

Suizidologie als moderne Wissenschaft¹⁾

Manfred Wolfersdorf

Überarbeitetes Manuskript nach einem Vortrag im Rahmen der Wiblinger Gespräche zur Geschichte der Nervenheilkunde“ zum Thema „Suicid“ in Wiblingen, Ulm 1992

Summary

Suicidology – a modern science

Suicide research during the last 2 – 4 decade took aim at identification of high risk groups and evaluation of therapeutic strategies. In the 70s and 80s suicidology entered the area of biological research for the first time. This led to so-called integrative models of the development of suicidal behavior including biological, psychodynamic, psychiatric and social aspects. At this point the discussion about further suicide research into practical consideration for the clinician to treat and help suicidal persons and its translation is still open.

Einleitung

Im Rahmen einer Tagung zur Geschichte der Selbsttötung die Entwicklung der Suizidologie zu einer heute grenzübergreifenden Wissenschaft zu beschreiben, verlangt eine Begrenzung auf ausgewählte Fragestellungen. Diese Auswahl geschieht aus klinisch-psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht, wobei auch heutigen Fragestellungen der sogenannten biologischen Suizidologie sowie der Entwicklungen im Versorgungsbereich nachgegangen werden soll.

Kurzer historischer Abriss zur Entwicklung der Suizidprävention

Suizidales Handeln ist wahrscheinlich das am häufigsten diskutierte menschliche Verhalten. Selbsttötungen gibt es, seit es Menschen gibt, in allen Kulturen und Gesellschaftsformen, bei Naturvölkern ebenso wie in sogenannten hochindustrialisierten Ländern. Die heute vorliegende suizidologische Literatur ist unübersichtlich und nicht mehr umfassend rezipierbar geworden.

In der psychiatrischen Literatur wird Suizidalität meist in der Nähe von Depression und im Rahmen eines Krankheitsmodelles diskutiert. Unter dem Einfluß der französischen Aufklärung und einer zunehmend medizinischen Betrachtungsweise psychischer Störungen wurde suizidales Verhalten seit Anfang des 19. Jahrhunderts Thema einer sich entwickelnden Medizin und Psychiatrie. Vor diesem Hintergrund ist die Aussage von ESQUIROL (1838) zu verstehen: „Der Selbstmord bietet alle Merkmale der Geisteskrankheit“, womit erstmals therapeutische Empfehlungen, nämlich eine „moralische Behandlung“ im Sinne einer psychotherapeutischen Orientierung verbunden waren. GRIESINGER (1867) diskutierte den Suizid im Zusammenhang mit „Schwermut mit Äußerung von Zerstörungstrieben“, sah darin jedoch „durchaus nicht immer das Symptom oder das Ergebnis einer psychischen Krankheit“. *Dieses medizinisch-psychiatrische Paradigma für Suizidalität in Nachfolge einer religiösen Sichtweise* hat viele Vorteile; es befreit den Suizidenten von der Schuldfrage, ermöglicht den heutigen Gesundheitssystemen therapeutische Angebote und Versorgung und respektiert damit in fürsorglich-achtungsvoller Weise individuelle Not und Einengung von Erleben, Wahrnehmung und Lebenssituation, geht damit auch einer häufig ausgesprochen akademisch wirkenden „Freitod“-Diskussion im Interesse des Betroffenen und seiner Hilfsbedürftigkeit aus dem Wege. Suizidpräventive Maßnahmen gelten für alle Menschen, Suizidprävention läßt sich in aller Kürze als Zeitgewinn für erneutes Überdenken und optimales Hilfsangebot beschreiben.

Neben einer zunehmend medizinischen Sichtweise wird *Suizidologie als soziologisches Thema* später von DURKHEIM (1897) in seinem berühmt gewordenen Buch „Der Selbstmord“ bereits Ende des letzten Jahrhunderts festgeschrieben.

Auf der *psychiatrischen und später tiefenpsychologisch-analytischen Seite* formulieren FREUD (1917), in der Nachfolge MENNINGER (1938), um nur wenige Vertreter der frühen psychanalytischen Schule zu nennen, DAMEROW (1865), LEHR (1871) oder EDEL (1891), später dann GAUPP (1905) und GRUHLE (1940) als Psychiater bis heute noch gültige psychodynamische und psychiatrische Aspekte von Suizidalität (zit. nach WOLFERSDORF 1989). So hatte GAUPP (1905) psychologische, soziale und biologische Komponenten des Suizides diskutiert und zwischen Ursache und Motiv unterschieden; als Ursache war eine abnorme psychische Verfassung zum Zeitpunkt des Suizides definiert. GRUHLE (1940) betonte die Bedeutung von Depression und Alkoholismus für suizidales Verhalten, erwähnte aber auch extreme Lebenssituationen. Insgesamt fällt in der damaligen Literatur eine vorwiegend deskriptive Betrachtungsweise von Suizidalität auf. Hier ist Ch. Reimer (1986) zuzustimmen, daß es erst in den letzten Jahrzehnten zu einer differenzierten Betrachtung der Vorgänge im Suizidenten im Sinne einer allgemeinen Psychodynamik gekommen sei. Noch jünger sind heutige biologische und integrative Betrachtungsweisen von Suizidalität (z.B. MARIS 1986, PRAAG, van, et al. 1990, STEINERT und WOLFERSDORF 1992).

1) Überarbeitetes Manuskript nach einem Vortrag im Rahmen der Wiblinger Gespräche zur Geschichte der Nervenheilkunde“ zum Thema „Suicid“ in Wiblingen, Ulm 1992.

Unter *therapeutischen Gesichtspunkten* resultierte bei ESQUIROL (1838) bereits eine praxisorientierte Handlungsempfehlung für den Umgang mit Suizidgefährdeten. Die Konzepte von Suizidalität als Endpunkt einer depressiven Dynamik, von FREUD (1917) in „Trauer und Melancholie“ entworfen, waren vorwiegend theoretischer Art und die daraus abgeleitete Konsequenz der Aggressionsumkehr ist heute in Akuttherapie und Krisenintervention überholt. Das „Mörderische“, das in der Suizidhandlung gesehen wurde, verführt sehr rasch zu einer negativen Besetzung des „Selbst-Mörders“, dem definitionsgemäß Börsartigkeit und Hinterhältigkeit zugetraut wird; der Aspekt der existentiellen Lebensunfähigkeit, der Basisverlust-Angst wird zu rasch vergessen. In der Beschreibung von „Motivstruktur“ (FEUERLEIN 1971), der „Stadien der suizidalen Entwicklung“ (PÖLDINGER 1968), im Entwurf des „präsuizidalen Syndroms“ (RINGEL 1953) drückt sich der Wunsch nach einem besseren Verstehen der inneren Dynamik in der Entwicklung suizidalen Verhaltens aus und auch die Einbeziehung eines sogenannten signifikanten Anderen, wenn es um Interpretation suizidalen Verhaltens als Wunsch nach Pause und Unterbrechung im Leben, um Appell als Mitteilung innerer Ambivalenz oder aggressive Aspekte geht. Neuere tiefenpsychologischen Überlegungen, so das Konzept Suizidalität als Ausdruck einer narzißtischen Krise, gruppieren sich um psychoanalytische Suizidforscher wie HENSELER (z.B. 1974), Ch. REIMER (1985, 1986), MILCH (1987), TEISING (1992) oder KIND (1992) um einige deutschsprachige Autoren anzuführen. Der neueste Beitrag, auch als Fortsetzung der bisherigen tiefenpsychologischen Überlegungen zu verstehen, stammt von J. KIND (1992), der sich vor dem Hintergrund eines objektbeziehungstheoretischen Ansatzes mit dem bisher von tiefenpsychologischer Seite gemiedenen Bereich präpsychotischen bzw. Borderline-Funktionsniveaus und der dort entstehenden Suizidalität unter dem Gesichtspunkt der Objektsicherungs- und Objektänderungs-Funktion von Selbsttötungsverhalten beschäftigt. Neben eher am Krisenmanagement orientierten Empfehlungen zum Umgang mit Suizidgefährdeten wurden von HENSELER (1974), REIMER und ARENTEWICZ (1993) sowie J. KIND (1992) Empfehlungen für eine psychotherapeutisch orientierte Krisenintervention vorgelegt.

Die *heutige biologische Suizidforschung* ist im wesentlichen neurobiochemisch orientiert, wobei psychophysiologische Untersuchungsansätze, Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren zur Diskriminierung suizidaler und nicht-suizidaler Depressiver sowie genetisch-erbbiologische Fragestellungen häufiger werden (z.B. ASBERG et al. 1976, EDMANN et al. 1986, KELLER et al. 1991, STRAUB et al. 1992, WOLFERSORF und STRAUB 1994, NASRALLAH et al. 1982, OKASHA und RAAFAT 1990, KETY 1990; Übers. bei MARIS 1986, MÖLLER u. van PRAAG, 1992, STEINERT u. WOLFERSDORF 1992). Damit findet auch eine biologisch orientierte Betrachtungsweise, die im wesentlichen mit einem Krankheitskonzept von Suizidalität arbeitet, in die bisherig psychodynamisch-soziologisch orientierte Suizidologie Eingang. Dies führt auch zu bisher im Bereich der Suizidprävention kaum diskutierten Fragestellungen, wie z.B. der Psychopharmakotherapie bei und

von Suizidalität (z.B. DIETZFELBINGER und MÖLLER 1992, WOLFERSDORF 1992, FELBER 1993 a).

Insgesamt wird in den theoretischen Beschreibungen innerseelischer Vorgänge beim Suizidenten und präsuizidaler Entwicklungen unter Einbeziehung biologischer Aspekte eine fruchtbare Verbindung phänomenologisch-psychodynamischer und somatisch orientierter Suizidforschung im Rahmen integrativer Modelle deutlich.

Auf die bisher wenig beachteten *lerntheoretischen Ansätze* zum Verständnis von Suizidalität (z.B. LINEHAN 1981, SCHMIDTKE 1986 a, b) kann hier nur kurz hingewiesen werden.

Ätiologische Modelle der Entstehung von Suizidalität gibt es in der bisherigen Suizidologie kaum: Eine Ausnahme ist die Konzeption von HENSELER (1974) und Ch. REIMER (1986), die von einer in ihrem Selbstwertgefühl gestörten Persönlichkeit und einer daraus ableitbaren Partnerwahl als ätiologischer Grundkonstellation für die Entstehung einer narzißtischen Krise ausgehen; ebenso ist J. KIND (1992) eine ätiologisch orientierte Entstehung von Suizidalität zu unterstellen. Auch der sogenannten Serotonin-Defizit-Hypothese von Suizidalität ist ein ätiologischer Stellenwert zuzuweisen. Alle anderen Konzepte haben deskriptiven Charakter und beschreiben die Interaktion verschiedener Aspekte und Entwicklungen im Sinne von Psychodynamik, ohne ätiopathogenetische Aspekte zu berücksichtigen.

Parallel zu den genannten Überlegungen entstehen *im therapeutischen Feld* seit den 50er Jahren Kriseninterventionszentren in den USA, deren theoretischer Hintergrund die Community Mental Health Bewegung und die Krisentheorie von CAPLAN (1964) bzw. CULLBERG (1978) sind, integriert in einen gemeinde- und sozialpsychiatrischen Versorgungsansatz. Hier fließen die in den 50er und 60er Jahren entwickelten humanistischen Psychotherapieansätze für die Gestaltung des hilfreichen Umganges mit psychisch Kranken, z.B. die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach ROGERS, ein und legitimieren auch andere, nicht im ärztlich-tiefenpsychologischen Bereich angesiedelte Therapiemethoden für die Suizidentenbetreuung (z.B. Transaktionsanalyse). Ende der 40er/Anfang der 50er Jahre entstehen um FARBEROW und SHNEIDMAN Einrichtungen in den USA wie das Suicide Prevention Center in Los Angeles als älteste amerikanische Kriseninterventionseinrichtung, wobei sogar vom National Institute of Mental Health (NIMH) im Rahmen des damaligen sozialpsychiatrischen Geistes getragene Forschung möglich wird. In der deutschsprachigen Psychiatrie begleiten die obengenannten theoretischen Konstrukte die Entstehung der ersten Lebensmüden-Beratungsstelle in Wien (RINGEL 1953, SONNECK 1982), der Samaritans in London, der Telefonseelsorge in Deutschland. Eine der ersten privaten Telefonseelsorge-Stellen hatte 1956 THOMAS in Berlin eingerichtet (BALASZESKUL 1992), neben den inzwischen etablierten Telefonseelsorge-Einrichtungen in ökumenischer Trägerschaft.

1974 entsteht IFOTES als Internationale Vereinigung der Telefonseelsorge-Einrichtungen, 1972 wird in München in der Kriseninterventionseinrichtung „Die Arche“ die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) gegründet, 1993 findet in Montreal, Kanada, der bereits 17. Kongreß der Internationalen Vereinigung für Suizidprävention (IASP) statt, 1991 wird in Padua die International Association for Suicide Research (IASR) gegründet. Weltweit gibt es inzwischen verschiedene wissenschaftliche Zeitschriften als Forum für Fragen der Suizidologie und Krisenintervention, z.B. „Crisis“, „Suicide and Life Threatening Behavior“, oder „Suizidprophylaxe“, voraussichtlich 1995 werden die „Archives of Suicide Research“ erstmals erscheinen.

Einige Entwicklungen und Ergebnisse der Suizidforschung in den letzten Jahrzehnten

Neuere Entwicklungen in der Suizidologie betreffen einmal epidemiologische Ansätze, versorgungs- und therapiebezogene Aspekte, die theoretischen Beschreibungen einer allgemeinen suizidalen Psychodynamik sowie einer Biologie der Suizidalität, die in psycho-bio-soziologische, d. h. integrative Modelle einmünden (Tab. 1). Diese werden Basis von Versorgungsstrategien und deren Konzeptionalisierung sowie Basis therapeutischer Maßnahmen in der Versorgung von Suizidenten und Menschen in suizidalen Krisen. Hierzu einige Anmerkungen.

Epidemiologische Forschung in der Suizidologie gilt der Erfassung von Raten und Zahlen suizidalen Verhaltens in verschiedenen Gesellschaftsformen, Ländern und Populationen, der Betrachtung unterschiedlicher Entwicklungen (z.B. Fortschreibung der Suizidraten in der Alt-BRD und der ehemaligen DDR), der Identifikation von Risikogruppen. Neben der Feststellung eines „allgemeinen suizidalen Niveaus“ in der jeweiligen Untersuchungsgruppe geht es um die Identifikation sogenannter Hochrisikogruppen für Suizidalität. Neben dem derzeit laufenden Multicenter-Projekt der WHO, welches den mehrere Länder und Schwerpunkte umfassenden Versuch einer systematischen Erhebung und Untersuchung von Suizidversuchs-Patienten wagt, geht es derzeit u.a. vor allem um den Verlauf der Suizidraten über die Altersgruppen hinweg: Bei jungen Menschen sinken die Suizidversuchsraten über Lebensjahre deutlich ab, ab Mitte der 40er Jahre steigen die Suizidraten bei Männern und Frauen, vorwiegend jedoch bei den Männern an. Die männlichen Altersgruppen zwischen 20 und 30 Lebensjahren sowie die über 70jährigen weisen eine Zunahme von Suiziden auf. Eine der Konsequenzen aus den epidemiologischen Untersuchungen war die Definition von Hochrisikogruppen für Suizide, zu denen depressiv Kranke, Alkoholabhängige, alte Menschen, vereinsame Menschen, Personen mit Suizidankündigungen sowie Suizidversuchen in der Vorgeschichte gezählt werden. Es geht also um psychisch Kranke im engeren Sinne, um Menschen mit bereits offensichtlicher Suizidalität sowie um Menschen mit bestimmten Rahmenbedingungen, z.B. alte und / oder vereinsame Personen. Zieht man hieraus Konsequenzen, so sind ver-

sorgungspolitisch Überlegungen bezüglich der Suizidalität im höheren Lebensalter sowie bezüglich einer Verbesserung von Diagnostik und Therapie bei den am meisten gefährdeten Gruppen, z.B. den depressiv Kranken und den Alkoholkranken, zu fordern. Wenn man weiß, daß Depressive die Hauptrisikogruppe für Suizid darstellen, wenn wesentliche psychopathologische Kennzeichen bekannt sind, dann beinhaltet dies die Verpflichtung zur Verbesserung der allgemeinärztlichen und psychiatrisch-psychologischen Versorgung dieser Risikogruppe. Epidemiologie kann hier also als Basis für therapeutische und diagnostische, präventive, Forschungs- und politische Strategien dienen.

Tabelle 1 : Themen der Suizidforschung in den letzten 4 Jahrzehnten

Epidemiologie
<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeiten suizidalen Verhaltens in verschiedenen Populationen (z. B. Altersgruppen) • Identifikation spezifischer Risikogruppen • Verlauf von Suizid- und Suizidversuchsraten
Psychogenese, Psychodynamik, Psychopathologie
<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung präsuizidaler Entwicklungen (z. B. „präsuizidales Syndrom“; „Stadien der suizidalen Entwicklung“; „Krisenabläufe“) • Ätiologische Konzepte (narzißtische Krise; Suizidalität auf präpsychotischem bzw. Borderline-Niveau; Aggressionsmodell) • Beschreibung von Motivstruktur (z. B. Appell vs. Aggression; dranghafte Suizidalität; Aggressionsmodell) • Beschreibung psychodynamisch-psychopathologischer Abläufe (z. B. bei Schizophrenen, Depressiven) • Lerntheoretische Modelle
Biologie
<ul style="list-style-type: none"> • Neurobiochemische Faktoren (z. B. Serotonin-Defizit als Ursache von Impulskontrollstörung) • Genetische Suizidforschung • Bildgebende Verfahren (z. B. CCT, PET) • Psychophysiologische Untersuchungen (z. B. elektrodermale Reaktivität; elektrophysiologische Unterschiede) • Fettstoffwechsel und Suizidalität • Antidepressiva (SSRI), Lithium und Suizidalität
Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> • Patientensuizid (-Zunahme, Risikogruppen) • Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie bei Suizidalen • Kriseninterventionseinrichtungen, Telefonseelsorge (z. B. Evaluation, Nachsorge) • Entwicklung von Standards für Krisenintervention
Soziologie
<ul style="list-style-type: none"> • Anomie-Konzept • Ökologisches Modell

Unter dem Stichwort *allgemeine präsuizidale Dynamik lassen sich deskriptiv-psychodynamische Modelle*, wie sie von seiten

der Psychiatrie sowie der Tiefenpsychologie entwickelt wurden, subsumieren. Hier wurde versucht, innerdynamische und bewußte bzw. unbewußte Abläufe zu skizzieren. So wird in der *Beschreibung des „präsuizidalen Syndroms“* von RINGEL (1953) die Verbindung phänomenologischer und psychodynamischer Ansätze deutlich, wobei vor allem der Begriff der „*Einengung*“ einen bedeutsamen Stellenwert hat, denn er benennt den Vorgang einer zunehmenden, aktiv herbeigeführten und passiv erlittenen Einschränkung äußerer und innerer Ressourcen des späteren Suizidenten. Hier lassen sich z.B. auch psychische Erkrankungen im Sinne der qualitativen und quantitativen Veränderung affektiv-kognitiven Erlebens, aber auch konkrete Lebensbedingungen wie Vereinsamung alter Menschen nach Verwitweung, chronische Arbeitslosigkeit, Entwurzelungsphänomene u.ä. integrieren. Der Faktor *Hoffnungslosigkeit* i.S. von BECK et al. (1975) als typischer Attributionsstil depressiv strukturierter Menschen benennt dann Teilaspekte von Einengung. Von großer klinischer Bedeutsamkeit ist die Beschreibung der „*Stadien der suizidalen Entwicklung*“ von PÖLDINGER (1968) und hier insbesondere der Begriff der „*Ambivalenz*“ bedeutsam geworden. Diese Phase ist nämlich durch Appelle nach außen gekennzeichnet, deren Überhören durch das Umfeld zu averbalen Handlungskonsequenzen des Betroffenen führen muß. Im Bemühen um ein besseres Verständnis der innerseelischen Vorgänge entstand das Konzept der Motivstruktur (FEUERLEIN 1971), wobei das appellative und das autoaggressive Moment am bedeutsamsten erscheinen, denn beide werden für die Interaktion mit dem Suizidenten wichtig. Sie können in einer nicht-kontrollierten Gegenübertragung Bagatellisierung bzw. Aggressivität auf Helferseite hervorrufen.

Von den beiden tiefenpsychologischen Konzepten – das klassische *Aggressionsmodell* stützt sich auf FREUD und versteht Autoaggression als Ausdruck einer auf ein nicht verzichtbares, introjiziertes Objekt gerichtete Fremdaggression – ist das Modell von HENSELER (1974) und in der Nachfolge von Ch. REIMER (1985), welches die *suizidale Handlung als Endpunkt einer narzißtischen Krise* beschreibt, auch als ätiologisches Modell zu verstehen, denn Voraussetzung für die Entwicklung einer narzißtischen Krise bei entsprechendem Auslöser ist das Vorliegen einer starken Störbarkeit des Selbstwertgefühls als Resultat der lebensgeschichtlichen Entwicklung, woraus eine besondere Anfälligkeit gegenüber Kränkungen und Mißerfolg, insbesondere aus dem nächsten Bezugsbereich resultiert.

Diese Konzeption bietet sich als Erklärung für eine Reihe von Suizidhandlungen an, vor allem aus dem Bereich von Beziehungsstörungen, wobei das kränkende Objekt nicht nur eine Person sein kann, sondern z.B. auch der Verlust einer Lebenskonzeption, eines subjektiv bedeutsamen Gegenstandes. Dieses Modell läßt sich auch bei der Auseinandersetzung von Menschen mit chronischer Krankheit bzw. Krankheitsfolgen anwenden, so zum Verständnis suizidaler Handlung bei schizophrenen Patienten in der postremissiven Phase, wo es um die Auseinandersetzung mit krankheitsbedingten Einschränkungen, Ansprüchen von Partnern, Familie, Helfern sowie eigenen und realen Erfordernissen geht. Daß die narzißtische Motiva-

tionslage nur ein Aspekt sein kann, hat besonders FELBER (1993 b) in seiner Parasuizidenten-Skizzierung deutlich gemacht. Er spricht u. a. von dranghaftem suizidalen Verhalten, welches sich besonders bei Psychotikern finde, wobei impulshaftes Verhalten und Rachemotive eng beieinander lägen. Nach eigener Erfahrung finden sich vor allem bei depressiv kranken Menschen häufig auch altruistische oder resignative Motivkonstellationen, die ihres eigenen Beschreibungsmodelles bedürften.

Biologische Aspekte suizidalen Verhaltens werden erst neuerdings erforscht. Hierunter versteht man neurobiochemische, erbbiologische, psychophysiologische sowie hirnpathologische Studien. Die frühen hirnpathologischen Untersuchungen hatten keinen Erklärungszuwachs für suizidales Verhalten erbracht. Die Diskussion um die Vererbung von Suizidalität wurde (KETY 1990) erneut belebt. Hier wird auch an eine genetische Disposition des Individuums für Impulskontrollstörung gedacht. Die ersten Ergebnisse der neurobiochemischen Suizidforschung kamen aus der schwedischen Gruppe um ASBERG und Mitarbeiter (1987); neuere Studien hierzu stammen vor allem aus der Gruppe um van PRAAG et al. (1990). Dabei hat sich die neurobiochemische Suizidforschung inzwischen zu einer Aggressionsforschung mit der Hypothese einer gemeinsamen Basis für auto- und fremdaggressives Verhalten, nämlich einer Disposition für eine Impulskontrollstörung entwickelt. Die Forschung in diesem Bereich ist derzeit im Fluß. Ohne auf einzelne Untersuchungen eingehen zu wollen, ist in der Grundtendenz die bisher griffigste Hypothese die einer Serotonin-Stoffwechselstörung im zentralen Nervensystem als Basis einer Disposition zu einer Impulskontrollstörung. Gerade bei Menschen, die sogenannte harte Suizidmethoden verwenden, lassen sich wohl die neurobiochemischen und auch die psychophysiologischen Unterschiede im Vergleich zu nicht suizidalen Kontrollen oder auch zu Suizidversuchspatienten mit sog. weicher Methode am eindrucklichsten aufzeigen.

Als therapeutische Konsequenz der Hypothese einer neurobiochemisch fundierten Impulskontrollstörung, die im wesentlichen im serotonergen System angesiedelt wird, wird vorwiegend Psychopharmakotherapie diskutiert, einmal bezüglich Antidepressiva (sogenannte serotonin-selektive Wiederaufnahmehemmer) bzw. neuerdings auch Lithium (MÜLLER-OERLINGHAUSEN et al. 1992, FELBER 1993 a). In diesem Zusammenhang ist auch eine kontroverse Diskussion um Suizidförderung bzw. Suizidprävention durch bestimmte Antidepressiva geführt worden (WOLFERSDORF 1992).

Psychophysiologische Suizidforschung wird nur von wenigen Gruppen durchgeführt (EDMAN et al. 1986, KELLER et al. 1991, STRAUB et al. 1992, WOLFERSDORF et al. 1993, WOLFERSDORF und STRAUB 1994). Hierbei zeigte sich bisher, daß bei Patienten nach SV und insbesondere bei Depressiven mit harten Suizidversuchsmethoden eine erniedrigte elektrodermale Reaktivität in einem Habituationsexperiment aufgezeigt werden kann, was in Richtung einer inadäquaten Situationsanpassung weist und sich insbesondere bei der Untersuchung

von durch Suizid mit harten Methoden verstorbenen Menschen belegen läßt.

Neuerdings wird auch über die Rolle von Serumfetten, hier insbesondere Cholesterin im Kontext suizidalen Verhaltens diskutiert. Hintergrund war die Beobachtung, daß bei cholesterinsenkenenden therapeutischen Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen zwar die Mortalität in letzterer Gruppe gesenkt werden, die Gesamtmortalität aufgrund einer exzessiven Zunahme von Suiziden und Unfällen jedoch nur gering reduziert werden konnte. Ähnlich wie psychophysiologische Untersuchungen beziehen sich auch Serumcholesterinstudien zur Suizidalität auf das zentralnervöse Serotonin-Defizit-Konzept, wobei die bisherigen Ergebnisse widersprüchlich sind; in eigenen Untersuchungen (WOLFERSDORF et al. 1994, SAUTER 1994) konnte ein einfacher Zusammenhang zwischen erniedrigten Cholesterin-Werten und Suizidalität nicht gezeigt werden.

Daß monokausale Modelle der Ätiopathogenese und der aktuellen Psychodynamik suizidalen Verhaltens unbefriedigend sind, ist suizidologisches Allgemeinwissen. Sogenannte *integrative Modelle*, welche sowohl biologische als auch psychologische und soziologische Aspekte zusammenfassen, wurden von BLUMENTHAL (1990) oder auch als Flußmodell von MANN und STANLEY (1988) sowie STEINERT und WOLFERSDORF (1992) vorgestellt. Auch das lerntheoretische Modell von LINEHAN (1981) stellt den Versuch der Hereinnahme unterschiedlicher Bedingungen dar. Die Forschungsansätze werden dann jedoch besonders problematisch (SCHMIDTKE 1988 b). So verdientvoll es ist, integrative Ansätze zu konzipieren, so schwierig wird es für Forschungsfragen, wenn „alles alles bewirkt“. Bleibt man beim Grundanliegen integrativer Modelle, die Komplexheit suizidalen Verhaltens zu verdeutlichen, so sind derartige Ansätze u.a. gut für Forschungsfragen, wobei die Zusammenhänge der verschiedenen Faktoren überprüft werden müssen.

Abschließend noch ein paar Anmerkungen zur *Erforschung von Versorgungsstrukturen*. Untersuchungen bezüglich der Struktur von Krisenintervention und Suizidprävention sind bis heute selten. Dies gilt sowohl für Untersuchungen an Telefonseelsorge-Einrichtungen (BALASZESKUL 1992, WOLFERSDORF 1990) als auch für begleitende Forschungsfragen an entsprechenden Einrichtungen. Im wesentlichen beschränkt sich die Forschungsarbeit in den zumeist von Vereinen oder auf der Basis von Spenden oder staatlichen Zuwendungen existierenden Einrichtungen auf der Ebene von Tätigkeitsberichten, in die jeweils die betriebsinterne Ideologie eingeht. Neuerdings finden Entwicklungen in Richtung der Typisierung der Anforderung an derartige Einrichtungen (sog. Standards) statt. So wurde vor kurzem von FREYTAG und WITTE (1992) das bisher bestehende Wissen zu Leitlinien für Einrichtungen der Krisenintervention für Suizidenten zusammengefaßt; hieraus entstanden auch die „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention“ (FREYTAG et al. 1993). Erst auf der Basis derartig übergreifender Empfeh-

lungen lassen sich auch Fragestellungen zur Effizienz, zur Erfolgskontrolle vorstellen. Ein weiterer Aspekt von Versorgungsforschung ist die Untersuchung von therapeutischen Strategien bei Menschen in suizidalen Krisen bzw. nach Suizidversuchen. Hier ist besonders auf die Untersuchungen von WEDLER (z.B. 1984) zu Versorgungsstandards in internistischen Kliniken zu verweisen, auch auf die Ergebnisse der Forschungsgruppe an der Toxikologischen Abtl. der TU München, die Heidelberger Suizidentenbetreuung, die ehemalige Kriseninterventionseinrichtung an der Psychiatrischen Klinik des Max-Planck-Instituts in München (KURZ et al. 1984, BRONISCH et al. 1986, HEYDT 1991, HERRLEN-PELZER et al. 1991, BÖHME und MUNDT 1987, WOLFERSDORF et al. 1993). Hierher gehören auch diejenigen Studien, die sich unter dem Stichwort „Klinik-suizid“ bzw. „Patientensuizid“ mit dem Problem der Suizide und der Zunahme dieser Suizidenten in stationären psychiatrischen Einrichtungen in den letzten 30 Jahren beschäftigt haben (z.B. FINZEN 1988, RITZEL 1989, WOLFERSDORF 1989). Aus den Überlegungen zur Versorgung von Suizidversuchspatienten in Allgemeinkrankenhäusern auf internistischen Abteilungen und in Kriseninterventionseinrichtungen entstammen u.a. die heutigen Empfehlungen und Leitlinien zur Versorgung von Menschen in suizidalen Krisen. Ein Verdienst der sog. Patientensuizid-Forschung in psychiatrischen Einrichtungen ist die Beschreibung jüngerer, überwiegend männlicher schizophrener Patienten der paranoid-halluzinatorischen Gruppe als einer „neuen Risikogruppe“ unter psychiatrischen Versorgungsbedingungen.

Zusammenfassung

Suizidforschung der letzten 30 – 40 Jahre diente der differenzierten Suche nach besonders gefährdeten Gruppen, der Überprüfung von therapeutischen Maßnahmen, woraus theoretische Entwicklungsmodelle, Ätiopathogenesemodelle und Ansätze zur Erforschung von Versorgungsstrukturen resultierten. In den 70er und 80er Jahren wurde erstmals auch die biologische Suizidforschung intensiviert und es entstanden in der Folge sogenannte integrative Modellvorstellungen, welche biologische, psychologische und soziologische Ansätze zu einem besseren Verständnis von Entstehung und Entwicklung von Suizidalität zusammenfassen. An diesem Punkt etwa steht die derzeitige Suizidforschung und es gilt abzuwarten, wie sich die heutige, sog. Suizidologie als Forschungsrichtung weiter entwickeln und wie sich die Integration theoretischen Wissens in die Alltag-Suizidprävention und -Krisenintervention umsetzen lassen wird.

Literatur

- ASBERG, M., L. TRASKMAN, P. THOREN: 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? Arch Gen Psychiatry 33, 1193-1197 (1976)

- BALASZESKUL, E. N.: Telefonseelsorge und Suizidgefährdung. In: H. Wedler, M. Wolfersdorf, R. Welz (Hrsg.): Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch. S. Roderer, Regensburg 1992
- BECK, A.T., M. KOVACZ, A. WEISSMAN: Hopelessness and suicidal behavior. JAMA 234, 1146 – 1149 (1975)
- BLUMENTHAL, S.J.: An overview and synopsis of risk factors, assessment and treatment of suicidal patients over the life cycle. In: Blumenthal, S.J., D.J. Kupfer (eds.): Suicide over the life cycle. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC, USA, London, GB, 1990
- BÖHME, K., MUNDT, CH.: Ein psychiatrischer Liaisondienst für Patienten nach Suizidversuch an einer internistischen Universitätsklinik. In: H. Katschig, C. Kulenkampff (Hrsg.): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Rheinland-Verlag, Köln 1987
- BRONISCH, T., FEUERLEIN, W., HERTENBERGER, E.: Eine Station für psychiatrische Krisenintervention fünf Jahre später. Psychiat. Prax. 13, 213-218 (1986)
- CAPLAN, G.: Principles of preventive psychiatry. Basis Books, New York, 1964
- CULLBERG, J.: Krisen und Krisentherapie. Psychiat. Prax. 5, 25 – 34 (1978)
- DIETZFELBINGER, T., MÖLLER, H.J.: Somatische Therapie, insbesondere Pharmakotherapie bei Suizidgefährdeten. In: H. Wedler, R. Welz, M. Wolfersdorf (Hrsg.): Therapie bei Suizidgefährdung. S. Roderer, Regensburg 1992
- DURKHEIM, E.: Der Selbstmord (dt. Übersetzung von „Le suicide“ (1987). Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 431, Luchterhand, Neuwied Berlin 1973
- EDMAN, G., ASBERG, M., LEVANDER, S., SCHALLING, D.: Skin conductance habituation and cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid in suicidal patients. Arch Gen Psychiatry 43, 586 – 592 (1986)
- ESQUIROL, J.E.D.: Von den Geisteskrankheiten. Dtsch. Übersetzung. Erschienen in der Reihe Hubers Klassiker der Medizin und der Naturwissenschaften Band XI. Hrsg.: E.H. Ackerknecht und H. Buess, dtsh. Übersetzung W. Bernhard. Voß Verlag, Berlin 1838. Neuauflage Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart 1968
- FELBER, W.: Rezidivprophylaxe affektiver Erkrankungen mit Lithium. S. Roderer, Regensburg 1993 a
- FELBER, W.: Typologie des Parasuizids. S. Roderer, Regensburg 1993 b
- FEUERLEIN, W.: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung? Tendenzen suicidalen Verhaltens. Nervenarzt 42, 127-130 (1971)
- FINZEN, A.: Der Patientensuizid. Psychiatrieverlag, Bonn 1988
- FREUD, S.: Trauer und Melancholie. Int. Z. ärztl. Psychoanal., BD. 4 (6): 288 – 301 (1917) sowie G.S., Bd. 5: 535-553 (1924)
- FREYTAG, R., GIERNALCZYK, T., RAUSCH, K. et al.: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention. DGS, Hildesheim 1993
- FREYTAG, R., WITTE, M. (Hrsg.): Leitlinien für die Organisation von Krisenintervention. Eine Standortbestimmung. S. Roderer, Regensburg 1992
- GAUPP, R.: Über den Selbstmord. Gmelin, München 1905
- GRIESINGER, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1845, 2. Aufl. 1861, unveränd. Abdruck 1867
- GRUHLE, H.W.: Selbstmord. Thieme, Leipzig 1940
- HAENEL, T., PÖLDINGER, W.: Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Kisker, K.P. et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart 2. Springer, Berlin Heidelberg New York 1986
- HENSELER, H.: Narzißtische Krisen – Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Rowohlt, Reinbeck 1974
- HERRLEN-PELZER, S., WOLFERSDORF, M., KRAUß, C., MÜHLBACHER, K., UNSELD, C., WITZNICK, G.: Der psychiatrische Konsildienst an der medizinischen Universitätsklinik Ulm 1989. Suizidprophylaxe 18, 173-181 (1991)
- HEYDT, G.: Der Beitrag des psychiatrischen Konsiliararztes zur Suizidprävention. Suizidprophylaxe 18, 183 – 196 (1991)
- KELLER, F., WOLFERSDORF, M., STRAUB, R., HOLE, G.: Suicidal behaviour and electrodermal activity in depressive inpatients. Acta Psychiatr Scand 83, 324-328 (1991)
- KETY, S.S.: Genetic factors in suicide: Family, twin and adoption studies. In: S.J. Blumenthal, D.J. Kupfer (eds.): Suicide over the life cycle. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC, USA, London, GB, 1990
- KIND, J.: Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992
- KURZ, A., MÖLLER, H. J., BÜRK, S., et al.: Der Versuch zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Suizidpatienten am Allgemeinkrankenhaus. In: R. Welz, H. J. Möller (Hrsg.): Bestandsaufnahme der Suizidforschung. S. Roderer, Regensburg 1984

- LINEHAN, M.M.: A social-behavioral analysis of suicide and parasuicide. In: Glazer, H.G., Clarkin, J.F. (eds.): *Depression: Behavioral and directive intervention strategies*. Garland, New York 1981
- MANN, J.J., M. STANLEY: Afterword to Section III: Suicide. In: A.J. Frances, R.E. Hales (eds.): *Review of Psychiatry*, Vol. 7. American Psychiatric Press, Washington, DC, USA 1988
- MARIS, R. (ed.): *Biology of Suicide*. Guilford Press, New York 1986
- MENNINGER, K.: *Man against himself*. Harcourt, Brace & Co., New York 1938
- MILCH, W.: Psychodynamische Aspekte der Suizidfälle auf psychiatrischen Stationen. In: M. Wolfersdorf, R. Vogel (Hrsg.): *Suizidalität bei stationären psychiatrischen Patienten*. Weissenhof-Verlag, Weinsberg 1987
- MÖLLER, H.J., PRAAG, v., H.M. (Hrsg.): *Aggression und Autoaggression*. Springer, Berlin Heidelberg New York 1992
- MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B., MÜSER-CAUSEMANN, B., VOLK, J.: Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. *J. Affect. Dis.* 25, 261-270 (1992)
- NASRALLAH, H. A., MCCALLEY-WHITTERS, M., JACOBY, C.G.: Cortical atrophy in schizophrenia and mania: a comparative CT study. *J. Clin. Psychiatry* 43, 439-441 (1982)
- OKASHA, A., RAAFAT, M.: Brain Mapping bei suizidalen und nicht-suizidalen Depressiven. *TW Neurologie Psychiatrie* 4, 51-57 (1990)
- PÖLDINGER, W. (Hrsg.): *Aggression und Autoaggression*. Duphar, Hannover 1991
- PÖLDINGER, W.: *Die Abschätzung der Suizidalität*. Huber, Bern Stuttgart 1968
- PRAAG, van, H., PLUTCHIK, R., APTER, A. (eds.): *Violence and suicidality*. Brunner, Mazel, New York 1990
- REIMER, C., ARENTEWICZ, G.: *Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1993
- REIMER, C.: Psychotherapie der Suizidalität. In: W. Pöldinger, C. Reimer (Hrsg.): *Psychiatrische Aspekte suizidalen Verhaltens*. Pmi-Verlag, Frankfurt/Main 1985
- REIMER, C.: Prävention und Therapie der Suizidalität. In: K. Kisker et al. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart 2*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1986
- RINGEL, E.: *Der Selbstmord, Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Mandrich, Wien 1953
- RITZEL, G. (Hrsg.): *Kliniksuzid*. S. Roderer, Regensburg 1989
- SCHMIDTKE, A.: Suizidologie – von der Domain zur Doctrinfor-schung. *Suizidprophylaxe* 15, 87-106 (1988 a)
- SCHMIDTKE, A.: Verhaltenstherapeutisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens. S. Roderer, Regensburg 1988 b
- SONNECK, G.: Krisenintervention und Suizidverhütung. *Psychiatria Clinica* 15 (1-2): 1-96 (1982)
- STEINERT, T., WOLFERSDORF, M.: Aggression und Autoaggression. *Psychiatrische Praxis* 20, 1-8 (1993)
- STRAUB, R., M. WOLFERSDORF, F. KELLER, G. HOLE: Persönlichkeit, Motivation und Affektlabilität als modulierende Faktoren suizidalen Verhaltens bei depressiven Frauen. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 60, 45 – 53 (1992)
- TEISING, M.: *Alt und lebensmüde*. Reinhardt, München Basel 1992
- WEDLER, H.: *Der Suizidpatient im Allgemeinkrankenhaus*. Enke, Stuttgart 1984
- WOLFERSDORF, M., HERFORTH, D., LAUWASSER, P., STRAUB, R.: Elektrodermale Aktivität bei durch Suizid verstorbenen Frauen. *Suizidprophylaxe* 20, 155 – 164 (1993)
- WOLFERSDORF, M., STRAUB, R., HOLE, G.: Electrodermal activity in depressive men and women with violent or non-violent suicide attempts. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 144, 173 – 184 (1993)
- WOLFERSDORF, M., STRAUB, R.: Electrodermal reactivity in male and female depressive patients who later died by suicide. *Acta Psychiatr Scand* 89, 279 – 284 (1994)
- WOLFERSDORF, M., W. RIETSCHER, S. HERRLEN-PELZER, G. WITZNICK: Schizophrene Patienten in ambulanter Behandlung. *Psychiat. Prax.* 20, 50-54 (1993) (Sonderheft)
- WOLFERSDORF, M.: Stellung von Psychopharmaka in der Behandlung von Suizidalität. *Psychiat. Prax.* 19, 100 – 107 (1992)
- WOLFERSDORF, M.: Suizid bei stationären psychiatrischen Patienten. S. Roderer-Verlag, Regensburg 1989
- WOLFERSDORF, M., KOROS, G., BLATTNER, J.: Suizidprävention als Aufgabe von Telefonseelsorge-Einrichtungen? *Suizidprophylaxe* 17, 37 – 56 (1990)
- Priv.-Doz. Dr. med. Manfred Wolfersdorf
Arzt für Psychiatrie – Psychotherapie
Leiter Bereich Akutpsychiatrie II/Depresssion
PLK Weissenau
Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm
D-88214 Ravensburg-Weissenau