

Suizidalität und Suizid während der stationären psychiatrischen Behandlung

Bernd Lehle

Ausgehend von der Klinik-Suizid-Verbandsstudie II (KSV II) des Arbeitskreises Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus' in Deutschland erfolgt eine Beschreibung typischer Merkmale aller 442 Suizidenten im Zeitraum von 1990 bis 1999, ein Vergleich der depressiven und nichtdepressiven Suizidenten sowie der Vergleich der Auswahl von 46 depressiven Suizidenten mit einer gleich grossen Kontrollgruppe (matched pairs) von gleich schwer Kranken.

Einleitung

Wenn ein Psychiater oder Psychotherapeut mit dem Tod eines Patienten konfrontiert wird, handelt es sich meistens um einen Suizid. Selbsttötung ist eine mögliche menschliche Handlung, die Ausdruck von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit ist. Sie ist keine Krankheit, auch wenn sie häufig gepaart mit psychischen Erkrankungen auftritt. Während der stationären psychiatrischen Behandlung ist sie ein eher seltenes, aber schwerwiegendes Ereignis. Es ist die Endgültigkeit der Entscheidung des Patienten, die die Behandler vor vollendete Tatsachen stellt und ihnen die Mitsprache verwehrt. Auf diese Art ist Suizid in gewisser Weise eine autonome Entscheidung, die jedoch meist durch die Krankheitssymptomatik geprägt oder Folge dieser ist und die allein nicht zum Tode geführt hätte. Hierdurch unterscheidet sich der Suizid von anderen Todesfällen oder Todesfällen in allgemeinmedizinischen Spitälern.

Zusammenfassung

- Von der Gesamtgruppe (n = 442) waren 53 Prozent der Suizidenten an einer Psychose, 26 Prozent an einer affektiven Störung erkrankt.
- Es suizidierten sich mehr Männer als Frauen. Der Suizid erfolgte im Mittel nach 68 Tagen der Indexbehandlung bei einem Median von 49 Tagen.
- Beim Vergleich der depressiven Suizidenten mit den nicht-depressiven Suizidenten zeigte sich, dass Erstere älter sind, häufiger im Erwerbsleben stehen, der Krankheitsverlauf akuter ist, der Suizidzeitpunkt näher am Behandlungsbeginn liegt und der Frauenanteil grösser ist.
- Beim Vergleich der depressiven Suizidenten mit der Kontrollgruppe von Patienten, die sich nicht suizidierten, zeigte sich bei nahezu gleicher Indexbehandlungsdauer ein eher phasenhafter Krankheitsverlauf bei der Kontrollgruppe. Keine Unterschiede zeigten sich in der Anzahl der Suizidversuche in der Vorgeschichte. Die Kontrollpatienten wurden jedoch häufiger im Rahmen einer suizidalen Krise aufgenommen. Ein auffallender Befund ist die deutlich häufigere Überwachung wegen Suizidalität, die häufigere Verordnung von Lithium und niederpotenten Neuroleptika bei der Kontrollgruppe, obwohl diese während der Behandlung nicht häufiger suizidal eingeschätzt wurde.

Erschwerend kommt der Umstand hinzu, dass die Entscheidung in einem Behandlungssetting getroffen wird, das auf Besserung und Veränderung der zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung angelegt ist. Die hierdurch entstehende emotionale Belastung für die Betreuenden führt häufig zu Hilflosigkeit und zur Frage, in welchen Behandlungsmomenten etwas übersehen wurde, was die suizidale Handlung verhindert hätte oder zur Frage nach eigenem schuldhaftem Handeln. Bei einzelnen Mitarbeitenden können Suizide von anvertrauten Patienten zu traumatischen Erfahrungen werden, die auch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Auch aus diesen Gründen ist die Forschung für ein besseres Verständnis der Ursachen nicht nur zur Verhinderung von Todesfällen von Patienten notwendig, sondern auch zur Schulung des Personals, um nach dem Auftreten suizidaler Handlungen gesund zu bleiben.

Die systematische Forschung zu Suiziden im stationären psychiatrischen Bereich begann im deutschsprachigen Raum Ende der Siebzigerjahre und ist in direktem Zusammenhang mit den Veränderungen der Psychiatrie in dieser Zeit zu sehen. Vorläufer waren die allgemeinen Arbeiten von Ringel (23) in den Fünfzigerjahren. Am meisten gefährdet, während der stationären psychiatrischen Behandlung durch einen Suizid zu sterben, sind Patienten mit der Diagnose einer Depression. Ihr Anteil ist im Vergleich zum Anteil anderer Diagnosegruppen wesentlich grösser. Die in den psychiatrischen Kliniken am häufigsten behandelte Gruppe der Schizophrenen stellt absolut die grösste Zahl an Suizidenten, während die Anzahl der Suizidenten mit einer Suchtproblematik (hier speziell Alkoholabhängigkeit) in der stationären Behandlung sehr gering ist (34). Dies ist insofern interessant, da die Gruppe der Alkoholabhängigen bei den Suizidenten der Allgemeinbevölkerung einen sehr grossen Anteil stellt. Hier, wie auch bei den Menschen über 65 Jahren, scheint die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik an sich suizidpräventiv zu sein. Nur bei den Menschen, die mit einer Depression in eine stationäre Behandlung kommen, ist die Gefährdung, während der stationären Behandlung durch einen Suizid zu versterben, grösser als ihr Anteil am Gesamtklientel. Dieses Phänomen wirft Fragen auf, etwa wie die Suizidprophylaxe während der stationär-psychiatrischen Behandlung verbessert werden kann.

Allgemein stand am Anfang der systematischen Untersuchungen zu Suiziden in den psychiatrischen Kliniken (9, 10, 24, 31) ein in den Siebzigerjahren subjektiv erlebter Anstieg der Suizidfälle. Den ersten eher deskriptiven Studien folgten im nächsten Schritt systematische Studiendesigns, beispielsweise mit einem semiprospекtiven Untersuchungsdesign nach Finzen (1988) oder einem katamnестischen Vorgehen und dazugehörigen Gruppenvergleichen (3, 4, 7, 17, 28), die die Suche nach allgemeinen Risikofaktoren und Suizidprädiktoren im Zentrum sahen. Ein möglichst frühzeitiges Erkennen der Gefährdung und der spezifischen Risikofaktoren sollte die Behandlung verbessern. Da sich in den verschiedensten Studien die diagnosespezifische Gefährdung widerspiegelt, steht in den letzten Jahren die nach Diagnosen spezifizierte Betrachtungsweise der Suizidgefährdung im Vordergrund (1, 2, 11, 12, 13, 14, 18, 21, 22, 26, 29, 30, 36). Bei depressiven Patienten ist das hohe suizidale Risiko, sowohl bezüglich der Lebenszeitmortalität (13, 37) als auch während der stationären Behandlung, bekannt. Unklar ist jedoch, welche Gründe bei gleich schwerer Erkrankung einen Ausschlag für einen Suizid geben (15, 16, 17, 19). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nur schwer kranke, depressive Menschen zur Behandlung in eine psychiatrische Fachklinik kommen, und die meisten werden mit einer Besserung wieder entlassen. Nur ein kleiner Anteil unternimmt während der Behandlung

einen Suizidversuch oder verstirbt während der Behandlung durch einen Suizid. Prädiktoren mit hoher Zuverlässigkeit, die eine Vorhersage erlauben würden, sind nicht bekannt. Einzig Risikofaktoren geben Hinweise auf eine grössere Gefährdung.

KSV-Studie allgemein

Im Rahmen der 1979 ins Leben gerufenen und von Prof. Wolfersdorf geleiteten klinikübergreifenden *Arbeitsgemeinschaft Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus* werden Suizide während der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg und Bayern systematisch untersucht. Ausgehend von 4 psychiatrischen Landeskrankenhäusern, die sich zur ersten Bearbeitung des Themas 1979 trafen, sind heute 13 Kliniken im süddeutschen Raum sowie 2 assoziierte Kliniken in der Schweiz in der Arbeitsgemeinschaft vertreten. Jeder Suizid während der stationären Behandlung in einer der beteiligten Kliniken wird durch Arbeitsgruppenmitglieder mit einem speziellen Fragebogen erfasst. Hierzu werden die zuständigen behandelnden Ärzte oder Psychologen in zeitlicher Nähe zum Suizidereignis befragt. Die erhobenen Daten werden zentral gesammelt.

Über die mehr als 26-jährige Tätigkeit sind zwischenzeitlich drei Studienepochen abzugrenzen: Die erste *Klinik-Suizid-Verbundstudie* (KSV I) umfasst den Zeitraum von 1970 bis 1984 und 1985 bis 1989. Die zweite Studienphase (KSV II) umfasst den Zeitraum von 1990 bis 1999. Seit dem Jahr 2000 läuft die Datenerfassung mit dem dritten Fragebogen zur Verbundstudie III (KSV III). Die Ergebnisse und Auswertungen zu einzelnen Fragestellungen sind an verschiedenen Stellen publiziert (18, 21, 31, 32).

Die hier bearbeiteten Daten stammen aus der KSV-II-Studie. Zur Bearbeitung der spezifischen Fragestellungen zum Suizid depressiver Patienten wurden alle Suizidenten der teilnehmenden Kliniken zwischen 1992 und 1999 und mit der ICD-9-Diagnose einer Depression (296.1, 296.3, 300.4, 309.0, 309.1) ausgewählt. Aus der Gesamtgruppe wurden nach dem Zufallsprinzip 46 Suizidenten ausgewählt (6, 33). Diese Gruppe wurde dann mit einer Gruppe von Patienten verglichen, bei denen die Behandlung nicht durch Suizid oder Tod endete und die in sechs Kriterien (Anzahl der Behandlungsepisoden, Jahr des Suizids, Geschlecht, Alter, Diagnose und Suizidalität in der Aufnahmesituation) parallelisiert waren (matched pairs [nach 5]).

Ergebnisse

Deskriptive Beschreibung aller Kliniksuizidenten

Im Beobachtungszeitraum von acht Jahren begingen 442 Patienten während der stationären psychiatrischen Behandlung Suizid, 62,2 Prozent davon waren Männer. Diese waren im Schnitt etwa 2 Jahre jünger (40,5 Jahre)

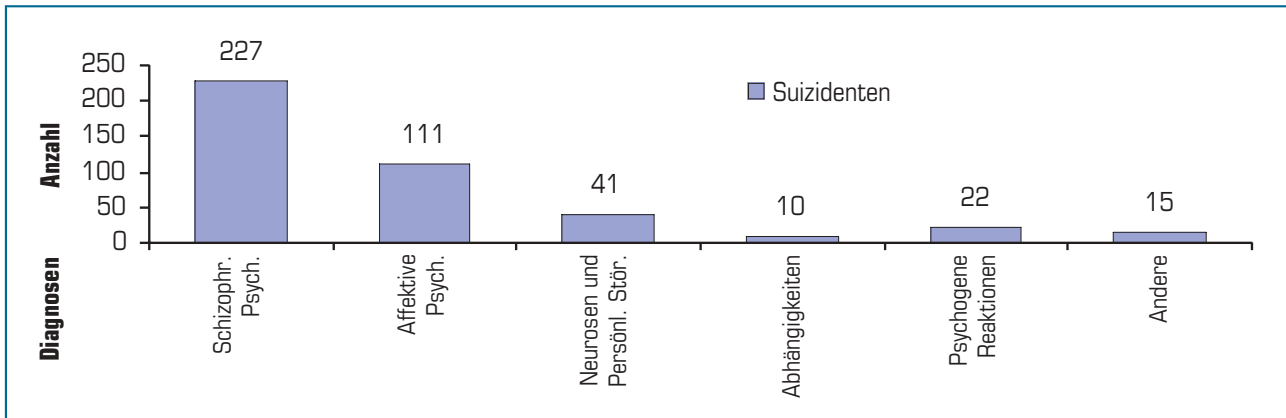


Abbildung 1: Verteilung der Diagnosegruppen KSV II

als die Frauen (42,57 Jahre). Knapp 30 Prozent (132) der Suizidenten waren wegen einer depressiven Erkrankung behandelt worden. Der Suizid erfolgte im Mittel nach 68,62 Tagen. 75 Prozent suizidierten sich innerhalb der ersten 97 Behandlungstage. 406 der 442 Patienten verstarben innerhalb des ersten Jahres der Behandlung. Die Tendenz zu einer Vorverlegung des Suizides an den Anfang der stationären Behandlung wird in verschiedenen Untersuchungen beschrieben und korrespondiert mit den immer kürzer werdenden stationären Aufenthalten.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Diagnosen, wobei (wie aus anderen Untersuchungen bekannt) die schizophrenen Psychosen in absoluten Zahlen deutlich den grössten Anteil vor den affektiven Erkrankungen stellen. Bestätigt wird die auch aus anderen Untersuchungen bekannte geringe Suizidhäufigkeit während der stationären Behandlung bei Personen mit einer Abhängigkeits-erkrankung (13).

Bei knapp der Hälfte (47%) der Suizidenten lag eine Krankheitsdauer von mehr als fünf Jahren vor, während 20 Prozent weniger als ein Jahr krank waren. Dies deutet darauf hin, dass der Suizid am Beginn einer stationären Behandlung entweder in der frühen Krankheitsphase oder nach einer langjährigen Krankheitsdauer auftritt. Bei den Orten der Suizidhandlung steht die Behandlungsstation mit 25 Prozent an erster Stelle, gefolgt von den Suiziden während der Wochenendbeurlaubung. Ein Drittel der Suizide erfolgte während des regulären Einzelausgangs, 10 Prozent entfernten sich unerlaubt von der Station, und 56 Prozent waren zum Zeitpunkt des Suizides auf einer offenen Station. Umgekehrt betrachtet konnte der Suizid bei 43 Prozent nicht verhindert werden, obwohl die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt auf einer geschlossenen Station behandelt wurden. Die häufigste Suizidart war der Sturz vor den Zug (59%), gefolgt vom Erhängen (20%). Die Art des Suizides ist sicherlich durch kulturelle und regionale Gegebenheiten geprägt. So liegen viele der untersuchten Kliniken beispielsweise an wichtigen Bahnverbindungen. Erazo (2004) identifizierte

in seiner Untersuchung verschiedene besonders gefährdete Bahnpunkte in Deutschland. Hier laufen derzeit Untersuchungen, wie durch bauliche Veränderungen die Möglichkeit einer leicht zugänglichen Suizidmethode erschwert werden kann und ob diese Veränderungen sich auf die Suizidmethode auswirken und eventuell auch die Suizidanzahl reduzieren können.

Depressive versus nichtdepressive Kliniksuzidenten

In einem zweiten Schritt wurden die Suizidenten mit der Diagnose einer Depression (ICD-9: 296.1, 296.3, 300.4, 309.0, 309.1) mit denjenigen ohne Hauptdiagnose Depression verglichen. Beim Vergleich der soziodemografischen Variablen zeigte sich ein nicht signifikanter Unterschied der Geschlechterverteilung, wobei der Anteil der Frauen bei den depressiven Suizidenten grösser ist (41% vs. 37% bei der Gesamtgruppe). In beiden Gruppen ist der Anteil der Frauen deutlich grösser als in der Allgemeinbevölkerung, wo er nur bei 28 Prozent liegt (27). Depressive Suizidenten waren im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen signifikant häufiger erwerbstätig (42,7% vs. 24,1%) und im Mittel zwölf Jahre älter (50 vs. 38 Jahre). Die Suizidenten mit einer Depression lebten signifikant häufiger in eigenständigen Wohnformen, während die nichtdepressiven häufiger in unselbstständigen Wohnformen lebten (Heim, bei den Eltern etc.). Ebenso lebte die Gruppe mit einer Depression vor dem Suizid signifikant häufiger in partnerschaftlichen Beziehungen (50% der Depressiven waren verheiratet, aber nur 18% der Nichtdepressiven).

Der Suizid während der Indexbehandlung erfolgte im Mittelwert bei den Depressiven bereits nach 75 Behandlungstagen, im Gegensatz zu der deutlich längeren Behandlungsdauer von 192 Tagen bei der andere Gruppe. Der Unterschied ist knapp nicht signifikant, weist aber auf eine Gefährdung der depressiven Personen im Frühstadium der Behandlung hin. Depressive werden häufiger akut (25% vs. 15%) und seltener chronisch krank (36% vs. 60%) eingeschätzt.

Menschen mit einer depressiven Erkrankung, die durch einen Suizid versterben, sind sozial integrierter, deutlich älter und häufiger weiblich als andere Suizidenten während der stationär-psychiatrischen Behandlung.

Beim Item der suizidalen Krisen war kein Unterschied bei beiden Gruppen festzustellen. Bei den Suizidversuchen jedoch zeigte sich, dass die depressiven Suizidenten signifikant seltener einen Suizidversuch in der Vorgeschichte unternommen hatten (5,4 vs. 3,5). Zum Eintritt in die stationäre Indexbehandlung kommt es bei beiden Gruppen gleich häufig nach einem Suizidversuch (18%). Die depressiven Suizidenten kommen jedoch deutlich häufiger im Rahmen einer suizidalen Krise (36% vs. 20%).

Depressive Suizidenten verglichen mit einer Kontrollgruppe

Bei den bisher geschilderten Daten erfolgten Vergleiche zwischen Suizidenten mit verschiedenen Diagnosen. Im folgenden Vergleich wird eine zufällige Auswahl der depressiven Suizidenten mit einer Gruppe ähnlich schwer kranker stationär behandelte depressiver Patienten verglichen, die nach einer symptomatischen Besserung wieder entlassen wurden. Aufgrund der methodischen Probleme ist die Auswahl der Kontrollgruppe nur retrospektiv anhand der Krankenunterlagen möglich gewesen. In vielen Studien werden bei Kontrollgruppenvergleichen Unterschiede zwischen den Suizidenten und

der Kontrollgruppe festgestellt, wobei die Gruppen häufig nur bezüglich der Diagnose parallelisiert sind. Bei näherer Betrachtung gibt es wenig Anhaltspunkte, dass es sich um Personen mit gleicher Krankheitsvorgeschichte oder -schwere handelt. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde in der vorliegenden Untersuchung für jeden Suizidenten ein Kontrollpatient ausgewählt, der bezüglich der Kriterien «Geschlecht», «Diagnose nach ICD-9» und «Suizidalität bei der Aufnahme – ja/nein» identisch ist. Bezüglich der Kriterien «Alter», «Aufnahmejahr» und «Anzahl stationärer Behandlungen» war keine vollständige Parallelisierung erreichbar, wobei die Unterschiede nicht signifikant waren.

Bezüglich des Zeitraumes vor der Indexbehandlung zeigten sich keine Unterschiede bei der Anzahl suizidaler Krisen, der Anzahl der Suizidversuche und dem Zeitraum des letzten Suizidversuches bis zur Indexbehandlung.

Zum Zeitpunkt der Indexbehandlung unterschieden sich die Suizidenten bezüglich des Zivilstands und der Erwerbstätigkeit nicht von der Kontrollgruppe. Signifikante Unterschiede zeigten sich bei der Wohnform, wobei die Kontrollgruppe häufiger mit einem Partner lebte, und beim Krankheitsverlauf, bei dem die Kontrollgruppe eher einen phasenhaften Verlauf und die Suizidenten eher einen chronischen Verlauf aufwiesen.

Unter Berücksichtigung des beobachtbaren Trends bei der Gesamtgruppe der Suizidenten, die zu einer Verkürzung der Verweildauern und damit der Vorverlegung des Suizidzeitpunktes in die akute Krankheitsphase führt, ist es eher überraschend, dass sich die Aufenthaltsdauer der

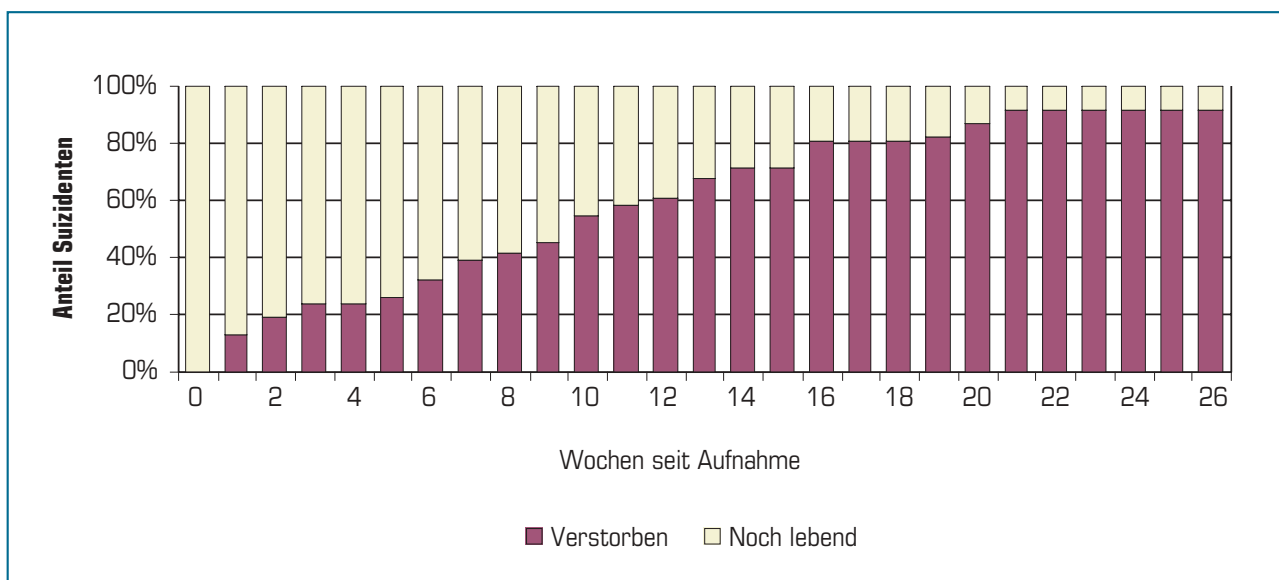


Abbildung 2: Kumulierte Häufigkeiten der Suizide nach Wochen

Tabelle 1: **Verordnete Medikamente während der Indexbehandlung**

	Suizidenten	Kontrollgruppe	Signifikanz
Antidepressiva	37 (80,43%)	40 (86,96%)	nicht signifikant
Niederpotente Neuroleptika	20 (43,48%)	35 (76,09%)	Chi ² = 10,17; p = 0,001
Hochpotente Neuroleptika	12 (26,09%)	17 (36,96%)	nicht signifikant
Tranquilizer	24 (52,17%)	6 (13,04%)	Chi ² = 16,02; p = 0,000
Hypnotika	8 (17,39%)	1 (2,17%)	Chi ² = 6,03; p = 0,014
Lithium	4 (8,70%)	15 (32,61%)	Chi ² = 8,02; p = 0,004
Carbamazepin	8 (17,39%)	10 (21,74%)	nicht signifikant

Suizidenten und der Kontrollgruppe statistisch nicht unterscheidet. Während der Indexbehandlung traten bei beiden Gruppen suizidale Krisen oder Suizidversuche auf, die sich im Mittelwert der Ereignisse nicht unterschieden (Suizidenten: Mittelwert 2,717; Kontrolle: Mittelwert 2,847). Bei der Verteilung der Suizide während der Behandlungszeit zeigte sich ein nahezu linearer Anstieg, sodass nicht von einer besonderen Gefährdung zu einem bestimmten Behandlungszeitraum ausgegangen werden kann (*Abbildung 2*).

In der Anzahl der suizidalen Ereignisse und der Zeit zwischen dem letzten suizidalen Ereignis während der Indexbehandlung und der Entlassung beziehungsweise dem Suizid zeigten sich ebenfalls keine Unterschiede. Da bei der Kontrollgruppe die Zeit bis zum Ende der Behandlung berücksichtigt wurde, die durchschnittlich länger dauerte, hätte die Anzahl der suizidalen Ereignisse bei dieser Gruppe, unter Berücksichtigung der Verweildauer, tendenziell grösser sein können. Dies bedeutet, dass die späteren Suizidenten in der relativ kürzeren Behandlungszeit häufiger eine suizidale Krise durchlebten. Bei der medikamentösen Behandlung zeigten sich bei einigen Medikamentengruppen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (*Tabelle 1*). Es ist auffallend, dass die Suizidenten häufiger mit Tranquilizern und Hypnotika, die Kontrollpatienten häufiger mit niederpotenten Neuroleptika und Lithium behandelt wurden. Ein unerwarteter Befund beim Vergleich der beiden Gruppen zeigte sich bei der Variablen, die den Umgang und die Betreuung in akuten suizidalen Krisen erfasste. Zu den Routinehandlungen bei vorliegender akuter Suizidalität im stationären Alltag gehört die engmaschige Überwachung von gefährdeten Person, die für nicht mehr absprachefähig gehalten werden. Es ist davon auszugehen, dass der Terminus «Überwachung» in den verschiedenen Kliniken unterschiedlich definiert und angewandt wird. Um eine Vergleichbarkeit zu erreichen, wurde im Rahmen der Studie der zeitliche Rahmen der Überwachung definiert (fest vom Arzt verordnete Überwachung von 15 Minuten oder kürzerer Dauer, bis zur Dauerüberwachung oder Sitzwache). Es ist davon auszu-

gehen, dass bei dieser Gruppe ein hohes Mass an Gefährdung gesehen wurde, das besondere Massnahmen (hier Personaleinsatz) notwendig machte. Beim Vergleich der beiden Gruppen zeigt sich, dass die Suizidenten während der stationären Behandlung seltener wegen Suizidalität überwacht wurden (*Tabelle 2*).

Tabelle 2: **Definierte Überwachung wegen Suizidalität**

	Keine Betreuung angeordnet	Betreuung angeordnet
Suizidenten	41	5
Kontrollgruppe	30	16
Alle	71	21
Chi ² = 7,466	df = 1	p = 0,0062

Dieser Unterschied wird zusätzlich interessant, da, wie oben berichtet, sich beide Gruppen in der Suizidalität vor der Aufnahme, in der Aufnahmesituation und während der Behandlung nicht unterschieden. Dies bedeutet, dass andere Merkmale als diese messbaren Faktoren für die Anordnung einer Überwachung entscheidend sind. Ob dies auf der Seite der Suizidenten liegt, die sich möglicherweise nicht derart mitteilen, dass entsprechende Massnahmen ergriffen werden können, oder auf der Seite der Mitarbeitenden, die entsprechende Signale nicht im Sinne einer akuten Gefährdung übersetzen können, ist aus den vorliegenden Ergebnissen nicht zu beurteilen.

Diskussion der Ergebnisse

Bei den dargestellten Ergebnissen sind die allgemeinen Befunde aller Suizidenten mit den in der Literatur geschilderten Ergebnissen übereinstimmend. Gegenüber früheren Ergebnissen (31) zeigt sich eine Entwicklung zu einem kleiner werdenden Anteil der Frauen an den Suiziden, der sich damit dem Anteil in der Allgemeinbevölkerung nähert. Beim Alter setzt sich der Trend zu immer jüngeren Suizidenten fort und verläuft somit

gegenteilig zur Entwicklung in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland (27). Die Entwicklung der diagnostischen Verteilung zeigt eine Entdifferenzierung der Diagnosen, mit einer deutlichen Zunahme beziehungsweise Konzentration bei der Gruppe der schizophrenen Psychosen und bei den affektiven Erkrankungen. Gegenüber früheren Studien (31) hat sich der Zeitpunkt des Suizides deutlich an den Beginn der Behandlung und damit in die akutere Krankheitsphase vorverlagert. Hier zeigt sich besonders bei der getrennten Betrachtung nach Diagnosen ein Unterschied. Die depressiven Patienten suizidieren sich früher im Verlauf der Behandlung als die nichtdepressiven Suizidenten, bei denen der Suizid eher in der Rehabilitationsphase eintritt (21, 31). Depressive Suizidenten sind zum Zeitpunkt der Indexbehandlung auf der Arbeitsebene sozial integrierter und weniger häufig stationär vorbehandelt. Sofern sich die Qualität von Beziehungen durch den Zivilstand erfassen lässt, waren sie eher in der Lage, Partnerschaften einzugehen und in einer von der Herkunftsfamilie unabhängigen Lebensform zu leben.

Beim Vergleich der depressiven Suizidenten mit der Kontrollgruppe ist auffallend, dass die Patienten der Kontrollgruppe häufiger in Partnerschaften leben. Dieses Ergebnis wird in anderen Studien nicht bestätigt (35), ist aber möglicherweise im Zusammenhang mit der geschilderten häufigeren definierten Betreuung der Patienten der Kontrollgruppe von Bedeutung, da hier die Frage der Beziehungsfähigkeit tangiert wird. Möglicherweise fällt es den Suizidenten schwerer, mit den professionellen Personen in Kontakt zu kommen, um auf ihre hoffnungslose Situation aufmerksam zu machen. Oder sie sind aufgrund des chronischeren Verlaufsbildes eher zurückgezogen, da resignierter. Ob dies an der eingeschränkten Möglichkeit der späteren Suizidenten liegt, ihre Hoffnungslosigkeit und suizidalen Überlegungen in der Beziehung auszudrücken oder mitzuteilen, oder ob das behandelnde Personal bei der Kontrollgruppe sensibler reagierte, kann mit dem Untersuchungsdesign nicht geklärt werden. Möglicherweise helfen die angedeutete bessere Integration im Arbeitsbereich und die häufigeren engeren Beziehungen den Patienten der Kontrollgruppe, beim professionellen Betreuungspersonal eine Hilfestellung zu initiieren. Ob durch die Überwachung in einer suizidalen Krisensituation schlicht die Möglichkeit, sich zu suizidieren, verringert wird oder ob durch das in der Überwachung immanente Beziehungsangebot ein Suizid verhindert und eine Zukunftsperspektive vermittelt wird, ist durch den Aufbau der Untersuchung nicht zu beantworten. Möglicherweise kommt es in dem angeordneten Überwachungsprozess trotz der Suizidalität zu einer Begegnung, in der die von professioneller Seite für wichtig erachtete und häufig betonte stellvertretende Hoffnung den suizidalen Patienten vermittelt werden kann. Für die Praxis sollte dann hieraus der Schluss

gezogen werden, dass eine Überwachung wegen akuter Suizidalität mehr unter dem Gesichtspunkt des zeitlich festen Beziehungsangebotes in einer subjektiv als nicht aushaltbar erlebten Lebenssituation und weniger aus der Verhinderung einer suizidalen Handlung zu sehen ist. Bezüglich der medikamentösen Behandlung sprechen die Ergebnisse für die Wichtigkeit einer adäquaten Behandlung der Grunderkrankung, die neben einer genauen Diagnostik auch das Verlaufsbild und somit die Augmentation und eine phasenprophylaktische Behandlung berücksichtigt.

Offene Fragen bezüglich der Bedeutung der angeordneten Überwachung, der medikamentösen Behandlung und der Vorhersagbarkeit suizidaler Handlungen aus der individuellen Suizidvorgeschichte müssen in weiteren Untersuchungen bearbeitet werden. ■



Dr. biol. hum. Bernd Lehle
Leitender Psychologe
Psychiatriezentrum Breitenau
Breitenaustrasse 124
8200 Schaffhausen

¹ Mitarbeiter des Arbeitskreises: E. Balyer, J. Becker-Pfaff, H. Berger, E. Etzersdorfer, C. Franke, M. Grebner, C. Hrubesch, S. Kralik, H. Münzel, T. Lutter, V. Mühlberger, I. Neef, P. Perkmann, M. Ritz, K. Schonauer, H. Siebrand, C. Traub, J. Vöhringer, R. Vogl, R. Vogel, J. Winter, M. Wolfersdorf, F.M. Wurst

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Angst J (1987): Epidemiologie der affektiven Psychosen. In: Kisker KP: Psychiatrie der Gegenwart. 3. Aufl., Bd. 5, Springer, Berlin.
2. Angst J, Angst F, Stassen HH (1999): Suicide Risk in Patients With Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 60 (Suppl. 2): 57-62.
3. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P (1974): A Hundred Cases of Suicide: Clinical Aspects. *British Journal of Psychiatry* 125: 355-373.
4. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B (1985): Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-Year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation. *American Journal of Psychiatry* 142: 559-563.

5. Bortz J (1984): *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Springer, Berlin.
6. Braun M (1988): *Kliniksuzid und Depression*. Med. Dissertation, Universität Ulm.
7. Brådvik L, Berglund M (1993): Risk factors for suicide in melancholia. A case record evaluation of 89 suicides and their controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87: 306–311.
8. Erazo N, Baumert J, Ladewig (2004): Regionale und örtliche Verteilmuster von Bahnsuiziden. *Nervenarzt* 75: 1099–1106.
9. Ernst K, Moser U, Ernst C (1980): Zunehmende Suizide psychiatrischer Klinikpatienten. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 228: 351–363.
10. Finzen A (1988): *Der Patientensuzid*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
11. Harris EC, Barraclough B (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 170: 205–228.
12. Harris EC, Barraclough B (1998): Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 173: 11–53.
13. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B (1998): Lifetime Risk of Suicide for Affective Disorder, Alcoholism and Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 172: 35–37.
14. Keller F (1996): Suizidalität bei Depressiven mit begleitender Angstsymptomatik. *Psychiatrische Praxis* 23: 135–138.
15. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, Baker NG, Campbell MJ, Thompson C (2001 a): The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 1. *British Journal of Psychiatry* 178: 531–536.
16. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, Campbell MJ (2001 b): The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 2. *British Journal of Psychiatry* 178: 537–542.
17. Krupinski M, Fischer A, Grohmann R, Engel R, Hollweg M, Möller HJ (1998): Risk factors for suicides of inpatients with depressive psychoses. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 248: 141–147.
18. Lehle B (2005): Suizide während der stationären psychiatrischen Behandlung unter besonderer Berücksichtigung depressiver Patienten. S. Roderer Verlag, Regensburg.
19. Lester D (1993): Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 27: 117–121.
20. Modestin J (1987): Suizid in der psychiatrischen Klinik. Enke, Stuttgart.
21. Neher F, Wolfersdorf M (1999): *Der Suizid schizophrener Patienten*. S. Roderer, Regensburg.
22. Rihmer Z, Barsi J, Arató M, Demeter E (1990): Suicide in subtypes of primary major depression. *Journal of Affective Disorders* 18: 221–225.
23. Ringel E (1953): *Der Selbstmord*. Verlag für medizinische Wissenschaft, Wien.
24. Ritzel G (1983): Suizidalität in einem psychiatrischen Krankenhaus. *Psycho* 9: 350–352.
25. Schlosser J, Strehle-Jung G (1982): Suizide während psychiatrischer Klinikbehandlung. *Psychiatrische Praxis* 9: 20–26.
26. Simpson SG, Jamison KR (1999): The Risk of Suicide in Patients with bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 60 (Supp. 2): 53–56.
27. Statistisches Bundesamt (2004): Deutlich weniger Suizide und Verkehrstote in den letzten 20 Jahren. Pressemitteilung vom 3.2.2004.
28. Suokas J, Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J (2001): Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – findings of a 14-years follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104: 117–121.
29. Tanney BL (2000): *Psychiatric Diagnoses and Suicidal Acts*. In: Maris RW, Berman AL, Silverman MM (eds): *Comprehensive Textbook of Suicidology*. The Guilford Press, New York, 311–341.
30. Wassermann D (2001): *Affective disorders and suicide*. In: Wasserman D (ed): *Suicide – an unnecessary death*. Martin Dunitz Ltd., London.
31. Wolfersdorf M (1989): *Suizid bei stationären psychiatrischen Patienten*. S. Roderer, Regensburg.
32. Wolfersdorf M (1996): *Patientensuzid im psychiatrischen Krankenhaus: Ausgewählte Ergebnisse der Klinik-Suizid-Verbundstudie I/II 1970–1992 der AG «Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus»*. *Psychiatrische Praxis* 23: 84–89.
33. Wolfersdorf M, Hole G, Steiner B, Keller F (1990): *Suicide Risk in Suicidal versus Nonsuicidal Depressed Inpatients*. *Crisis* 11: 85–97.
34. Wolfersdorf M, Mäulen B (1992): *Suizidprävention bei psychisch Kranken*. In: Wedler H et al. (Hrsg): *Therapie bei Suizidgefährdung*. S. Roderer, Regensburg.
35. Wolfersdorf M, Klinkisch M, Franke C, Keller F, Wurst F, Dobmeier M (2003 b): *Patientensuzid – Ein Kontrollgruppenvergleich Suizidenten versus nach Behandlungszeitraum parallelisierte Patienten eines psychiatrischen Fachkrankenhauses*. *Psychiatrische Praxis* 30: 14–20.
36. Wolfersdorf M, Lehle B, Adler L (2005): *Bipolar Affective Disorders and Suicide during Psychiatric In-patient Treatment*. *Archives of Suicide Research*: 1–6.
37. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE (1999): A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine* 61: 6–17.