

Vergleichende Untersuchung von 295 Patienten mit erstmaligem und wiederholtem Suizidversuch *

A. Kurz, A. Torhorst, C. Wächler und H. J. Möller

Psychiatrische Klinik der Technischen Universität München
(Direktor: Professor Dr. H. Lauter),
Ismaningerstrasse 22, D-8000 München 80, Bundesrepublik Deutschland

Comparative Study of 295 Patients with Singular and Repeated Suicide Attempts

Summary. After their first suicide attempts 169 patients were compared to 109 repeated suicide attempters regarding sociodemographical, biographical, and psychopathological variables. The differences between the groups characterize the repeaters as persons with more broken-home situations in childhood and youth and with more tension and instability in private and occupational relationships. These patients received more psychiatric or psychotherapeutic treatment, were more often classified as suffering from a personality disorder or addiction and their prognosis was estimated less favourable. These findings are consistent with the results of other investigations. Questions of typological interpretation and practical consequences are discussed.

Key words: Attempted suicide – Singular and repeated acts – Comparative study

Zusammenfassung. Im Hinblick auf soziodemographische, biographische und psychopathologische Variablen wurden 169 Patienten nach erstmaligem und 109 Patienten nach wiederholtem Suizidversuch miteinander verglichen. Die erheblichen, zum Teil statistisch hochsignifikanten Unterschiede kennzeichnen die Patienten mit mehrfachen Selbstmordversuchen als einen Personenkreis mit häufigeren Verlust- oder Trennungserlebnissen in Kindheit und Jugend sowie mit konfliktreicheren und instabileren sozialen Beziehungen im privaten wie im beruflichen Bereich. Diese Patienten kamen häufiger als die Vergleichsgruppe in psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, wurden häufiger als persönlichkeitsgestört oder suchtkrank diagnostiziert und prognostisch ungünstiger beurteilt. Die Übereinstimmung der Ergebnisse mit der vorliegenden Literatur, Fragen der typologischen Interpretation und versorgungspraktische Konsequenzen werden diskutiert.

* Diese Untersuchung 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

Etwa ein Drittel der Patienten, die nach einem Suizidversuch in stationäre Krankenhausbehandlung kommen, hat schon zu einem früheren Zeitpunkt mindestens einen Suizidversuch unternommen. In mehreren, vorwiegend britischen Untersuchungen wurde nachgewiesen, daß sich dieser Personenkreis von den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch erheblich unterscheidet und eine spezielle Risikogruppe darstellt. Die vorliegende Arbeit versucht, diese Ergebnisse an einer für westdeutsche Großkrankenhäuser charakteristischen Suizidentenpopulation zu überprüfen sowie unter typologischen und versorgungspraktischen Gesichtspunkten zu interpretieren.

2. Methodik

Insgesamt 296 Patienten wurden im Jahr 1980 nach einem Suizidversuch auf der toxikologischen Abteilung der II. Medizinischen Klinik am Klinikum rechts der Isar in München stationär internistisch behandelt. Die psychiatrische Betreuung erfolgte durch zwei Assistenzärzte der psychiatrischen Klinik, die im Sinne eines Liaisonsdienstes ständig zum Behandlungssteam der toxikologischen Abteilung gehören. Beide Mitarbeiter verfügen über eine mehrjährige klinisch-psychiatrische Erfahrung und über eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation. Entsprechend des „Parasuizid“-Konzepts von Kreitman (Kreitman und Philip 1969; Kreitman 1977) wurden ungeachtet einer spezifischen suizidalen Intention alle Handlungen mit nicht tödlichem Ausgang in die Studie aufgenommen, bei denen sich eine Person absichtlich Verletzungen zufügte oder eine Substanz in einer höheren Dosierung einnahm als ärztlich verordnet und allgemein als therapeutisch angesehen. Von der Untersuchung ausgenommen waren Patienten mit reinen Alkoholtoxikationen. Bei 278 Patienten konnte festgestellt werden, daß 169 (60,8%) zum erstenmal einen Suizidversuch unternommen hatten (im folgenden auch als Gruppe E bezeichnet), während 109 Patienten (39,2%) mindestens einen früheren Selbstmordversuch angaben (nachfolgend auch Gruppe W genannt). Von 16 Patienten waren diesbezüglich keine Informationen zu erhalten. In einer ausführlichen, mindestens einstündigen psychiatrischen Exploration wurde die vorläufige Diagnose gestellt und die Fragen der Notwendigkeit wie auch der geeigneten Form einer ambulanten Nachbetreuung geklärt. Die für die vorliegende Untersuchung relevanten Daten wurden auf einem speziell entworfenen Erhebungsbogen dokumentiert und mittels elektronischer Datenverarbeitung ausgewertet. Bei der Berechnung der Verteilungsunterschiede zwischen den beiden Patientengruppen diente die χ^2 -Methode (zweiseitig) zur Signifikanzprüfung. Bei Mehrfeldertafeln wurde eine Variable gegen alle anderen getestet. Die im folgenden angegebenen Zahlen beziehen sich auf die Patienten, von denen die jeweiligen Daten gewonnen wurden. Diese Referenzstichproben weichen teilweise von den genannten Ausgangswerten ab und werden in den Tabellen einzeln aufgeführt.

3. Vergleichende Darstellung der Patientengruppen

3.1 Soziodemographische Daten (Tabelle 1)

Die beiden Patientengruppen wurden hinsichtlich folgender soziodemographischer Variablen miteinander verglichen: Geschlechts- und Altersverteilung, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Religionszugehörigkeit, Wohnverhältnisse, Schul- und Berufsausbildung, berufliche Stellung, Arbeitslosigkeit und Vorstrafen. Es zeigt sich, daß die Unterschiede zwischen den Patienten mit erst-

Tabelle 1. Soziodemographische Daten

Variable		Erstmaliger SMV (E)		Wiederholter SMV (W)		Signifikanz
		n	(%)	n	(%)	
Altersverteilung (169, 109) ^a	Unter 21	32	18,9	17	15,6	*
	21-40	85	50,3	70	64,2	
	41-60	37	21,9	20	18,3	
	Über 61	15	8,9	2	1,8	
Familienstand (168, 109) ^a	Ledig	79	47,0	47	43,1	*
	Verheiratet	51	30,4	42	38,5	
	Verwitwet	13	7,7	3	2,8	
	Geschieden	24	14,3	15	13,8	
	Mit Kindern	70	41,7	53	49,1	
Arbeitslos (166, 106) ^a		18	10,8	21	19,8	*

^a Referenz-Stichprobe (E, W)* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,001$

maligem und wiederholtem Suizidversuch mit zwei Ausnahmen nicht über zufällige Verteilungsdifferenzen hinausgehen. Die erste statistisch signifikante Abweichung betrifft die Altersverteilung. Während die mittlere Altersgruppe zwischen 21 und 40 Jahren bei den Rezidivpatienten überrepräsentiert war – E: 85 (50,3%); W: 70 (64,2%); $P < 0,05$ – fanden sich unter den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch mehr Personen über 61 Jahre – E: 15 (8,9%); W: 2 (1,8%); $P < 0,05$. Der zweite überzufällige Unterschied betrifft die Arbeitslosenquote. Sie betrug bei den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch 18 (10,8%), bei den Wiederholern 21 (19,8%); $P < 0,05$. Darüberhinaus ergeben sich bei einigen weiteren Variablen interessante Trends. Während z. B. die Rezidivpatienten häufiger verheiratet waren – E: 51 (30,4%); W: 42 (38,5%) – und häufiger Kinder hatten – E: 70 (41,7%); W: 53 (49,1%) – fanden sich unter den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch mehr Verwitwete – E: 13 (7,7%); W: 3 (2,8%). Der Anteil der Geschiedenen war in beiden Gruppen etwa gleich groß und lag bei 14%.

3.2. Vorgeschichte (Tabelle 2)

3.2.1. Verlust- und Trennungserlebnisse („broken-home“) in Kindheit und Jugend. In der vorliegenden Untersuchung galt als Kriterium für Verlust oder Trennung die Abwesenheit eines Elternteils oder beider Eltern über mindestens 6 Monate zwischen dem 1. und 12. Lebensjahr des Patienten. Mit dieser weichen und sensiblen Definition von „broken-home“ ergibt sich, daß Verlust oder Trennung von nur einem Elternteil in beiden Patientengruppen etwa gleich häufig war, während „broken-home“-Situationen, die beide Eltern betrafen, vermehrt in der Vorgeschichte der Patienten mit wiederholtem Suizidversuch auftraten. Statistisch sehr signifikant ist dieser Unterschied für „broken-home“ vor dem 6. Lebensjahr

Tabelle 2. Vorgeschichte

Variable	Erstmaliger SMV (E)		Wiederholter SMV (W)		Signifikanz
	n	(%)	n	(%)	
Verlust- oder Trennungserlebnisse „broken-home“					
Vor dem 6. Lebens- jahr (165, 106) ^a	1 Elternteil	32	19,4	18	17,0
	Beide Eltern	13	7,9	21	19,8
Zwischen 6. und 12. Lebensjahr (165, 104) ^a	1 Elternteil	39	23,6	20	19,2
	Beide Eltern	27	16,4	27	26,0
Vor dem 15. Lebensjahr vorwiegend nicht bei den Eltern aufgewachsen (165, 106) ^a		8	4,8	16	15,1
Mißbrauch oder Abhängigkeit (164, 107) ^a		62	37,8	64	59,8
Häufige Partnerwechsel (167, 109) ^a		13	7,8	16	14,7
Häufiger Wechsel von Arbeitsplatz oder Beruf (168, 108) ^a		48	28,6	44	40,7
Soziale Isolation (168, 106) ^a		100	59,5	85	80,2
Chronische Konflikte (163, 106) ^a		134	82,2	97	91,5
Mehrfaache chronische Konflikte (163, 106) ^a		43	26,4	64	60,3
Frühere psychiatrische oder psycho- therapeutische Behandlung (165, 108) ^a		39	23,6	71	65,7
Gegenwärtig in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung (163, 108) ^a		11	6,7	21	19,4

^a Referenz-Stichproben (E, W).

* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,001$

— E: 13 (7,9%); W: 21 (19,8%); $P < 0,01$. Für Verlust- und Trennungserlebnisse zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr zeigt sich lediglich ein Trend — E: 27 (16,4%); W: 27 (26,0%). Das gehäufte Vorkommen von „broken-home“-Situationen in der Biographie von Patienten mit mehrfachen Suizidversuchen wird bestätigt durch den Befund, daß diese Patienten bis zu ihrem 15. Lebensjahr häufiger nicht bei ihren Eltern aufwuchsen — E: 8 (4,8%); W: 16 (15,1%); $P < 0,01$.

3.2.2. Mißbrauch und Abhängigkeit. Faßt man alle Arten von Mißbrauch und Abhängigkeit zusammen, ergibt sich, daß 62 (37,8%) der Patienten mit erstmaligem Suizidversuch derartige Probleme in ihrer eigenen Vorgeschiede angaben, dagegen 64 (59,8%) der Rezidivpatienten ($P < 0,001$).

3.2.3. Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen. Ein häufiger Partnerwechsel wurde von 13 (7,8%) der Patienten mit erstmaligem Suizidversuch, dagegen

von 16 (14,7%) der Rezidivpatienten angegeben (n. s.). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen bestehen hinsichtlich der Häufigkeit des Wechsels von Beruf oder Arbeitsplätzen, sie war bei den Patienten mit mehrfachen Suizidversuchen deutlich höher – E: 48 (28,6%); W: 44 (40,7%); $P < 0,05$. Bei den Rezidivpatienten ergaben sich auch hochsignifikant häufiger Anhaltspunkte für eine soziale Isolation, worunter ein Mangel an stabilen sozialen Kontakten über den bisherigen Lebenszeitraum verstanden wurde – E: 100 (59,5%); W: 85 (80,2%); $P < 0,001$. Als Maß für die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen kann die Häufigkeit von chronischen Konfliktsituationen gelten. Solche über einen längeren Zeitraum bestehenden Probleme wurden von 134 (82,2%) der Patienten mit erstmaligem Suizidversuch, dagegen von 97 (91,5%) der Vergleichsgruppe angegeben ($P < 0,05$). Es überwogen dabei in beiden Patientengruppen die Dauerkonflikte mit dem Lebenspartner. Die Patienten mit mehrfachen Suizidversuchen gaben darüber hinaus wesentlich häufiger das Bestehen chronischer Konflikte in mehreren Lebensbereichen an – E: 43 (26,4%); W: 64 (60,3%); $P < 0,001$.

3.2.4. Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen. Einen indirekten Schluß auf die Lebensschwierigkeiten der Patienten aufgrund von psychischen Störungen ermöglicht die Art und Häufigkeit nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung in der Vorgeschichte. Faßt man ambulante und stationäre Behandlungsformen zusammen, so ergibt sich, daß von den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch 39 (23,6%), von den Rezidivpatienten jedoch 71 (65,7%) in Behandlung gewesen sind ($P < 0,001$). Auch zum Zeitpunkt der Untersuchung standen die Patienten mit wiederholtem Suizidversuch häufiger in nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Betreuung – E: 11 (6,7%); W: 21 (19,4%); $P < 0,01$.

Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen in der Familie wurden etwa von der Hälfte der Patienten beider Gruppen angegeben.

3.3. Präsuizidale Situation (Tabelle 3)

3.3.1. Dauer von Selbstmordgedanken. Die Zeitspanne vor dem Selbstmordversuch, in der bereits Suizidgedanken bestanden haben, ist bei den Vergleichsgruppen nicht überzufällig verschieden. Längstens eine Woche trugen sich mit Suizidgedanken 71 (43%) der Patienten mit erstmaligem Suizidversuch und 38 (36,9%) der Rezidivpatienten. Seit mehr als einem Monat bestanden solche Gedanken bei 34 (20,6%) der Patienten mit erstmaligem Suizidversuch und bei 32 (31,1%) der Vergleichsgruppe. Die geringfügigen Verteilungsdifferenzen gestatten keine eindeutige Aussage darüber, ob bezüglich der Impulsivität bzw. des Planungszeitraumes zwischen erstmaligen und wiederholten Suizidversuchen Unterschiede bestehen.

3.3.2. Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Bei der Betrachtung der Vorgeschichte hatte sich herausgestellt, daß die Patienten mit mehrfachen Suizidversuchen häufiger psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt worden waren. Dieser Problemkreis hat sich auch im Rahmen der aktuellen Problematik häufiger als die Vergleichsgruppe an Beratungs- und

Tabelle 3. Präsuizidale Situation

Variable		Erstmaliger SMV (E)		Wiederholter SMV (W)		Signifikanz
		n	(%)	n	(%)	
Suizidgeudenken seit (165, 103) ^a	Max. 1 Woche	71	43	38	36,9	
	Über 1 Monat	34	20,6	32	31,1	
Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten (168, 108) ^a		50	29,8	46	42,6	*
Mehr als eine auslösende Konflikt-situation (135, 90) ^a		42	30,9	44	48,9	**

^a Referenz-Stichprobe (E, W)

* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,001$

Behandlungsmöglichkeiten gewandt. Von den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch haben nur 50 (29,8%) ein derartiges Hilfsangebot wahrgenommen, dagegen 46 (42,6%) der Rezidivpatienten ($P < 0,05$).

3.3.3. Auslösende Konfliktsituationen. Hinsichtlich der auslösenden Konfliktsituationen unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum voneinander. Etwa in der Hälfte der Fälle wurden Ehe- bzw. Partnerschaftsprobleme genannt, gefolgt von Konflikten in der Familie und am Arbeitsplatz. Die Patienten mit wiederholtem Suizidversuch gaben jedoch signifikant häufiger mehr als eine auslösende Konfliktsituation an – E: 42 (30,9%); W: 44 (48,9%); $P < 0,01$. Dies könnte ein weiterer Hinweis darauf sein, daß bei diesem Personenkreis öfter Probleme in mehreren Lebensbereichen nebeneinander bestehen. Bezüglich des Zeitpunktes der Kontaktaufnahme mit Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten und der Mitteilung der Selbstmordabsichten ergeben sich zwischen den Vergleichsgruppen keine statistisch bedeutsamen Differenzen.

3.4. Arrangement des Selbstmordversuches

Die Ausführung des Selbstmordversuches – darunter fallen Art und Beschaffung des Suizidmittels, Umstände der Durchführung, subjektives Risiko und objektive Gefährdung – stimmt bei den Vergleichsgruppen weitgehend überein. Die objektive Gefährdung, gemessen an der Intoxikationstiefe nach v. Clarmann (1982) ist sogar nahezu identisch. Als einziger signifikanter Unterschied hebt sich heraus, daß 42 (38,9%) der Patienten mit wiederholtem Suizidversuch angaben, das Suizidmittel eigens in suizidaler Absicht besorgt zu haben, während dies nur bei 41 (25,3%) der Patienten mit erstmaligem Selbstmordversuch der Fall war ($P < 0,05$).

3.5. Befund und Diagnose (Tabelle 4)

Das Verhalten der Patienten beider Gruppen gegenüber den untersuchenden Ärzten war – beurteilt in den Dimensionen Ablehnung, Kooperation und

Tabelle 4. Befund und Diagnose

Variable		Erstmaliger SMV (E)		Wiederholter SMV (W)		Signifikanz
		n	(%)	n	(%)	
Hauptintention des Suizidversuchs (Fremdbeurteilung; Mehrfachnennung möglich)	Sterben (164, 108) ^a	83	50,6	50	46,2	
	Ruhe (164, 108) ^a	68	41,5	66	61,1	***
	Hilfe (162, 109) ^a	49	30,3	29	26,6	
	Rache (154, 107) ^a	34	22,1	19	17,8	
Hohe aktuelle Suizidgefahr (Fremdbeurteilung) (168, 107) ^a		74	44,0	65	61,7	**
Hohe Rezidivgefahr innerhalb von drei Monaten (Fremdbeurteilung) (153, 100) ^a		21	13,7	30	30,0	**
Diagnosen (169, 109) ^a	Psychosen	8	4,7	9	8,3	
	Neurosen	38	22,5	35	32,1	
	Persönlichkeitsstörungen	10	5,9	16	14,7	*
	Sucht	23	13,6	31	28,4	**
	Reaktive Störungen	77	45,6	27	24,8	**
	Andere	11	6,5	4	3,5	

^a Referenz-Stichproben (E, W)* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,001$

Anklammerung – relativ einheitlich, ebenso ihre subjektive Beurteilung des gerade zurückliegenden Selbstmordversuches. Bei der nachträglichen Einschätzung der Hauptintention des Suizidversuches durch die Untersucher ergab sich, daß ein hochsignifikant höherer Anteil der Patienten mit wiederholtem Suizidversuch als vorherrschendes Motiv den Wunsch nach Ruhe angab – E: 68 (41,5%); W: 66 (61,1%); $P < 0,001$. Die übrigen Motive – Wunsch zu sterben, Hilfe zu erhalten oder Rache zu üben – waren zwischen beiden Patientengruppen etwa gleich verteilt. Eine zum Untersuchungszeitpunkt bestehende Suizidgefährdung wurde häufiger bei den Patienten mit wiederholtem Selbstmordversuch angenommen – E: 74 (44,0%); W: 65 (61,7%); $P < 0,01$. Bei diesem Personenkreis schätzten die Untersucher auch die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Selbstmordversuches wesentlich höher ein – E: 21 (13,7%); W: 30 (30,0%); $P < 0,01$.

Die diagnostische Einordnung der Patienten zeigt statistisch signifikante Verteilungsunterschiede einerseits bei den Persönlichkeitsstörungen und andererseits bei den reaktiven Störungen. Persönlichkeitsstörungen wurden häufiger bei den Patienten mit wiederholtem Suizidversuch diagnostiziert – E: 10 (5,9%); W: 16 (14,7%); $P < 0,05$. Die Diagnose einer reaktiven Störung, sei es einer kurzfristigen oder längerdauernden, wurde dagegen hochsignifikant häufiger bei den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch gestellt – E: 77 (45,6%); W: 27 (24,8%); $P < 0,01$. Bemerkenswerte Verteilungsunterschiede finden sich darüber hinaus bei den neurotischen Erkrankungen. Sie wurden häufiger bei den Patienten mit mehrfachen Selbstmordversuchen angenommen – E: 38 (22,5%); W: 35 (32,1%);

Tabelle 5. Nachbetreuung

Variable		Erstmaliger SMV (E)		Wiederholter SMV (W)		Signifikanz
		n	(%)	n	(%)	
Nachbetreuungsvorschlag (163, 107) ^a	Keiner	30	18,4	12	11,2	
	Klinikintern ambulant	35	21,5	27	25,2	
	Klinikextern, ambulant	74	45,4	42	39,3	
	Psychiatr. Klinik stationär	13	8,0	17	15,9	*

^a Referenz-Stichprobe (E, W)

* $P \leq 0,05$

n.s. Suchterkrankungen wurden häufig als Zweit- bzw. Zusatzdiagnose eingestuft. Unter Vernachlässigung der diagnostischen Wertigkeit lag bei 23 (13,6%) der Erstfachsuiidenten ein Suchtleiden vor, dagegen bei 31 (28,4%) der Rezidivpatienten ($P < 0,01$).

3.6. Nachbetreuung (Tabelle 5)

Ein größerer Teil der Patienten mit erstmaligem Suizidversuch wurde ohne Empfehlung einer weiteren Beratung oder Behandlung entlassen – E: 30 (18,4%); W: 12 (11,2%); n.s. Dagegen wurden die Patienten mit wiederholtem Suizidversuch häufiger in stationäre psychiatrische Behandlung verlegt – E: 13 (8,0%); W: 17 (15,9%); $P < 0,05$. Die Bereitschaft, den Nachbetreuungsvorschlag zu befolgen, wurde bei etwa der Hälfte der Patienten beider Gruppen als hoch eingeschätzt.

4. Diskussion

Der Anteil der Patienten mit wiederholtem Suizidversuch ist in der Gesamtstichprobe mit 39,2% etwa so hoch wie in der Untersuchung von Möller et al. (1978) mit 37%, die ebenfalls in einem Münchener Großkrankenhaus durchgeführt wurde. In guter Übereinstimmung mit bisher publizierten Ergebnissen befinden sich auch die soziodemographischen Merkmale unseres Krankengutes. Es kann davon ausgegangen werden, daß es sich um typische, großstädtische Patienten nach Suizidversuch bzw. Parasuizid handelt (Kockott et al. 1970; Böcker 1973; Böhme et al. 1976; Möller et al. 1978; Katschnig et al. 1981).

Die Analyse der soziodemographischen Daten zeigt, daß unter den Patienten mit erstmaligem Selbstmordversuch die höhere Altersschicht (über 61 Jahre) überrepräsentiert ist und daß sich in dieser Gruppe ein höherer Prozentsatz von Verwitweten befindet. Bei den Rezidivpatienten ist dagegen die mittlere Altersgruppe (zwischen 21 und 40 Jahre) überzufällig häufig vertreten und der Anteil von Verheirateten, von Personen mit Kindern sowie von Arbeitslosen ist höher

als in der Vergleichsgruppe. Es ist anzunehmen, daß diese soziodemographischen Differenzen zwischen den beiden Patientengruppen z. T. mit der unterschiedlichen Altersstruktur in engem Zusammenhang stehen.

Die Patienten mit wiederholtem Selbstmordversuch mußten vor ihrem 6. Lebensjahr mehr Verluste oder Trennungen von beiden Eltern hinnehmen als die Vergleichsgruppe. Das gehäufte Vorkommen von „broken-home“-Situativen bei Rezidivpatienten wurde auch von Buglass und Horton (1974), von Morgan et al. (1976) und von Pino et al. (1979) beschrieben, während Greer und Gunn (1966) sowie Kockett et al. (1970) diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied zwischen ihren Vergleichsgruppen fanden. Das mit unseren Resultaten übereinstimmende Ergebnis von Morgan et al. (1976) wurde mit einem unserer Untersuchung vergleichbaren Kriterium für „broken-home“ gewonnen, während alle übrigen genannten Studien strengere Maßstäbe benutztten.

Die Patienten mit wiederholtem Selbstmordversuch wechselten öfter ihre Lebenspartner, waren häufiger in chronische, insbesondere auch mehrfache zwischenmenschliche Konflikte verwickelt und waren in ausgeprägterem Maße sozial isoliert. Die Instabilität und Spannungsgeladenheit der zwischenmenschlichen Beziehungen dieser Personengruppen wurde schon in den Untersuchungen von Buglass und McCulloch (1970), Buglass und Horton (1974), Bagley und Greer (1971) sowie Morgan et al. (1976) nachgewiesen. Hinzu kommt nach unseren Ergebnissen eine ebenso gestörte Integration dieser Patienten in die Arbeitswelt. Sie wechselten häufiger ihren Beruf oder ihren Arbeitsplatz und waren öfter arbeitslos.

Deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen bestehen auch bezüglich der Psychopathologie und der psychiatrischen Morbidität. Wie ebenfalls in früheren Studien gezeigt werden konnte, gaben die Patienten mit wiederholten Selbstmordversuchen mehr Mißbrauch und Abhängigkeit in ihrer Vorgeschichte an. Sie sind nach eigenen Angaben auch öfter psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt worden (Kessel und McCulloch 1966; Buglass und Horton 1974; Retterstøl 1970; Morgan et al. 1976). Da ein Zusammenhang der Behandlungen mit den früheren Suizidversuchen nicht auszuschließen ist, könnte dieser Befund zumindest teilweise ein Epiphänomen sein. Die Rezidivpatienten befanden sich auch zum Zeitpunkt des aktuellen Suizidversuches häufiger in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Therapie. Die Annahme liegt nahe, daß diese Patienten gegenüber der Vergleichsgruppe eine größere Bereitschaft zeigten, in Rahmen ihrer gegenwärtigen Problemsituation Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten zu nutzen. Die nosologische Charakteristik unseres Krankengutes spricht jedoch eher dafür, daß die vermehrte aktuelle Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsleistungen durch die Rezidivpatienten nicht auf einer besseren Therapiemotivation, sondern auf einer höheren Behandlungsbedürftigkeit beruht.

Bei den Patienten mit wiederholten Suizidversuchen wurden in guter Übereinstimmung mit der Literatur häufiger Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen diagnostiziert (Batchelor 1954; Stengel und Cook 1958; Kessel und McCulloch 1966; Pöldinger 1968; Buglass und McCulloch 1970; Bagley und Greer 1971; Buglass und Horton 1974; Morgan et al. 1976; Pino et al. 1979). Bei den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch wurde dagegen häufiger eine reak-

tive Störung angenommen. Die Störung der sozialen Adaptation und die gestellte Diagnose sind nur bedingt voneinander unabhängige Variablen, da gerade die mangelhafte zwischenmenschliche Integration in den Krankheitsbegriff der Persönlichkeitsstörung eingeht. Den Untersuchern erschienen die Patienten mit wiederholtem Selbstmordversuch als die problematischeren; bei ihnen wurde häufiger eine aktuelle Suizidgefährdung und eine hohe Rezidivwahrscheinlichkeit angenommen, ferner wurde bei einem größeren Teil von ihnen eine stationäre psychiatrische Weiterbehandlung für erforderlich gehalten.

Das Ergebnis von Kockott et al. (1970), daß bei Patienten mit wiederholtem Selbstmordversuch Suizidgedanken über einen längeren Zeitraum bestehen als bei der Vergleichsgruppe, konnte nicht eindeutig repliziert werden. Die Patienten mit wiederholtem Selbstmordversuch besorgten sich das hauptsächliche Suizidmittel nach eigenen Angaben zwar öfter in suizidaler Absicht, unterscheiden sich aber in der Wahl dieses Mittels nicht von den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch, wie auch Kessel und McCulloch (1966) fanden. Die objektive medizinische Gefährdung wurde zwischen beiden Gruppen ebenfalls nicht unterschiedlich beurteilt (Kockott et al. 1970; Bagley und Greer 1971; Morgan et al. 1976).

Die statistische Prüfung der Verteilungsunterschiede zwischen den beiden Patientengruppen wurde an insgesamt 120 Einzelaspekten vorgenommen und ergab 20 signifikante Differenzen auf 5%-Niveau und darunter. Da bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% höchstens 6 signifikante Abweichungen zufallsbedingt sein können, ist die Abgrenzung statistisch gesichert. Dieses klare Ergebnis erscheint um so bemerkenswerter angesichts der zu erwartenden teilweisen Überschneidung der beiden Untergruppen, die sich aus der Verleugnung früherer Suizidversuche und aus der Übergangswahrscheinlichkeit von der Gruppe mit erstmaligem Selbstmordversuch zur Rezidivgruppe ergibt.

In typologischer Auslegung besagt das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung, daß in einer Suizidentenpopulation die Patienten mit wiederholtem Suizidversuch eine abgrenzbare Untergruppe bilden, die vorwiegend gekennzeichnet ist durch eine schwerer und dauerhafter gestörte soziale Adaptation und eine höhere psychiatrische Morbidität. Da in katamnestischen Studien für diesen Personenkreis auch eine höhere Suizidwahrscheinlichkeit nachgewiesen wurde (Tuckman und Youngman 1963; Ettlinger 1964; Paerregaard 1974), sind die Patienten mit mehrfachen Suizidversuchen als eine besondere Risikogruppe anzusehen. Sie wären als Typus der suizidalen Karriere mit ungünstigerer Prognose den Patienten nach erstmaligem Suizidversuch als Typus der suizidalen Krise mit guter Prognose gegenüberzustellen.

Für eine solche typologische Differenzierung sprechen auch clusteranalytische Befunde. Katschnig und Sint (1974) ermittelten mit diesem Verfahren 7 Untergruppen. Eine davon (Cluster II) setzt sich zusammen aus Patienten nach erstmaligem Suizidversuch im Rahmen eines akuten zwischenmenschlichen Konflikts mit einem Durchschnittsalter von 29 Jahren, eine andere (Cluster V) besteht aus Patienten mit mehrfachen Suizidversuchen vor dem Hintergrund chronischer Lebensprobleme, deren Durchschnittsalter etwa 35 Jahre beträgt. Kiev (1976) fand mit seinem clusteranalytischen Ansatz ebenfalls 7 Subtypen

suizidalen Verhaltens. Typ I ist gekennzeichnet durch vorwiegend situativ bedingte Schwierigkeiten, wenig Suchtverhalten, wenig psychiatrische Problematik und durch das Fehlen weiterer Suizidversuche in der Zweijahreskatamnese. Typ IV dagegen ist charakterisiert durch zahlreiche zwischenmenschliche Konflikte, chronisch persistierende Probleme und durch die höchste Zahl von Suizidversuchsrezidiven.

Hinsichtlich der Erfassung psychopathologischer, sozial-adaptiver und biographischer Variablen weichen diese beiden Studien zum Teil erheblich von der vorliegenden Untersuchung ab. Dennoch scheint die Clusteranalyse unter dem Aspekt erstmaligen bzw. wiederholten suizidalen Verhaltens zu einer vergleichbaren Subgruppenbildung zu führen. Die prognostische Relevanz dieser Unterscheidung wurde von Katschnig et al. (1981) in einer prospektiven Studie gezeigt. Auf der Grundlage der erwähnten Untersuchung von Katschnig und Sint (1974) fanden sie in einer Fünfjahreskatamnese, daß von den 92 Patienten des Clusters II (erstmaliger Suizidversuch, akuter Konflikt) keiner Selbstmord verübt hatte, während von den 36 Patienten des Clusters V (wiederholter Suizidversuch, chronische Probleme) 3 durch Suizid verstorben waren. Wir werden dieser Fragestellung im Rahmen einer größeren Studie mit einer umfangreichen Datensammlung unter Einbeziehung einer Reihe von standardisierten Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen zum aktuellen psychopathologischen Befund, zur prämorbiden Persönlichkeit und zur sozialen Adaption weiter nachgehen.

Falls sich die Abgrenzung der Patienten mit wiederholtem Suizidversuch als besonders problematische und gefährdete Untergruppe in weiteren prospektiven Untersuchungen als berechtigt erweist, würde das für die praktische Versorgung von Suizidenten bedeuten, daß bei einem Großteil dieser Patienten das bisher vorherrschende Konzept der Krisenintervention allein nicht adäquat ist, weil hier die suizidale Situation nur Extremwerte einer chronischen Lebensproblematik markiert, die sich im Längsschnitt wie im Querschnitt durch das gesamte Leben zieht. In diesen Fällen müßte die Bewältigung akuter Krisen ergänzt werden durch eine längerfristig und tieferreichend angelegte Behandlungsstrategie, die angesichts der besonderen Charakteristika dieser Gruppe weniger einem üblichen psychotherapeutischen als einem mehr psychologisch-rehabilitativen Ansatz entsprechen sollte. Ein solches Modell wurde von Motto (1965, 1974, 1978) und Litman und Wold (1976) beschrieben.

Literatur

- Bagley C, Greer S (1971) Clinical and social predictors of repeated attempted suicide. A multivariate analysis. Br J Psychiatr 119 : 515-521
- Batchelor IRC (1954) Repeated suicidal attempts. Br J Med Psychol 27 : 158-162
- Böcker F (1973) Suizide und Suizidversuch in der Großstadt. Thieme, Stuttgart
- Böhme K, Ahrens M, Dittbrenner M, Hirsekorn K, Willems W (1976) Selbstmordversuche in Lübeck 1947-1968. Daten und Tendenzen. Fortschr Neurol Psychiatr 44 : 559-564
- Buglass D, Horton J (1974) The repetition of parasuicide: A comparison of three cohorts. Br J Psychiatr 124 : 168-174
- Buglass D, McCulloch JW (1970) Further suicidal behaviour. The development and validation of predictive scales. Br J Psychiatr 116 : 483-491
- Clarmann M (1982) Akute Vergiftungen. In: Gross R, Schölmerich P (Hrsg) Lehrbuch der Inneren Medizin. Schattauer, Stuttgart New York

- Ettlinger RW (1964) Suicides in an group of patients who had previously attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 40 : 363-378
- Greer S, Gunn JC (1966) Attempted suicides from intact and broken parental homes. *Br Med J* 2 : 1355-1357
- Katschnig H, Sint P (1974) Are there different types of attempted suicides? A cluster analytic approach. In: Speyer N, Diekstra RFW, Loo KJM van de (eds) *Proc 7th Int Congress on Suicide Prevention*. Swets und Zeitlinger, Amsterdam
- Katschnig H, Sint P, Fuchs-Robertin G (1981) Gibt es verschiedene Typen von Selbstmordversuchen? In: Pohlmeier H, Welz R (Hrsg) *Selbstmordhandlungen*. Beltz, Weinheim
- Kessel N, McCulloch W (1966) Repeated acts of self-poisoning and self-injury. *Proc Roy Soc Med* 59 : 89-92
- Kiev A (1976) Cluster analysis profiles of suicide attempters. *Am J Psychiatr* 133 : 150-153
- Kockott G, Heyse H, Feuerlein W (1970) Der Selbstmordversuch durch Intoxikation. *Fortschr Neurol Psychiatr* 38 : 441-465
- Kreitman N, Philip AE (1969) Parasuicide. *Br J Psychiatr* 115 : 746-747
- Kreitman N (ed) (1977) Parasuicide. Wiley, New York Sydney Toronto
- Litman RE, Wold CI (1976) Beyond crisis intervention. In: Shneidman ES (ed) *Suicidology*. Grune and Stratton, New York San Francisco London
- Möller HJ, Werner V, Feuerlein W (1978) Beschreibung von 150 Patienten mit Selbstmordversuch durch Tabletten, unter besonderer Berücksichtigung des Selbstmordverhaltens und der Inanspruchnahme von Beratungsmöglichkeiten für Suizidgefährdete. *Arch Psychiat Nervenkr* 226 : 113-135
- Morgan HG, Barton J, Pottle S, Pocock H, Burns-Cox CJ (1976) Deliberate self-harm: A follow-up of 279 patients. *Br J Psychiatr* 128 : 361-368
- Motto JA (1965) Suicide attempts. A longitudinal view. *Arch Gen Psychiatr* 13 : 516-520
- Motto JA (1974) Suicide prevention by long-term contact. In: Speyer N, Diekstra RFW, Loo KJM van de (eds) *Proc 7th Int Congr for Suicide Prevention*. Swets und Zeitlinger, Amsterdam
- Motto JA (1978) New approaches to crisis intervention. In: Aalberg V (ed) *Proc 9th Int Congr for Suicide Prevention*, Helsinki. Oy Länsi Savo: The Finnish Assiciation for Mental Health
- Paerregaard G (1974) Suicide frequency among persons who have attempted suicide. A 10 years follow-up. In: Speyer N, Diekstra RFW, Loo KJM van de (eds) *Proc 7th Int Congr for Suicide Prevention*. Swets und Zeitlinger, Amsterdam
- Pino R, Kockott G, Feuerlein W (1979) Sechs-Jahres-Katamnese an hundert Patienten mit Suizidversuchen durch Tabletteneinahnme. *Arch Psychiat Nervenkr* 227 : 213-226
- Pöldinger W (1968) Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern Stuttgart
- Retterstøl N (1970) Long-term prognosis after attempted suicide. A personal follow-up examination. Universitetsforlaget, Oslo
- Stengel E, Cook NG (1958) Attempted suicide. Its social significance and effects. Maudsley Monographs Nr. 4. Chapman & Hall, London
- Tuckman J, Youngman WF (1963) Identifying suicide risk groups among attempted suicides. *Public Health Rep* 78 : 763-766

Eingegangen am 9. August 1982