

ZUR BEDEUTUNG VON SUIZIDALITÄT

Thomas Bronisch

Zusammenfassung

Der Suizid findet sich schon bei Steinzeitmenschen. Eine deutliche Zunahme von Suiziden zeigt sich in europäischen Ländern im Laufe des 19. Jahrhunderts durch den Einfluß von Säkularisierung, Industrialisierung, und damit verbunden der Individualisierung in den betreffenden Gesellschaften. Suizide gehören zu den häufigsten Todesursachen in westlichen Gesellschaften. Die Suizidrate übersteigt die Rate an tödlichen Verkehrsunfällen. Suizidraten weisen in den einzelnen Gesellschaften eine erstaunliche Konstanz über Jahrzehnte und Jahrhunderte auf, dennoch können politisch-gesellschaftliche Ereignisse, wie Kriege oder z.B. die Öffnung des Eisernen Vorhanges in Osteuropa zu einer deutlichen Veränderung der Suizidraten führen. Im Alter findet sich die höchste Rate an Suiziden, im jugendlichen Alter die höchste Rate an Suizidversuchen. Geschlechterdifferenzen sind ausgeprägt mit einem Überwiegen des männlichen Geschlechtes bei Suiziden und einem Überwiegen des weiblichen Geschlechtes bei Suizidversuchen.

Schlüsselwörter Suizid - Suizidversuch - Epidemiologie

Summary

Suicide has already been found in neolithic societies. A conspicuous increase in suicide rates is demonstrated in European countries during the 19th century under the influence of secularization, industrialization and therefore individualization of the respective societies. Suicide belongs to the most frequent causes of death in western societies. The suicide rate is higher than that of fatal car accidents. Suicide rates show an astonishing stability over decades and centuries. However, the rates can change by political-social events such as wars or e.g. the opening of the iron curtain in Eastern Europe. The highest rate of suicides is found in older age, the highest rate of suicide attempts in younger age. There exist distinct sex differences with a preponderance of males in suicides and a preponderance of females in suicide attempts.

Keywords Suicide - suicide attempts - epidemiology

Der Suizid als eine ethisch umstrittene Handlung

Der Suizid war und ist – in der geschriebenen Geschichte – eine umstrittene Handlung. Während in der Bibel und der Antike der Suizid auch eine vertretbare oder sogar erwünschte Lösung eines sonst unlösbaren Konfliktes sein konnte, wurde auf dem Konzil von Arles 452 erklärt, daß der Selbstmord ein Verbrechen sei und nur die Folge des *furor diabolicus* darstellen könne. Ein Jahrhundert später (Konzil von Orléans 533) wurde angeordnet, daß dem Leichnam des Selbstmörders das christliche Begräbnis verweigert werde. Das Konzil von Nîmes im Jahre 1184 machte die Verdammung des Selbstmordes zu einem Teil des kanonischen Rechtes. Durch die Verflechtung von staatlicher und kirchlicher Gewalt im Mittelalter wurde die kirchliche Verdammung des Selbstmordes in vielen europäischen Staaten in die gesetzlichen Bestimmungen aufgenommen.

Auch mit Einsetzen der Säkularisierung in westlichen Gesellschaften im 18. Jahrhundert setzte sich keineswegs eine eindeutige Haltung zum "Suizid" durch. Als erstes Land strich Frankreich während der Revolution 1790 den Suizid von der Liste der gesetzlichen Verbrechen, Preußen folgte sechs Jahre später. Österreich schloß sich dieser Entwicklung erst im Jahre 1850 an, während England als letztes Land 1961 ein Gesetz abschaffte, das Selbstmord als Verbrechen mit Mord gleichsetzte und versuchten Selbstmord als Vergehen bewertete, das strafrechtlich verfolgt wurde.

Jüngerem Datums ist die Einstellung, Selbstmord als ein psychologisches Problem oder gar als psychische Störung oder Erkrankung anzusehen. John Donne (1572-1627), der Dekan von St. Paul's, bestritt, daß Selbstmord ausnahmslos sündig sei, und trat für Mitleid und Verständnis ein. Der zu seiner Zeit einflußreichste französische Psychiater Jean Etienne Dominique Esquirol (1838) schließlich bemerkte: "Der Selbstmord bietet alle Merkmale von Geisteskrankheiten. ... Der Mensch nimmt sich nur das Leben, wenn er wahnsinnig ist, und der Selbstmörder ist wahnsinnig." Sigmund Freud führte als erster in seinem Aufsatz "Trauer und Melancholie" (1917) eine psychologische Entstehungstheorie ein. Er sah den Suizid als Ausdruck der Wendung der Aggression gegen das eigene Ich, das die Aggression nicht gegen eine - ambivalent - geliebte Person richten darf.

Noch heute besteht diese umstrittene Haltung zum Suizid fort und haftet auch an den unterschiedlichen Begriffen für die Tatsache des "Hand-an-sich-Legens": "Freitod" (Améry 1976), "Selbstmord" als Vergehen in den christlichen Religionen bzw. Selbstmord als Abschluß einer krankhaften Entwicklung (Ringel 1953) sowie der nicht wertende Begriff "Suizid". Dieser Begriff "Suizid" wurde entsprechend dem lateinischen *sui cidium* (Selbsttötung) bzw. *sui caedere* (sich töten) 1177 zum ersten Mal schriftlich niedergelegt (van Hooff 1994).

Die Häufigkeit von Suiziden

Suizid ist die zehnthäufigste Todesursache in der Welt (Jenkins 1997). Tabelle 1 zeigt die Häufigkeit von Todesursachen (WHO 1990) weltweit unter Auslassung der häufigsten Todesursachen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfällen, Krebserkrankungen und Infektionskrankheiten und Mangelernährung.

Tabelle 1: WHO-Statistik: Todesursachen weltweit (1990)

856.000	Tod durch Autounfälle
818.000	Tod durch Suizid
322.000	Tod durch Krieg
292.000	Tod durch Kriminalität
291.000	Tod durch Aids

Eindrucksvoll ist hier vor allem die Tatsache, daß Autounfälle nur unwesentlich höhere Raten zeigen als Suizide. Die WHO-Daten sind natürlich *cum grano salis* zu nehmen, da Suizide in den meisten Ländern der dritten Welt nicht systematisch und reliabel erfaßt werden. Von den meisten westlichen Ländern wissen wir, daß die Zahl der Suizide die Zahl der tödlichen Autounfälle übersteigt (Deutschland ca. 14.000 Suizide gegenüber 10.000 tödlichen Autounfällen im Jahre 1996). In Deutschland beendeten 1994 jeder 71ste Mann und jede 149ste Frau ihr Leben durch Suizid (Schmidtke et al. 1996a).

Da Kinder bis zur Vorpupertät den Tod nicht als etwas Endgültiges ansehen, ist die Definition von Suizid nicht vollständig erfüllt (Pfeffer 1986). Andererseits liegen eindeutige Befunde vor, daß Kinder ab dem 4. Lebensjahr (!) Suizidabsichten haben und diese auch in die Tat umsetzen. Suizide von Kindern sind jedoch etwas sehr Seltenes. Von den unter 10jährigen Kindern in den alten und neuen Bundesländern wurden 1988 je ein Todesfall von einem Jungen und Mädchen, 1989 von zwei Jungen, 1990 von einem Jungen und zwei Mädchen als "Suizid" in der Todesursachenstatistik der BRD geführt. Deutlich mehr Suizide sind ab etwa 10 Jahren zu finden: 17 Jungen und 13 Mädchen für das Jahr 1991. Aufgrund der geringen Fallzahlen kann keine statistische Aussage über Zu- oder Abnahme von Suiziden im Kindesalter gemacht werden (Schmidtke et al. 1996b).

Die Häufigkeit von Suizidalität in unterschiedlichen Kulturen und Gesellschaften

In der Stammesgeschichte muß der Suizid als ein dem Menschen ureigenes Verhalten gesehen werden. Der Suizid setzt Selbstreflexion voraus, d.h. das Individuum muß zwischen einem beobachtenden und einem erlebenden Ich unterscheiden können. Den Menschen zeichnet eine solche Fähigkeit aus, im Tierreich vermuten wir sie bei unseren nächsten Verwandten, den Primaten. Hier fehlen jedoch eindeutige Suizidhandlungen. Selbst bei Primaten, bei denen – in seltenen Fällen – Fremdtötungen und Selbstverstümmelung vorkommen, wurden weder in freier Wildbahn (Eibl-Eibesfeldt 1995) noch

in geschlossenen Gehegen (Kraemer und Clarke 1991) Suizide beobachtet.

Suizide finden sich allerdings schon in Gesellschaften, die unter steinzeitlichen Bedingungen leben, wie etwa in Papua Neuguinea und West-Neuguinea (siehe Tabelle 2). Hierbei zeigen sich sehr stark differierende Häufigkeiten mit einem Überwiegen des weiblichen Geschlechtes.

Tabelle 2: Suizidraten in einigen Papuagesellschaften nach Daten von Schiefenhövel (1998 unveröffentlicht)

Autor	Stamm	weiblich	männlich
W. Schiefenhövel	Eipo (West-Neuguinea)	2%	< 1%
P. Bonnemère	Baruya (Papua Neuguinea)	8,8%	3,6%
P. Bonnemère	Ankave (Papua Neuguinea)	0%	0%
D. Gardner	Mianmin (Papua Neuguinea)	0%	0%
D. Jorgensen	Telefomin (Papua Neuguinea)	± 10%	
F. Poole	Bimin-Kuskumin (Papua Neuguinea)	± 12%	

Diese hohe Variabilität von Suizidraten in den einzelnen Kulturen und Ländern setzt sich bis zum heutigen Tage fort. In der Abbildung 1 sind die jüngsten verfügbaren Suizidziffern in der Welt aufgelistet (Schmidtke et al. 1999).

Sieht man sich die Rangreihe von Suizidhäufigkeiten in den einzelnen Ländern an, so können zumindestens für die europäischen Länder gewisse Gesetzmäßigkeiten festgehalten werden. Es gibt ein Nord-Süd-Gefälle und ein Ost-West-Gefälle, was die Häufigkeit von Suizidraten betrifft. Die östlichen und nördlichen Länder haben höhere Suizidraten als die westlichen und südlichen Länder. Hierbei scheinen soziologische Entwicklungen eine Rolle zu spielen wie Säkularisierung und Industrialisierung mit der Auflösung der Großfamilien sowie Klimafaktoren, die nicht scharf voneinander zu trennen sind (Bronisch 1995). Deutschland nimmt in der Rangreihe der Suizidhäufigkeit eine mittlere Position ein, wobei die neuen Bundesländer, vor allem Sachsen, Brandenburg und Thüringen, eine traditionell höhere Suizidrate aufweisen als die alten Bundesländer (Schmidtke et al. 1996a).

Konstanz und Variabilität von Suizidraten

Innerhalb einzelner Kulturen und Länder findet sich über längere Zeiträume hinweg eine erstaunliche Konstanz von Suizidraten. In Abbildung 2 sind die Suizidraten des Deutschen Reiches und der BRD zwischen 1890 und 1990 dargestellt (Wedler 1992).

Abbildung 1: Suizidraten/100.000 Einwohner in den Staaten mit offiziellen Suizidstatistiken (WHO: 1994-1996)

Diese Konstanz kann für einzelne Länder auch bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts zurückverfolgt werden als z. B. in Preußen, Frankreich und in den nordischen Staaten zum erstem Mal Suizide erfaßt wurden (Retterstøl 1992).

Allerdings können sich Suizidraten durch politische und damit verbundene soziale Veränderungen und Umwälzungen erheblich verändern. Ein Beispiel ist das *Absinken* von Suizidraten während der beiden Weltkriege, wie es sich in Abbildung 2 zeigt (während des 2. Weltkrieges wurden im Deutschen Reich Suizide nicht erfaßt). Dieses *Absinken* der Suizide fand nicht nur in den am Krieg beteiligten Staaten statt, sondern auch in neutralen Staaten wie der Schweiz und bezog sich ebenfalls auf die Suizide von Frauen (Kreitman 1986). Ein weiteres Beispiel ist das *Absinken* der Suizidraten nach der Öffnung des Eisernen Vorhanges. Ende der achtziger Jahre erfolgte in allen osteuropäischen Staaten einschließlich der neuen Bundesländer ein *Ab-sinken* der Suizidraten bis zu 40% mit einem leichten *Anstieg* während der letzten Jahre (Diekstra 1996). Ein *Anstieg* von Suizidraten findet sich bei *männlichen* Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 35 Jahren in nahezu allen westlichen Gesellschaften seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges (Diekstra 1996).

Geschlechtsdifferenzen und Suizidalität

Erstaunlich sind auch die konstant höheren Suizidziffern der Männer gegenüber den Frauen über *alle* Länder und Kulturen hinweg (Ausnahme einzelne Provinzen Chinas mit einem Überwiegen der Frauen) (siehe Abb. 1). Bei den Frauen herrschen hingegen Suizidversuche vor. Das Verhältnis Suizid zu Suizidversuch beträgt bei Männern 1:3,5, bei Frauen 1:15 in Deutschland. Suizidversuche finden sich gehäuft in den jüngeren Alterstufen, Suizide in den höheren Altersstufen, sowohl bei Männern wie auch bei Frauen (Schmidtke et al. 1996a).

Abbildung 3 zeigt die Suizidraten pro 100.000 nach Altersgruppen und Geschlecht in der BRD (1966-1977) (Schmidtke und Weinacker 1994).

Abbildung 2: Suizidraten des Deutschen Reiches und der BRD (1890-1990)

Abbildung 3: Suizidraten pro 100.000 nach Altersgruppen und Geschlecht in der BRD (1966-1977)

Abbildung 4 zeigt die Suizidversuchsrate pro 100.000 nach Altersgruppen und Geschlecht in der BRD (1966-1977) (Schmidtke und Weinacker 1994).

Abbildung 4: Suizidversuchsrate pro 100.000 nach Altersgruppen und Geschlecht in der BRD (1966-1977)

Abbildung 3 und 4 zeigen die gegenläufige Verteilung von Suiziden und Suizidversuchen sowie die von einander abweichenden Häufigkeiten von Suizid und Suizidversuch bei Männern und Frauen in den verschiedenen Alterskohorten der Jahre 1966-1977. Auch in den Jahren nach 1977 hat sich an diesen Verteilungen nichts Wesentliches geändert. Zu beachten ist, daß bei den Frauen jeder zweite Suizid *nach* dem 60sten Lebensjahr erfolgt und daß die höchste Suizidrate bei den Männern *nach* dem 80sten Lebensjahr besteht (Schmidtke et al. 1996a). Andererseits stellt der Suizid im Alter von 15-35 Jahren nach den Unfällen die häufigste Todesursache dar, wobei hier wiederum das männliche Geschlecht besonders stark betroffen ist (Schmidtke et al. 1996b).

Schlußfolgerungen

Die Tatsache, daß Suizid eine so häufige Todesursache in westlichen Gesellschaften ist, daß die Suizidrate die Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle übersteigt, daß auch im Kindesalter Suizide vorkommen und im Jugendalter Suizide die zweithäufigste Todesursache darstellen, ist jemandem außerhalb von Fachkreisen kaum bekannt.

Es läßt sich nur spekulieren, warum trotz des schwerlich zu übersehenden Problems der Mantel des Schweigens und Verleugnens über das Phänomen Suizid gelegt wird. Ist es das Verdikt fast aller Religionen oder die noch gar nicht so lange zurückliegende Strafandrohung des Staates, oder ist es eine uns allen innewohnende selbstzerstörerische Tendenz, wie es der Psychiater und Psychoanalytiker Karl Menninger 1938 annahm, die wir verleugnen müssen?

Selbst bei einer im Augenblick eher rückläufigen Tendenz von Suiziden, nicht jedoch von Suizidversuchen, bleibt das Problem des noch immer hohen Ausgangswertes von suizidalem Verhalten bestehen. Zusätzlich sind Risikogruppen, wie etwa Jugendliche und junge Erwachsene sowie die Altersgruppen über 60 Jahre bei steigender Lebenserwartung, von großer präventiver und therapeutischer Bedeutung.

Der Verlust eines Angehörigen, eines Partners oder Arbeitskollegen, Studienkollegen oder Schulfreundes durch Suizid hat gravierende Auswirkungen auf die Hinterbliebenen. Ebenso sind die behandelnden Ärzte, Therapeuten oder in sozialen Berufen arbeitenden Kolleginnen und Kollegen Betroffene wie auch die Gesellschaft selbst, die das Leben als eines der höchsten Güter, wenn nicht sogar als *das* höchste Gut ansieht. Vor allem aber die Verzweiflung des Suizidenten sollte Anlaß genug sein, sich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln der Verbesserung von Prävention und Therapie suizidalen Verhaltens zu widmen.

Literatur

- Amery J: Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart, Klett-Cotta, 1976. 4. Auflage 1989.
- Bronisch T: Der Suizid. Ursachen – Warnsignale – Prävention. München, C. H. Beck, 1995.
- Diekstra RFW: The epidemiology of suicide and parasuicide. Arch Suicide Res 1996; 2: 1-29.
- Eibl-Eibesfeldt J: Die Biologie des menschlichen Verhaltens. Grundriß der Humantheologie. München, Zürich, Piper, 1995.
- Esquirol JED: Von den Geisteskrankheiten. Übersetzung von: Des maladies mentales (Paris 1838). Herausgegeben und eingeleitet von Erwin H. Ackerknecht. Bern, Stuttgart, Hans Huber, 1968.
- Freud S: Trauer und Melancholie. Ges. Werke Band X. Frankfurt, S. Fischer, 1917, 3. Auflage 1963.
- Jenkins R: Reducing the burden of mental illness. The Lancet 1997; 349: 1340.
- Kraemer GW, Clarke AS: The behavioral neurobiology of self-injurious behavior in rhesus monkeys. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1991; 14: S141-S168.
- Kreitman N: Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer J-E, Müller C, Strömgen E (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. 2. Krisenintervention. Suizid. Konsiliarpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Springer 1986, 87-106.
- Menninger K: Selbsterstörung. Psychoanalyse des Selbstmordes. Übersetzung von: Man against himself. New York Harcourt Brace Jovanovich, Inc. 1938, 3. Auflage, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 1989.
- Pfeffer CR: The suicidal child. New York, London, The Guilford Press, 1986.
- Retterstøl N: Suicide in the nordic countries. Psychopathology 1992; 25: 254-265.
- Ringel E: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien, Düsseldorf, Maudrich, 1953.
- Schmidtke A, Weinacker B: Suizidalität in der Bundesrepublik und den einzelnen Bundesländern: Situation und Trends. Suizidprophylaxe 1994; 21: 4-16.
- Schmidtke A, Weinacker B, Fricke S: Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. Nervenheilkunde 1996a; 15: 496-506.
- Schmidtke A, Weinacker B, Fricke S: Suizid und Suizidversuchsrate bei Kindern und Jugendlichen in den alten Ländern der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR. Kinderarzt 1996b; 27: 151-162.
- Schmidtke A, Weinacker B, Apter A, Batt A, Berman A, Bille-Brahe U, Botsis A, De Leo D, Doneux A, Goldney R, Grad O, Haring C, Hawton K, Hjelmeland H, Kelleher M, Kerkhof A, Leenaars A, Lönnqvist J, Michel K, Ostamo A, Salander-Renberg E, Sayil I, Takahashi Y, von Heeringen C, Vörnik A, Wasserman D: Suicide rates in the world: update. Arch of Suicide Res 1999; 5: 81-89.
- van Hooff: Suicide in antiquity. From kin-killing to self-murder. In: Kelleher MJ (ed.): Divergent perspectives on suicidal behavior. Fifth European Symposium on Suicide. Cork 1994.
- Wedler H: Some remarks on the frequency of suicides in Germany. In: Crepet P, Ferrari G, Platt S, Bellini M (eds.): Suicidal behavior in Europe. Recent research findings. Rome, John Libbey CIC, 1992. 79-83.

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch

Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Klinik • Kraepelinstr.10 • 80804 München

Tel: 089/30622-239 • Fax: 089/30622-605 • E-mail: bronisch@mpipsykl.mpg.de