kriteriums ein und maßen ihm kein großes Gewicht bei. Die Einschätzung der Depressivität und der sozialen Adaptation ergab ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede. Nach Ansicht der Autoren sprechen diese Ergebnisse für eine Effektivität des experimentellen Nachsorgeprogramms zumindest über den beobachteten Zeitraum.

Der Häufigkeitsunterschied von Suizidversuchen zwischen den Vergleichsgruppen ist beeindruckend und spricht, isoliert betrachtet, für die Effektivität des experimentellen Nachsorgeprogramms. Angesichts der niedrigen Ausschöpfungsquote bei der Nachuntersuchung der Kontrollgruppe wäre es aber wichtig gewesen, die Repräsentativität der nachuntersuchten Patienten für die Ausgangsstichprobe zu prüfen. Die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen könnten allein durch Selektionseffekte bei der Nachuntersuchung bedingt sein. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, daß der nach vier Monaten gewählte Nachuntersuchungszeitpunkt gerade in den Bereich einer sehr großen Dichte von Suizidversuchen fällt. Dies bedeutet, daß schon eine geringfügige Verschiebung des Untersuchungszeitpunktes möglicherweise eine starke Veränderung der Ergebnisse bewirkt hätte. Eine zweite Messung, etwa nach einem Jahr, hätte Aufschluß darüber geben können, ob sich der nach vier Monaten abzeichnende Trend fortsetzt, oder ob es sich, wie angedeutet, um ein Artefakt durch ungünstige Wahl des Meßzeitpunkts handelt.

Ettlinger (1975) untersuchte die große Zahl von 1351 Patienten, die nach einem schweren Selbstmordversuch in ein Stockholmer Allgemeinkrankenhaus aufgenommen worden waren. Die Stichprobe war grob charakterisiert durch ein Überwiegen von Frauen, von Angehörigen der mittleren Altersgruppen und der niedrigen sozialen Schichten. Bei fast allen Patienten wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, daneben standen bei den weiblichen Patienten neurotische Depressionen, bei den Männern Alkoholprobleme im Vordergrund. In dieser Studie wurde die Kontrollgruppe zeitversetzt rekrutiert. Als Experimentalpatienten fungierten Personen, die von 1964–1966 behandelt worden waren, die Kontrollgruppe bestand aus den zwischen 1961 und 1964 versorgten Suizidenten. Das Behandlungsprogramm während des stationären Aufenthaltes war für beide Gruppen gleich und umfaßte Einzelgespräche, Kurzpsychotherapie und eine Kontaktaufnahme mit den Angehörigen. Die Therapeuten waren Psychiater oder psychiatrische Assistenzärzte.

Die 681 Patienten der Kontrollgruppe erhielten kein über das Routineprogramm hinausgehendes geregeltes Nachsorgeangebot. Etwa die Hälfte von ihnen wurde ohne weitere Maßnahme nach Hause entlassen, ein Drittel kam in psychiatrische Behandlung, die übrigen Patienten wurden an andere Institutionen verwiesen. Mit den Patienten der Experimentalgruppe wurden 3 feste ambulante Wiedervorstellungstermine vereinbart, nach einem Monat, nach sechs Monaten und nach einem Jahr. Die Patienten konnten auch darüber hin-

aus Kontakt aufnehmen. Erforderlichenfalls wurden sie zu Hause aufgesucht. In vielen Fällen hatten die Patienten Kontakt zu externen Therapeuten oder Institutionen. Diese Form des Kontaktes kam bei 97,4% der Patienten zustande. Nach fünf Jahren wurde aus der amtlichen Statistik die Suizidrate für die gesamte Patientenstichprobe ermittelt. Etwa jeweils ein Drittel der Patienten der Vergleichsgruppen konnte ausführlich persönlich nachuntersucht werden. Als Erfolgskriterien für das experimentelle Nachsorgeprogramm dienten die Suizidrate (Medizinalstatistik), die Häufigkeit von Suizidversuchen im Katamnesezeitraum (nach Angaben der Patienten und Bezugspersonen, Krankenhausregister), die Häufigkeit gemeldeter Krankheitsfälle (Versicherungsstatistik), die Kriminalität (Kriminalstatistik), das Ausmaß von Alkoholmißbrauch (Statistik einer Stockholmer Einrichtung zur Kontrolle der Alkoholrestriktion, „Temperance Board“) und die Inanspruchnahme von Sozialhilfe (Sozialstatistik).

Innerhalb des Fünfjahreszeitraums hatten sich in der Experimentalgruppe 12% der Männer und 11% der Frauen das Leben genommen, in der Kontrollgruppe 16% bzw. 9%. Diese Unterschiede erreichen keine statistische Signifikanz. Die Häufigkeit erneuter Suizidversuche betrug in der Experimentalgruppe 39% bei den Männern und 20% bei den Frauen, in der Kontrollgruppe 32% bzw. 25%. Auch diese Differenz ist nicht statistisch signifikant. In bezug auf die weiteren Erfolgskriterien wurde ebenfalls kein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen erkennbar. Die Autorin zog aus diesen Ergebnissen den Schluß, das experimentelle Nachsorgeprogramm sei zur Verhütung suizidalen Verhaltens ungeeignet.

Wie Ettlinger selbst hervorhob, muß aber das Ausbleiben eines deutlicheren Erfolges vor dem Hintergrund einer stetigen Zunahme der Suizid- und Suizidversuchsraten in dem Zeitraum zwischen der Rekrutierung der Kontroll- und Experimentalgruppe gesehen werden. Dieser Anstieg betrug für Männer 16% und für Frauen 22%. Bei der relativ großen Stichprobe dieser Studie ist durchaus damit zu rechnen, daß dieser statistische Trend auch auf das Ergebnis der Untersuchung durchgeschlagen und die mögliche Wirkung des Nachbetreuungsprogrammes neutralisiert hat. Zu erwägen ist ferner, ob die strukturelle und insbesondere die inhaltliche Differenz zwischen den miteinander verglichenen Behandlungsprogrammen ausgeprägt genug ist, um einen eventuellen Unterschied der Effektivität spezifisch darauf beziehen zu können. Die psychiatrische Betreuung während des stationären Aufenthaltes dürfte für beide Gruppen gleichermaßen sehr intensiv gewesen sein und mindestens die Hälfte der Kontrollpatienten könnten extern eine ähnliche Betreuung erfahren haben wie die Patienten der Experimentalgruppe. Die weicheren Erfolgskriterien, d. h. die Parameter der sozialen Adaptation, wurden in dieser Studie nicht vom Patienten oder einer Bezugsperson, sondern über administrative Register erhoben. Darin liegt einerseits der Nachteil, daß sich etwa eine Besserung der sozialen Adaptation, die durch die Nachbetreuung bewirkt wurde, nicht notwendigerweise auch offiziell niederschlagen muß. Andererseits ist diese Form der Erfolgsbeurteilung zuverlässiger als etwa die Globaleinschätzung durch den Untersucher aufgrund eines Interviews.

Litman und Wold (1976) (Litman 1975) gingen der Frage nach, ob ein über längere Zeit fortgesetzter aktiv-nachgehender, nichtprofessioneller Kontakt mit

Suizidgefährdeten einer herkömmlichen Kriseninterventionsstrategie überlegen sein kann. Die Ausgangsstichprobe dieser Studie bestand aus 400 Anrufern eines Telefonnotrufdienstes mit einem hoch eingeschätzten Suizidrisiko.

Das experimentelle Nachsorgeprogramm für 200 Patienten begann mit einer persönlichen Kontaktaufnahme durch einen ausgewählten Laienhelfer mit dem Ziel, eine längerfristige Beziehung zum Patienten herzustellen. Diese bestand im Durchschnitt aus wöchentlichen persönlichen oder zumindest telefonischen Kontakten unter Einbeziehung von Gruppengesprächen. Sie wurde im Mittel über 18 Monate fortgesetzt. Die Patienten wurden darüber hinaus ermuntert, alle erforderlich erscheinenden und zur Verfügung stehenden Einrichtungen der psychosozialen Versorgung in Anspruch zu nehmen. Im Gegensatz zu dieser aktiv-nachgehenden Versorgungsstrategie erhielten die 200 Kontrollpatienten nur ein unverbindliches Kriseninterventionsangebot, auf dessen Inanspruchnahme kein Einfluß genommen wurde.

Nach 2 Jahren fanden sich in der Experimentalgruppe 7 Suizide, in der Kontrollgruppe waren es 2. Diese Differenz ist statistisch nicht signifikant. Die Häufigkeit von Suizidversuchen war bei beiden Gruppen nach den Angaben der Patienten etwa gleich hoch. Dagegen schnitt die Experimentalgruppe in bezug auf die Selbstbeurteilung einiger sozialer Parameter besser ab: ein größerer Anteil der Patienten hatte zum Katamnesezeitpunkt einen Arbeitsplatz und eine Partnerbeziehung, sie nahmen mehr Hilfsmöglichkeiten wahr als die Kontrollpatienten und waren eher bereit, Hilfe anzunehmen. Auch bezüglich des Alkoholmißbrauches war die Experimentalgruppe im Vorteil.

In der Diskussion ihrer Ergebnisse schlossen die Autoren eine ungleiche Verteilung des Suizidrisikos zwischen den beiden Gruppen trotz der Randomisierung nicht aus. Sie hielten es auch für möglich, daß das Nachsorgeangebot in einigen Fällen unrealistische Erwartungen gefördert und so die suizidale Tendenz verstärkt haben könnte. Diese wichtigen Überlegungen wurden jedoch nicht durch eine eingehende Beschreibung der Interventionen weiter verfolgt. Da die Parameter der Besserung der sozialen Adaptation nur auf der Selbstbeurteilungsebene erfaßt worden sind, müssen sie als alleiniges Erfolgskriterium skeptisch beurteilt werden. Zu denken gibt der Umstand, daß die Patienten der Experimentalgruppe zwar mehr professionelle und nichtprofessionelle Hilfsmöglichkeiten in Anspruch genommen haben, daß also die Motivationsarbeit der Laienhelfer erfolgreich war, dennoch aber die Suizidrate in der Kontrollgruppe niedriger lag, wenn auch statistisch nicht signifikant.

Motto (1972, 1974, 1975, 1978) untersuchte die suizidprophylaktische Wirksamkeit eines über längere Zeit aufrechterhaltenen persönlichen Kontaktes ohne therapeutische Intention im engeren Sinne an Selbstmordgefährdeten mit einer sehr geringen Therapiemotivation. Es handelte sich insgesamt um 862 depressive oder suizidale Patienten, die in einem psychiatrischen Krankenhaus in San Francisco aufgenommen wurden und eine Nachbetreuung entweder ablehnten oder noch vor Ablauf eines Monats abbrachen. Als suizidal galten dabei Patienten mit Suizidgedanken, -ankündigungen oder -versuchen.

Die 411 Experimentalpatienten sollten in regelmäßigen Abständen, und zwar insgesamt 24mal innerhalb von 5 Jahren nach der Krankenhausaufnahme einen

Brief, seltener einen Telefonanruf, von dem Therapeuten erhalten, der schon während der stationären Behandlung Kontakt mit ihnen aufgenommen hatte. Darin wurde dem Patienten Besorgnis über seine gegenwärtige Lebenssituation zum Ausdruck gebracht und um eine Antwort gebeten. Bei 18% der Patienten konnte dieses Programm vollständig absolviert werden, eine teilweise Aufrechterhaltung des Kontaktes war in 33,6% möglich, nach einigen Kontakten aufgegeben werden mußten 45,5%, nur etwa 3% der Patienten lehnten eine Kontaktaufnahme ab. Mit den Patienten der Kontrollgruppe wurde keine Verbindung aufgenommen. Nach 1½, 2½ und 5 Jahren wurden die Suizidraten der beiden Vergleichsgruppen ermittelt.

Die Suizidrate der Patientengruppe, bei der eine regelmäßige Kontaktaufnahme versucht wurde, war bei allen Meßpunkten niedriger als die der Kontrollgruppe ohne Kontakt. Am deutlichsten unterschieden sich die Suizidraten im 3. Jahr nach der Krankenhausentlassung, und nur hier erreichte ihre Differenz statistische Signifikanz. Nach 5 Jahren begannen sich die Suizidraten wieder anzunähern. Diese Ergebnisse bestätigen, für sich betrachtet, die Wirksamkeit der experimentellen Versorgungsstrategie.

Motto wies darauf hin, daß die Konvergenz der Suizidraten aus den bisher vorliegenden Daten nicht endgültig zu beurteilen ist, da sie sowohl Ausdruck eines längerfristig anhaltenden Trends als auch einer nur temporären Entwicklung sein kann.

Den zunächst überzeugenden Resultaten dieser Studie muß aber der sehr unbefriedigende Therapieerfolg bei der bisher unerwähnten behandelten Patientengruppe entgegengehalten werden. Die Suizidrate der 1929 Personen, die nach der Kontaktaufnahme ein Therapieangebot länger als einen Monat in Anspruch genommen hatten, lag während des gesamten Beobachtungszeitraumes noch etwas höher als die Suizidrate der unmotivierten Patienten, mit denen keine Verbindung aufgenommen wurde. Diese Tatsache könnte auf eine unzureichende Behandlung zurückgeführt werden. Wahrscheinlich ist sie aber ein Hinweis darauf, daß die Spontanselektion zwischen therapiemotivierten und unmotivierten Patienten – sofern die Inanspruchnahme einer Behandlung überhaupt der freien Entscheidung des Patienten überlassen war – einen direkten Vergleich dieser Subpopulationen nicht mehr gestattet. Ohne eingehende Beschreibung des Krankengutes ist nicht auszuschließen, daß die unmotivierten Patienten auch die weniger suizidgefährdeten waren. Eine randomisierte Fallzuordnung zwischen einer Behandlung im herkömmlichen Sinn und einem Kontaktangebot der beschriebenen Art, oder aber der Vergleich einer Behandlungsgruppe mit bzw. ohne anschließendem Kontakt hätte für die Fragestellung der Evaluation suizidprophylaktischer Versorgungsprogramme weiterreichende Aufschlüsse geben können. Aber selbst wenn die beiden von Motto verglichenen Patientengruppen (Kontakt gegenüber kein Kontakt) ein relativ niedriges Suizidrisiko hatten, scheint das Aufrechterhalten einer regelmäßigen persönlichen Verbindung einen Selbstmordverhütenden Effekt zu haben. Unklar bleibt, ob es sich dabei um eine direkte Wirkung des Kontaktangebotes handelt oder um einen über die vermehrte Inanspruchnahme von Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten vermittelten indirekten Einfluß.

Wulliemier et al. (1979) untersuchten 326 Patienten, die nach einem Selbstmordversuch in einem Allgemeinen Krankenhaus in Lausanne aufgenommen worden waren. In dieser Stichprobe waren Frauen deutlich überrepräsentiert, 23% der Patienten hatten schon früher einen Suizidversuch unternommen.

Allen 326 Patienten wurde eine klinikinterne ambulante supportive Psychotherapie unter Einbeziehung des Lebenspartners oder der Familie angeboten, darüber hinaus auch Krisenintervention und gelegentlich eine stationäre Psychiatrische Krankenhausaufnahme. Den 160 Patienten der Experimentalgruppe wurde vor der Entlassung angekündigt, daß nach 1, 3, 6, 12 und 24 Monaten mit ihnen Kontakt aufgenommen würde, falls sie nicht in regelmäßige ambulante Behandlung kämen. Die 166 Patienten der Kontrollgruppe wurden ohne Ankündigung einer derartigen Überprüfung entlassen.

Nach 2 Jahren hatten 2 Patienten der Experimentalgruppe und 5 der Kontrollgruppe Selbstmord verübt. Dieser Unterschied erreicht keine statistische Signifikanz. 10,5% der Experimentalpatienten hatten innerhalb der 2 Jahre einen erneuten Suizidversuch unternommen, dagegen 18,5% der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied liegt an der Grenze der statistischen Signifikanz.

Wie die Autoren selbst einräumten, müssen diese Ergebnisse mit großer Vorsicht interpretiert werden. Soweit Art, Intensität und Dauer der im Einzelfall zustande gekommenen Behandlung überhaupt erfaßt worden sind, lassen diese Daten darauf schließen, daß diesbezüglich zwischen Experimental- und Kontrollpatienten keine großen Unterschiede bestanden haben. Die wesentliche Differenz zwischen den beiden Nachsorgestrategien liegt in der offen angekündigten regelmäßigen Überwachung der Experimentalpatienten über den Zeitraum von 2 Jahren. Die höhere Effizienz des experimentellen Versorgungsprogrammes, die sich in den Katamnesedaten abzeichnet, dürfte somit in der Verbesserung der Inanspruchnahme des Behandlungsangebotes begründet sein.

2.2. Vergleich klinikinterner mit klinikexterner Versorgung

Gibbons et al. (1978) nahmen in ihre Studie 400 Patienten auf, die nach einem Suizidversuch in einem Allgemeinkrankenhaus in Southampton, England, eingeliefert worden waren. Ausgeschlossen wurden Patienten unter 17 Jahren, Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung oder einem hohen Suizidrisiko und Patienten, die sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung befanden.

Die Nachbetreuung der 200 Experimentalpatienten bestand aus einer krisenorientierten, auf 3 Monate begrenzten therapeutischen Intervention durch Sozialarbeiter, die noch während des stationären Aufenthaltes mit ihnen in Verbindung traten. Die 200 Patienten der Kontrollgruppe wurden in 54% zum Hausarzt und in 33% zu einem niedergelassenen Nervenarzt überwiesen. Nach 4 Monaten bzw. 1 Jahr wurden die Patienten nachuntersucht. Als Erfolgskriterien dienten die Suizidversuchswiederholungsrate (Angabe des Patienten, Krankenhausaufnahmelisten), die Inanspruchnahme psychiatrischer und sozialer Hilfen (Angaben des Patienten und Unterlagen entsprechender Einrichtungen), die Depressivität bei Nachuntersuchung (Depressionsskala nach Beck et al. 1961), die soziale Adaptation (nach Angaben des Patienten mit unklaren Beurteilungskriterien bei Nachuntersuchung eingeschätzt) und die Zufriedenheit mit der Nachsorge (Angaben des Patienten bei Nachuntersuchung).

Dabei zeigte sich, daß nach einem Jahr 13,5% der Experimentalgruppe und 14,5% der Kontrollgruppe erneut suizidal geworden waren. 39% der Experimentalpatienten, aber 61% der Kontrollpatienten hatten psychiatrische oder soziale Hilfen in Anspruch genommen. Nur bei einer randomisierten Hälfte aller Patienten wurde nach 4 Monaten die Depressivität eingeschätzt. Diesbezüglich ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Die soziale Adaptation war nach 4 Monaten bei 35% der Experimentalpatienten, aber nur bei 26,5% der Kontrollpatienten gebessert, mit der Nachsorge erklärten sich 48% bzw. 15% zufrieden. Nach Ansicht der Autoren war das experimentelle Nachbetreuungsprogramm der Routineversorgung in bezug auf eine Reduktion suizidalen Verhaltens nicht überlegen, wenn es auch von den Patienten mehr geschätzt wurde.

Auch diese Studie schließt die Patienten mit höherem Suizidrisiko aus dem Gruppenvergleich aus und verzichtet somit auf den möglicherweise empfindlichsten Indikator für die Effektivität eines suizidprophylaktischen Versorgungsprogrammes. Man erfährt nichts über die tatsächlich stattgehabte Versorgung der Kontrollpatienten durch niedergelassene Ärzte. Möglicherweise ist ein Teil von ihnen sogar intensiver betreut worden als die Experimentalpatienten. Die Art der Anwendung der weichen Erfolgskriterien dieser Studie erlaubt ebenfalls keine schlüssige Aussage über die Effizienz des Nachbetreuungsprogramms.

2.3. Vergleich verschiedener psychotherapeutischer Methoden

Liberman und Eckman (1981) verglichen die suizidprophylaktische Effizienz eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammes mit der einer tiefenpsychologisch ausgerichteten (insight-oriented) Psychotherapie. Die Untersuchung wurde an einer psychiatrischen Forschungsabteilung in Kalifornien durchgeführt; die Patientenstichprobe bestand aus 24 Personen, die nach einem Suizidversuch an diese spezielle Einrichtung überwiesen worden waren. Nicht in die Studie aufgenommen wurden Patienten mit Psychosen, mit organischen Psychosyndromen, mit aktuellen Alkohol- und Drogenproblemen. Alle Patienten hatten innerhalb der vorhergehenden 2 Jahre mindestens schon einen Suizidversuch unternommen. Frauen waren stark überrepräsentiert, das Durchschnittsalter betrug 29,7 Jahre. Alle Patienten wurden als depressiv-neurotisch diagnostiziert, in den meisten Fällen wurde darüber hinaus eine Persönlichkeitsstörung angenommen.

Die beiden miteinander verglichenen Patientengruppen durchliefen zunächst ein 10tägiges, straff organisiertes, stationäres Behandlungsprogramm mit 4 Therapiestunden pro Tag. Bei der verhaltenstherapeutischen Gruppe bestand es aus einem Training sozialer Fertigkeiten (17 h), einem Angstbewältigungstraining (10 h) und einem Familienkommunikationstraining (5 h). Das Programm der Vergleichsgruppe umfaßte zunächst individuelle Psychotherapie (17 h), anschließend Psychodrama (10 h) und schließlich Familientherapie (5 h). Die äußeren Bedingungen während des stationären Aufenthaltes wurden für beide Gruppen gleich gehalten. Die Zusammensetzung des Therapeuten-Teams aus einem Psychiater, klinischen Psychologen, psychiatrischen Sozialarbeitern und psychiatrisch geschultem Krankenpflegepersonal zeigt seinen professionellen Charakter. Die Patienten beider Gruppen wurden nach Abschluß der statio-

nären Behandlung zur Inanspruchnahme weiterer psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten motiviert. Siebenmal innerhalb von 9 Monaten wurden sie ambulant einbestellt. Nach 2 Jahren konnten alle 24 Patienten nachuntersucht werden. Als Erfolgskriterien wurden verwendet die Selbstmordversuchs-Wiederholungsrate, die Depressionsskalen nach Beck et al. (1961) und Zung (1965), das Minnesota Multiphasic Inventory (MMPI), ferner drei verhaltenstherapeutische Schätzskalen und ein strukturiertes Interview über Suizidgedanken und -absichten.

Während in dem Zweijahreszeitraum vor Beginn der Studie die 24 Patienten zusammengekommen 70 fremdanamnestisch bestätigte Suizidversuche unternommen hatten, waren es im Zweijahreszeitraum nach Beginn der Untersuchung nur 11. Die Differenz ist statistisch hochsignifikant. Bezuglich dieses Erfolgskriteriums war keine der beiden Behandlungsformen eindeutig im Vorteil, die 11 Suizidversuche wurden von 3 Patienten aus der verhaltenstherapeutischen und von 2 Patienten der Vergleichsgruppe ausgeführt. Hinsichtlich der Depressivität, beurteilt mit den drei erstgenannten Schätzskalen, lagen vor Therapiebeginn beide Gruppen dicht beisammen: am Ende der stationären Behandlungsphase, also nach 10 Tagen, war die verhaltenstherapeutische Gruppe in deutlich höherem Maße gebessert als die Vergleichsgruppe. Die Differenzen erreichen statistische Signifikanz. Mit zunehmender Katamnesedauer jedoch rückten beide Gruppen auf allen drei genannten Skalen wieder näher zusammen. Am zeitlichen Verlauf der Schätzwerte fällt auf, daß sich in allen drei Instrumenten für die mit tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie behandelten Patienten eine langsame, aber stetige Besserung bis zum letzten Meßpunkt nach 9 Monaten abzeichnet, für die verhaltenstherapeutische Gruppe dagegen eine anfänglich deutlichere und raschere Besserung, dann aber ein schwankender Verlauf, der keinen eindeutigen Trend erkennen läßt. Auch auf den übrigen Skalen, auf die in dieser Übersichtsarbeit nicht näher eingegangen werden kann, bildet sich die anfängliche Überlegenheit der Verhaltenstherapie und die nachfolgende Konvergenz der Ergebnisse ab. Die beiden Gruppen lagen bezüglich der Häufigkeit von Suizidgedanken (suicidal ideation) 3 Monate nach Abschluß der stationären Behandlung sehr dicht beisammen. In der Verhaltenstherapiegruppe nahm bis zum 9. Monat die Anzahl von Patienten mit Suizidgedanken ab, war aber bei der Katamnese wieder angestiegen. In der Vergleichsgruppe hatte eine steigende Anzahl von Patienten Suizidgedanken. Die Suizidabsichten (suicidal plans) blieben bei fast allen verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten über den gesamten Untersuchungszeitraum vage, dagegen gab gleichbleibend etwa ein Drittel der Vergleichspatienten konkrete Suizidabsichten an.

Die deutliche Abnahme der Suizidversuche in beiden Patientengruppen über den Gesamtbeobachtungszeitraum von 4 Jahren und die Besserung der Depressivität sprechen für die suizidprophylaktische Wirksamkeit beider Behandlungsweisen. Allerdings war die Patientenstichprobe sehr klein und positiv selektiert, besonders durch den Ausschluß von Drogen- und Alkoholabhängigen, deren Prognose in bezug auf weitere Suizidversuche besonders ungünstig ist (Sainsbury 1975; Pöldinger und Sonneck 1980). Gegen die Effizienz scheint die Zunahme der Suizidgedanken in beiden Gruppen zum Katamnese-

zeitpunkt und die Angabe von konkreten Suizidabsichten bei einem Drittel der tiefenpsychologisch behandelten Patienten zu stehen. Es muß jedoch berücksichtigt werden, daß diese subjektiven Einschätzungen sehr weiche Erfolgskriterien darstellen, verglichen etwa mit der Häufigkeit von wiederholten Suizidversuchen, daß ferner die Unterscheidung zwischen vagen und konkreten Suizidabsichten nur eine geringe Reliabilität haben dürfte und daß schließlich Suizidgedanken auch in der jüngeren Normalbevölkerung nicht allzu seltene Phänomene sind (Widmer 1979; Okasha et al. 1981). Die Häufigkeit von Suizidgedanken und Suizidabsichten erscheint daher als Maß für die Beurteilung des Therapieerfolges nur eingeschränkt geeignet zu sein. Bezüglich des Vergleiches der beiden Therapieformen sahen die Autoren eine Überlegenheit der Verhaltenstherapie. Diese läßt sich aber mit dem härtesten der eingesetzten Erfolgskriterien, der Suizidversuchs-Wiederholungsrate, nicht begründen. Die Depressivität könnte bei der verhaltenstherapeutisch behandelten Gruppe mittelfristig, d. h. in den ersten Monaten nach der stationären Behandlung, geringer gewesen sein als bei den Vergleichspatienten. Die Konvergenz der Ergebnisse auf allen Schätzskalen zum Katamnesezeitpunkt spricht eher für eine Gleichwertigkeit der beiden Behandlungsprogramme auf längere Sicht. Unklar bleibt der Einfluß externer Therapiemöglichkeiten, zu deren Inanspruchnahme alle Patienten gleichermaßen motiviert wurden. Es wäre eine interessante Anschlußfrage, ob für den Erfolg der Behandlung eher die kurze, aber intensive stationäre Therapie oder die 7 ambulanten Termine oder die Kombination aus beiden Versorgungsbestandteilen entscheidend war. Leider läßt die Wahl der Vergleichsgruppe eine Beantwortung aus den vorliegenden Daten nicht zu.

3. Diskussion

3.1. Vergleichbarkeit der einzelnen Studien

In Tabelle 1 sind jene Variablen zusammengestellt, die für den Erfolg eines Behandlungsprogramms maßgebend sein können. Dabei werden große Unterschiede zwischen den einzelnen Studien deutlich. Die Patientenstichprobe besteht meist aus Suizidenten, ihre Größe schwankt aber erheblich zwischen 24 und 1351. In einigen Fällen ist die untersuchte Population durch den Ausschluß von Patienten mit hohem Suizidrisiko, mit Psychosen oder Abhängigkeitskrankheiten positiv selektiert. Auch die Versorgungstypen weichen sehr weit voneinander ab. Das Spektrum der eingesetzten Behandlungsformen reicht von einem nicht-professionellen Kontaktangebot im Sinne des „befriending“ der Samaritans (Fox 1962) bis zu einer straff strukturierten Kurzpsychotherapie durch ausgebildete Therapeuten. Teilweise sind die Versorgungsprogramme auch aus mehreren Einzelkomponenten zusammengesetzt. Die Inanspruchnahmekoten liegen, soweit sie erwähnt werden, zwischen 72 und 77%. Die Behandlungsdauer bewegt sich zwischen 3 Monaten und 5 Jahren, ähnliche Extremwerte weist die Katamnesedauer auf, sie schwankt zwischen 4 Monaten und 5 Jahren. Schließlich werden zur Beurteilung des Behandlungserfolges keine einheitlichen Kriterien und Erhebungsmethoden angewandt. Wenn sich

Therapiestudien in so hohem Maße voneinander unterscheiden, können sie nicht direkt miteinander verglichen werden und eine einfache Bilanz läßt sich nicht ziehen (Auerbach und Kilman 1977; Bergin und Lambert 1978). Im folgenden wird daher versucht, solche Programme, die im Hinblick auf wichtige methodische und versorgungspraktische Merkmale zumindest annähernd vergleichbar sind, unter dem Gesichtspunkt des Therapieerfolges einander gegenüberzustellen (die in Klammern genannten Zahlen beziehen sich auf die Autoren in Tabelle 1).

3.2. Der Einfluß methodischer Faktoren

Die vier Untersuchungen, in denen die Suizidrate als Kriterium des Behandlungserfolges dient (3, 4, 5, 6), zeichnen sich durch eine verhältnismäßig große Stichprobe, lange Behandlungsdauer und Katamnesezeit aus. Die Suizidrate läßt sich hier als Indikator rechtfertigen. Nur in einem einzigen Fall (5) konnte die Überlegenheit des experimentellen Versorgungsprogrammes nachgewiesen werden. Dieses bestand, wie oben ausführlicher dargestellt, aus einem aktiv nachgehenden, über 5 Jahre aufrechterhaltenen Kontakt zu den Patienten. In 7 Arbeiten diente die Suizidversuchs-Wiederholungsrate als Maß des Erfolges (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8). Nach diesem Kriterium beurteilt war die experimentelle Behandlungsweise der Routineversorgung in 3 Fällen überlegen. Darunter befindet sich keine Studie mit einer positiven Patientenselektion. Sowohl die Dauer des Behandlungsprogramms als auch die Länge der Katamnese ist bei den 3 Untersuchungen mit günstigem Resultat verschieden, so daß ein systematischer Einfluß dieser Faktoren hier nicht angenommen zu werden braucht. Bei näherer Betrachtung der beiden Studien mit dem deutlichsten Behandlungserfolg zeigt sich, daß die Versorgungsleistung im einen Fall (2) durch eine engmaschige Kontaktaufnahme mit intensiver Motivation zu externer Therapie gekennzeichnet ist, im anderen (6) durch eine kontrollierte Inanspruchnahme der klinikeigenen ambulanten Nachsorge. Beide Male könnte der Wirkungsmechanismus des Versorgungsprogramms in einer Verbesserung der Inanspruchnahme verfügbarer Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Die psychopathologische Besserung wurde in 5 Untersuchungen als weiches Erfolgsmaß verwendet (1, 2, 4, 7, 8). Positive Resultate ergaben sich unter diesem Gesichtspunkt dreimal. Dasselbe gilt für das Erfolgskriterium der Besserung der sozialen Adaptation (1, 2, 3, 4, 7). Auch diesbezüglich war das experimentelle Versorgungsangebot in mehr als der Hälfte der Fälle im Vorteil. Allerdings muß beachtet werden, daß in jeweils 2 Untersuchungen die Patientenstichprobe positiv selektiert war. Dieser Umstand schränkt die Aussagekraft der weichen Erfolgskriterien ein.

Die Häufigkeit wiederholter Selbstmordversuche erweist sich für die Evaluation suizidprophylaktischer Programme als besser geeigneter Indikator des Behandlungserfolges als die Suizidrate, die wegen der geringen Grundwahrscheinlichkeit von Selbstmorden zu unempfindlich ist. Die weichen Erfolgskriterien wie Psychopathologie und soziale Adaptation sind offenbar sehr sensibel zur Erfassung von Therapieeffekten und haben den Vorteil, einen umfassenderen Eindruck vom Zustand des Patienten wiederzugeben als die sehr

abstrakte Suizidversuchs-Rezidivrate. Nachteilig ist aber, daß sie als geschätzte Daten anfälliger gegen systematische Verzerrungen sind.

Bei der Gegenüberstellung der Studien mit einer langen Katamnese von über einem Jahr (3, 4, 5, 6, 8) und Untersuchungen mit kurzfristigerer Nachuntersuchung nach maximal 1 Jahr (1, 2, 7) wird ein systematischer Einfluß nicht sichtbar. Der Anteil nachuntersuchter Patienten im Verhältnis zur Ausgangsstichprobe ist besonders dann zu berücksichtigen, wenn der Behandlungserfolg anhand von persönlichen Angaben des Patienten oder auch zusätzlich seines Umfeldes beurteilt wird und nicht, wie im Fall der Suizidrate, aufgrund amtlicher Sterbestatistiken. Sieben Untersuchungen (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8) können unter diesem Gesichtspunkt mit der Suizidversuchswiederholungsrate als Erfolgskriterium einander gegenübergestellt werden. Die Arbeiten mit der gründlicheren Katamnese (2, 6) können bessere Ergebnisse nachweisen. Bei einer davon (2) ist der Katamnesezeitraum von 4 Monaten jedoch extrem kurz, andererseits hat die Studie mit der geringsten Ausschöpfungsquote aber der längsten Nachuntersuchungsdauer (3) diesbezüglich ein positives Resultat ergeben. Auch in bezug auf die beiden Erfolgskriterien Psychopathologie und soziale Adaptation zeigt sich ein ähnliches Bild.

3.3. Einfluß einzelner Versorgungsmerkmale

Mit der Suizidrate als Erfolgsmaßstab kann nur eine von 4 Studien (3, 4, 5, 6) die Überlegenheit eines aktiv-nachgehenden gegenüber einem passiv-abwartenden Behandlungsprogramm nachweisen (5). Mit der Suizidversuchs-Wiederholungsrate als Kriterium ergibt sich in 3 von 5 Fällen (1, 2, 3, 4, 6) ein positives Resultat. In bezug auf Psychopathologie und soziale Adaptation zeichnet sich bei jeweils zwei von vier Studien ein Vorteil der experimentellen Versorgung ab. Dies könnte bedeuten, daß zumindest im Hinblick auf die Prophylaxe von Suizidversuchsrezidiven eine aktiv nachgehende Versorgungsstrategie einer passiv abwartenden überlegen ist.

Nur in 2 Studien (3, 7) liegt der Schwerpunkt der Fragestellung auf dem Vergleich zwischen klinikeigener und anderweitiger Versorgung von Suizidenten. Zu beachten ist, daß die Patientenstichprobe in (7) positiv selektiert, die Therapieintensität in (3) wesentlich höher und die Katamnesezeiträume zwischen den beiden Untersuchungen sehr unterschiedlich sind. In der Studie (3) war die klinikinterne Betreuung besser geeignet, weitere Suizidversuche zu verhindern, als die Überweisung an externe Therapeuten, in (7) waren die intern betreuten Patienten nur in bezug auf die soziale Adaptation in höherem Maße gebessert. Hieraus ergeben sich jedoch keine verallgemeinbaren Folgerungen. In 5 Studien (2, 4, 5, 6, 8) ist ein wesentliches Element des experimentellen Versorgungsprogramms die wiederholte oder kontinuierliche Motivation der Patienten zur Inanspruchnahme teils eigener, teils auch externer Behandlungsmöglichkeiten. Bei einer Untersuchung (5) führte dieses Vorgehen zu einer Reduktion der Suizidrate im Vergleich zur Kontrollgruppe. Bei 2 weiteren Untersuchungen (2, 6) konnte die Anzahl wiederholter Suizidversuche im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant gesenkt werden. In der Studie (8), wo die therapeutische Intensität zwischen Experimental- und Kontrollgruppe weitgehend gleich gehal-

ten wurde, waren sogar beide Patientengruppen – es handelte sich um Patienten mit wiederholtem Suizidversuch – in bezug auf die Rezidivrate signifikant gebessert. Wie schon in 3.2. angedeutet, könnte diese Form der Motivationsarbeit für eine erfolgreiche Versorgung von Suizidenten von entscheidender Wichtigkeit sein.

Der Vergleich von Studien mit einer relativ hohen (3, 4, 8) und einer demgegenüber niedrigeren Inanspruchnahmefrage (1, 2, 5, 6) läßt keinen systematischen Einfluß dieser Variablen erkennen. Dem widerspricht das obige Ergebnis, daß eine intensive Motivationsarbeit besonders erfolgversprechend ist. Sehr wahrscheinlich sind aber die Untersuchungen zu unterschiedlich, um die Bedeutung der Inanspruchnahme als isolierten Faktor sichtbar werden zu lassen. Sie müßte an vergleichbaren Behandlungsangeboten näher geprüft werden.

In 4 Untersuchungen (1, 6, 7, 8) entsprach die Intensität des experimentellen Behandlungsprogrammes einer ambulanten Psychotherapie. Zweimal war diese Therapie geeignet, die Suizidversuchs-Wiederholungsrate signifikant zu senken, auch bezüglich der weicheren Erfolgskriterien ergibt sich ein positives Ergebnis in der Hälfte der Fälle. Die Intensität der Behandlung könnte somit ein weiterer wesentlicher Faktor der Selbstmordverhütung sein.

In 4 Untersuchungen (1, 2, 7, 8) war die Dauer des experimentellen Behandlungsprogrammes länger als 1 Jahr. In bezug auf die Suizidversuchs-Wiederholungsrate können ihnen 4 Studien gegenübergestellt werden, deren experimentelle Versorgung länger als 1 Jahr dauerte (3, 4, 5, 6). Von den kürzerfristigen Therapieprogrammen waren 3 besonders intensiv, dagegen nur eines von den längerfristigen. Zwei der 4 kurzfristigen Versorgungsprogramme waren erfolgreicher als die jeweiligen Vergleichstherapien, in beiden Fällen wurde versucht, die Inanspruchnahme von Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern. Von den 4 längerfristigen Behandlungsstrategien erwiesen sich 2 den Vergleichsprogrammen überlegen. In einem dieser beiden Fälle wurden die Patienten wiederholt motiviert, ein verfügbares Behandlungsangebot anzunehmen. Zusammensetzung ergibt sich aus den vorliegenden Ergebnissen keine eindeutige Überlegenheit von Versorgungstypen, die sich lediglich durch eine längere Laufzeit auszeichnen. Kurzfristig angelegte Behandlungsprogramme, bei denen gezielt auf die Verbesserung der Inanspruchnahme von Therapiemöglichkeiten hingewiesen wird, erzielen vergleichbare Resultate.

Über einen systematischen Einfluß des Berufs- und Ausbildungsstandes der Therapeuten sind aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse keine Aussagen möglich.

4. Schlußfolgerungen

Die in der Literatur vorgefundenen klinisch-experimentellen Evaluationsstudien über suizidprophylaktische Versorgungsprogramme unterscheiden sich in wichtigen methodischen und versorgungspraktischen Details so weitgehend voneinander, daß aus den Ergebnissen nur mit großer Vorsicht verallgemeinernde Schlüsse gezogen werden dürfen. Diese sind in erster Linie als Hypo-

thesen zu betrachten, für deren Aufstellung zwar gute Gründe vorliegen, die sich aber in sorgfältigen Prüfungen erst bewähren müssen. In der Prophylaxe wiederholter Suizidversuche deutet sich eine Überlegenheit der aktiv-nachgehenden Versorgungsweise gegenüber passiv-abwartenden Behandlungsformen an. Am deutlichsten scheint dieser Vorsprung zu sein, wenn durch wiederholte oder sogar kontinuierliche Motivationsarbeit versucht wird, die Inanspruchnahme von Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern. Dieses Ergebnis stimmt gut überein mit der grundlegenden Erfahrung der bisherigen Suizidforschung, daß Selbstmordgefährdete die ihnen angebotenen bzw. zur Verfügung stehenden Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten spontan nur in sehr geringem Maße ausnützen, so daß das herkömmliche Behandlungsmodell der relativ kurzfristigen Krisenintervention für die Suizidprophylaxe nicht optimal erscheint (Maris 1969; Hitchcock und Wolford 1970; Kiev 1970; Barraclough 1972; Greaves und Gent 1972; Lester 1972; Welu 1972; Achté 1976). Die Chance einer effektiveren Suizidprophylaxe könnte darin liegen, an dieser Nahtstelle zwischen Versorgungsangebot und Inanspruchnahme anzusetzen. Dies müßte in weiteren, speziell darauf zugeschnittenen Untersuchungen gezeigt werden. Möglichkeiten zur Verbesserung der Compliance bei Suizidenten wiesen Möller und Geiger 1981 auf. Als ein zweiter wichtiger Faktor in der Selbstmordverhütung zeichnet sich die Intensität der Behandlung ab, dagegen scheint die Behandlungsdauer als isoliertes Merkmal – besonders ohne Beeinflussung der Inanspruchnahme – von geringerer Bedeutung zu sein. Auch diesbezüglich ist eine weitergehende Klärung durch gezielte Studien erforderlich. In der bisherigen Evaluationsforschung zur Suizidprophylaxe wird der Frage nach der Spezifität des Therapieerfolgs wenig Raum gegeben. Unspezifischen und damit auch schwer kontrollierbaren Einflüssen wie Nachbarschaftshilfen oder Unterstützung durch enge Bezugspersonen könnte gerade in suizidalen Krisen eine große Bedeutung zukommen (Bergin und Lambert 1978; Strupp und Headley 1979; Sakinowsky und Mitarbeiter 1979; Greenspan und Sharfstein 1981). Dieser Gesichtspunkt wäre ebenfalls in weiteren Untersuchungen zu berücksichtigen, etwa unter Einbeziehung eines life-event-Forschungsansatzes. Die Schwierigkeiten bei der Zusammenfassung der bisherigen Forschungsergebnisse weisen darauf hin, daß schlüssigere und überzeugendere Resultate von einer Verfeinerung der Methodik und einer Verbesserung der Koordination der Forschung erwartet werden können. Erforderlich ist eine Abstimmung der Verfahrensweisen, Fragestellungen, Dokumentationssysteme und der Erfolgsbeurteilung. Dies könnte auf nationaler Ebene beispielsweise in einer multizentrischen Verbundstudie geleistet werden.

Literatur

- Achté KA (1976) Present status and evaluation of suicide prevention and crisis intervention services in Europe. *Ment Health Soc* 3 : 169-174
Auerbach SM, Kilman PR (1977) Crisis intervention: A review of outcome research. *Psychol Bull* 84 : 1189-1217
Barraclough BM (1972) A medical approach to suicide prevention. *Soc Sci Med* 6 : 661-671

- Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr* 4:573-578
- Bergin AE, Lambert MJ (1978) The evaluation of therapeutic outcome. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane Toronto, pp 139-189
- Chowdhury N, Hicks RC, Kreitman N (1973) Evaluation of an after-care service for para-suicide (attempted suicide) patients. *Soc Psychiatr* 8:67-81
- Ettlinger R (1975) Evaluation of suicide prevention after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* 260:1-135
- Fox R (1962) Help for the despairing. The work of the Samaritans. *Lancet* 2:1102-1105
- Gibbons JS, Butler J, Urwin P, Gibbons JL (1978) Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *Br J Psychiatr* 133:111-118
- Greaves G, Ghent L (1972) Comparison of accomplished suicides with persons contacting a crisis intervention clinic. *Psychol Rep* 31:290
- Greenspan SI, Sharfstein SS (1981) Efficacy of psychotherapy. Asking the right questions. *Arch Gen Psychiatr* 38:1213-1219
- Hitchcock J, Wolford J (1970) Alternatives to the suicide prevention. Approach to mental health. *Arch Gen Psychiatr* 22:547-549
- Kiev A (1970) New directions for suicide prevention centers. *Am J Psychiatr* 127:87-88
- Kurz A, Möller HJ (1982) Ergebnisse der epidemiologischen Evaluation von suizidprophylaktischen Versorgungsprogrammen. *Psychiatr Prax* 9:12-19
- Lester D (1972) The myth of suicide prevention. *Compr Psychiatry* 13:555-560
- Liberman RP, Eckman T (1981) Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempts. *Arch Gen Psychiatr* 38:1126-1130
- Litman RE (1975) Controlled study of an antisuicide program. Abstracts 8th Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention. International Association for Suicide Prevention, Jerusalem
- Litman RE, Wold CI (1976) Beyond crisis intervention. In: Shneidman ES (ed) *Suicidology*. Grune & Stratton, New York San Francisco London
- Maris R (1969) The sociology of suicide prevention. *Sociol Probl* 17:132-149
- Möller HJ, Benkert O (1980) Methoden und Probleme der Beurteilung der Effektivität psychopharmakologischer und psychologischer Therapieverfahren. In: Biefang S (Hrsg) *Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellungen und Methoden*. Enke, Stuttgart
- Möller HJ, Geiger V (1981) Möglichkeiten zur „Compliance“-Verbesserung bei Parasuizidenten. *Crisis* 2:122-129
- Motto JA (1972) Contact as a suicide prevention influence. A method and a preliminary report. In: Litman RE (ed) Proc 6th Int Conference for Suicide Prevention, Mexico City. Edwards Brothers Inc, Ann Arbor
- Motto JA (1974) Suicide prevention by long-term contact. In: Speyer N, Diekstra RFW, van de Loo KJM (eds) Proc 7th Int Congress for Suicide Prevention. Swets & Zeitlinger BV, Amsterdam
- Motto JA (1975) Suicide prevention for high-risk persons who refuse treatment. Abstracts 8th Int Congress for Suicide Prevention. International Association for Suicide Prevention, Jerusalem
- Motto JA (1978) Suicidal persons who decline treatment. A long-term program. In: Aalberg V (ed) Proc 9th Int Congress for Suicide Prevention, Helsinki. The Finnish Association for Mental Health, Oy Länsi-Savo
- Okasha A, Lotaf F, Sadek A (1981) Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatr Scand* 63:409-415
- Pöldinger W, Sonneck G (1980) Die Abschätzung der Suizidalität. *Nervenarzt* 51:147-151
- Roen SR, Burnes A (1966) Community adaptation schedule. Behavioral Publications, New York
- Sainsbury P (1975) Suicide and attempted suicide. In: Kisker KP, Meyer JE, Müller C, Strömgren E (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd III. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Sakinofsky I, Streiner DL, Ligate L (1979) Suicide attempters one year later: The impacts of changing life situations and systems of care. Proc 10th Int Congress for Suicide Prevention and Crisis Intervention. International Association for Suicide Prevention, Ottawa

- Strupp HH, Hadley SW (1979) Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. A controlled study of outcome. *Arch Gen Psychiatr* 36 :1125-1136
- Welu TC (1972) Broadening the focus of suicide prevention activities utilizing the public health model. *Am J Publ Health* 62 :1625-1628
- Welu TC (1977) A follow-up program for suicide attempters: Evaluation of effectiveness. *Suicide Life Threat Behav* 7 :17-30
- Welu TC, Picard KM (1974) Evaluating the effectiveness of a special follow-up program for suicide attempters: A two year study. In: Speyer N, Diekstra RFW, van de Loo KJM (eds) *Proc 7th International Congress for Suicide Prevention*. Swets & Zeitlinger BV, Amsterdam
- Widmer A (1979) Selbstmordgedanken, Persönlichkeitsstruktur und soziale Probleme bei 19jährigen Zürichern. *Soz Präventivmed (Méd Soc Préventive)* 24 :47-49
- Wulliemier F, Bovet J, Meylan D (1979) Le devenir des suicidants admis à l'hôpital général. Etude comparative de deux formes de prévention des récidives et des suicides. *Soz Präventivmed (Méd Soc Préventive)* 24 :73-88
- Zung WK (1965) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatr* 12 :63-70

Eingegangen am 30. März 1982