Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1986)

Artikel: Warum steigt die Zahl der Suizide in den psychiatrischen Institutionen an?

Autor: Böker, Wolfgang

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1051042

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Warum steigt die Zahl der Suizide in den psychiatrischen Institutionen an?

Wolfgang Böker

Der Titel meines Beitrages geht auf eine beunruhigende Erfahrung zurück, die vor Jahren schon von klinischen Psychiatern westlicher Industriestaaten lebhaft diskutiert wurde: Ein starker Anstieg der Suizidrate hospitalisierter Patienten in den letzten Jahrzehnten.

In einer Übersichtsstudie von 1982 hat mein Mitarbeiter *J. Modestin* die neuere Literatur über Suizidraten in psychiatrischen Institutionen aus zwölf Ländern zusammengestellt und folgende Ergebnisse zusammengefasst:

1. Die Suizidrate in den psychiatrischen Institutionen übersteigt generell mehrfach diejenige der Gesamtbevölkerung.
2. Die höchsten Suizidraten werden in den Institutionen derjenigen Länder registriert, wo auch die Suizidrate unter der Gesamtbevölkerung relativ hoch ist, z.B. in Schweden und Dänemark.
3. Die institutionsgebundenen Suizidraten verändern sich häufig im Laufe der Zeit. Kurzfristige jährliche Fluktuationen, gelegentlich mit ausserordentlichem Anstieg der Suizidhäufigkeit einhergehend, kommen häufig vor.
4. Seit den 50er Jahren, vor allem aber in den 60er und 70er Jahren ist in mehreren Untersuchungen eine ansteigende Tendenz registriert worden.

In der Schweiz haben namentlich *K. Ernst* aus Zürich und *CH. Maier* aus der Klinik Beverin sowie *J. Modestin* über die Kliniken Bern und Münsingen von solcher Zunahme berichtet. Sie wurde begleitet von einer, wenn auch geringen Zunahme der Suizidhäufigkeit unter der Schweizer Allgemeinbevölkerung. So betrug die Suizidziffer 1959-62 in der ganzen Schweiz 18,8, 1979-80 25,2. In der Stadt Bern 1961-65 24,4, 1976-80 aber 37,4 (*J. Modestin 1982, J. Modestin et al. 1985*).

Es verwundert kaum, dass bei generell ansteigenden Selbstmordziffern auch vermehrt Insassen psychiatrischer Spitäler Suizid begehen, sammelt sich in solchen Spitälern doch eine grosse Zahl selbstmordgefährdeter Personen.

Die erste Hypothese zum Thema meines Vortrages zielt deshalb auf die *Zusammensetzung der hospitalisierten Patienten:* Hat sie sich im Vergleich zu früheren Jahrzehnten geändert? Wurden in den letzten Jahrzehnten etwa mehr Depressive oder mehr Männer aufgenommen?

Die Angaben der Literatur sind diesbezüglich uneinheitlich. Manche Autoren vermuten, dass heute mehr potentielle Suizidenten, mehr chronisch Persönlichkeitsgestörte und sog. Borderline-Patienten sowie mehr chronisch Schizophrene mit gescheiterten Rehabilitations-Versuchen in den Kliniken anzutreffen sind.

K. Ernst (1979) findet für die Burghölzli-Fälle in acht Jahrzehnten eine „erstaunlich homogene" Verteilung der soziographischen und diagnostischen Daten und verneint die Vermutung, es könne der Suizidanstieg durch Verschiebungen innerhalb des Spektrums der aufgenommenen Patienten erklärt werden.

J. Modestin (1985), der die Suizidfälle in der psychiatrischen Universitätsklinik Bern in zwei Dekaden (1969-1970: 24 Fälle und 1979-1981: 49 Fälle) analysierte, fand hingegen eine Verschiebung sowohl bei den klinischen Suiziden wie bei der gesamten klinischen Population in Richtung jüngeres Lebensalter. Das Verhältnis Männer zu Frauen war in der zweiten Dekade unter den Suizidierten deutlich zugunsten der Männer verschoben (von 1,7 auf 3,1:1), während es unter den Klinik-Kontrollpatienten unverändert blieb. Das höchste Suizidrisiko trugen die männlichen Schizophrenen und die weiblichen Depressiven.

Strukturreformen der Kliniken, Liberalisierung und Milieutherapie

Da viele psychiatrische Krankenhäuser in den letzten Jahrzehnten zum Teil tiefgreifende Reformen ihres Behandlungsregimes und ihrer Organisationsstruktur vollzogen haben, liegt es nahe, hier nach Ursachen für den Suizidanstieg zu suchen. Sind ein freizügigeres Klinikregime, z.B. die vermehrte Öffnung von Krankenabteilungen, eine grosszügigere Gewährung von Ausgängen und Urlauben oder die Verwirklichung von Milieutherapie oder Geschlechtermischung suizidbegünstigende Faktoren?

Viele Autoren sehen hier einen kausalen Zusammenhang und befürchten, wie z.B. *K. Ernst*, eine Minderzahl von Kranken ertrage eben nicht, was der grossen Mehrzahl helfe.

Zweifellos sind tiefgreifende Umorganisationsprozesse von Kliniken oder Abteilungen mit dem damit häufig verbundenen Wechsel der verantwortlichen Ärzte und Direktoren, der Änderung von Behandlungskonzepten, der wachsenden Multiprofessionalität, etc. nicht selten von Anomiephänomen begleitet, die, wie wir seit *Durckheim* wissen, zu einer Erhöhung des Suizidrisikos führen können. Die Frage ist, ob und inwieweit sie

auf das Befinden des einzelnen Kranken „durchschlagen“ oder lediglich das Therapiepersonal beeinflussen.

Wir können hierzu einen interessanten interinstitutionellen Vergleich im Kanton Bern anführen, der sich auf die nach Grösse und Patientengut weitgehend übereinstimmenden Kliniken Münsingen und Waldau bezieht. 1979 bis 1980 führte in der Waldau eine neue ärztliche Direktion auf allen Stationen die Geschlechtermischung und die Milieutherapie ein; in diesem Zeitraum wurde auch eine einschneidende Liberalisierung des Behandlungsregimes verwirklicht. Die Klinik Münsingen hingegen blieb unter kontinuierlicher ärztlicher Leitung im wesentlichen den gewohnten Behandlungsregeln und der überkommenen Organisationsform treu. Während die Suizidzahl der Waldau in den Jahren der Umorganisation zwar deutlich anstieg, findet sich immerhin auch ein – etwas vorgezogener – Suizidgipfel in Münsingen, was auf die Bedeutung ausserinstitutioneller Faktoren hinweist.

Dieses Ergebnis darf sicher nicht überinterpretiert werden. In Einzelfällen muss zum Beispiel ein Abbruch tragfähiger therapeutischer Beziehungen durch Therapeutenwechsel, müssen Lücken in der Supervision unerfahrener Mitarbeiter durch Erfahrene oder gruppendynamische Spannung bei schlecht bewältigten Konzeptänderungen als Suizid begünstigende Teilursachen durchaus in Betracht gezogen werden. Allerdings darf diesem Faktorenbündel, so scheint mir, nicht die wesentliche Schuld am Suizidanstieg in so vielen in Wandlung begriffenen psychiatrischen Kliniken in die Schuhe geschoben werden.

Forcierte Rehabilitationsmassnahmen; kürzere Aufenthaltsdauern

Sozialpsychiatrische Erkenntnisse über den negativen Einfluss jahrzehntelanger Krankenhausunterbringung z.B. auf die Symptomatik der Schizophrenie haben den Kampf gegen den sog. Hospitalismus in Anstalten und Heimen zu einer Glaubensüberzeugung meiner Psychiater-Generation werden lassen. Dabei wurde und wird nicht selten des Guten zuviel getan.

Wie wir heute klar erkennen, können psychotische Patienten durch forcierte Aktivierungsmassnahmen geschädigt werden. Ich denke dabei an den Zwang, der gelegentlich z.B. auf schwermütige Patienten ausgeübt wird, an Gemeinschaftsveranstaltungen teilzunehmen, obwohl der Depressive den Kommunikationsanforderungen schlecht gewachsen ist und seine Rückzugstendenz allzu leicht schuldhaft als Willensschwäche und als Beweis moralischen Versagens fehlinterpretiert, oder an den für komplexe Sinnesreize hoch vulnerablen Schizophrenen, den eine allzu forsche voreilige Arbeitserprobung in Verwirrung bringt, sogar in eine

Exazerbation seiner psychotischen Symptome treiben kann.

Auch unterschätzen wir wahrscheinlich, wie anstrengend eine Akutaufnahmestation mit mehreren erregten Mitpatienten, im Schichtdienst immer wieder wechselndem Personal, dem Kommen und Gehen von Praktikanten und Studenten, dazu den oft allzu laut gestellten Fernseh- und Musikapparaten für einen labilen Psychotiker sein muss. Eine beruhigende Nische im milieu-therapeutisch durchorganisierten, gruppendynamisch aufgeladenen Betrieb lässt sich so leicht nicht mehr finden. Sorgen wir dafür, dass wir nicht vom alten Extrem der kasernenartig unlebendigen Bewahranstalten in ein neues Extrem der erschöpfenden Überstimulation hektischer Kriseninterventionsstationen fallen!

Der Ehrgeiz vieler psychiatrischer Spitäler, sich von der Langzeitbehandlung langfristig Gestörter abzuwenden, weil besonders hier die Gefahr der Passivierung und Verwöhnung des Patienten droht, und immer mehr Gewicht auf Krisenintervention zu legen, d.h. die Aufenthaltsdauern im Akutbereich ständig zu verkürzen, hat den Trend zur forcierten Abklärung und zur ungeduldig eingeleiteten Weiterbetreuung in nicht stationären Versorgungs- und Behandlungseinrichtungen verstärkt.

Kasuistische Eindrücke sprechen dafür, daß stark invasive, unter Zeitdruck ablaufende manipulative und überstimulierende Behandlungspraktiken das Suizidpotential einzelner Patienten erhöhen können. Allerdings fehlen uns noch sichere Kriterien zur Beurteilung der Frage, welche Kranke hierfür besonders verletzlich sind. Dementsprechend scheint eine Sensibilität des Behandlungspersonals für diese Problematik bis jetzt wenig entwickelt zu sein. Modestin, der 149 Krankengeschichten von Hospitalsuizidfällen aus Bern und Münsingen genau studierte, fand nur in vier Fällen Hinweise auf rehabilitative Überforderung in den Krankenakten; bei zwei weiteren Patienten war eine Überforderung durch Verhaltenstherapie erwähnt worden.

Überforderung durch Leistungserwartungen des Patienten und seiner Angehörigen

Das ungeduldige Drängen auf endliche Besserung fließt nicht nur aus ehrgeizigen Erfolgsansprüchen mancher Therapeuten, sondern bildet sich auch in den Betroffenen selbst. Häufig steht beides in einer engen, sich gegenseitig verstärkenden, nicht immer klar bewußten Wechselwirkung.

Beispielsweise begründet sich der Suizid vieler junger Schiziphrener in der unerträglich gewordenen, als Versagensschuld empfundenen Wahrnehmung, Erwartungen der Eltern oder eigene Zielsetzungen in bezug

auf Ausbildungsabschluß oder Berufserfolg trotz größter Anstrengung nicht erfüllen zu können.

Zweifellos hat es solche individuelle Verzweiflung, durch eine psychische Krankheit bei der Entfaltung einer autonomen Existenz zu scheitern, schon immer gegeben! Es ist aber sehr wahrscheinlich, daß sich diese subjektive Reaktion auf das Erlebnis zu versagen in den letzten Jahrzehnten noch verschärft hat und zwar aus zwei Gründen:
Einmal sind die Notwendigkeiten, in der sog. postindustriellen Gesellschaft zu lernen und sich über das Erlernte auszuweisen, ständig angestiegen. für immer mehr Berufe ist ein Mittel- oder Hochschulabschluß Voraussetzung. Auf fast allen Gebieten wächst der Wissenstand schneller als eine effiziente Bereinigung der Lehrpläne. Die Education permanente, Motto unserer Lern- und Leistungsgesellschaft, droht bereits den Gesunden an den Rand seiner Bewältigungskapazität zu führen; für den psychisch Labilen, intellektuell Schwachen, durch Krankheitsepisoden aus dem Tritt Gefallenen wird sie schnell zur Überforderung.

Zum zweiten hat die von uns allen gewünschte und angestrebte Öffnung der psychiatrischen Spitäler die Frühentlassung Geisteskranker sowie ihre oft erfreulich erfolgreiche Wiedereingliederung in das Alltagsleben viele auch schwer behinderte Personen aus dem Schutzwinkel jahrelanger „Versorgung" in Krankenhäusern und Asylen herausgeführt und auf diese Weise wieder in den Konkurrenzkampf der Gesunden eingefädelt. An die Stelle früher Anpassung an die oft dumpfe Eintönigkeit einer sozialen Vita minima in totalen Institutionen tritt heute die nicht selten sehr schmerzhafte Erfahrung, im Tanz um das goldene Kalb von Wohlstand und Erfolg zwar auf den Krücken von Psychopharmaka und Sozialhilfe mithumpeln zu dürfen, dabei aber häufig eben doch zu scheitern.

Ob die Schizophrenie eine organische Krankheit ist wie der Diabetes oder die Tuberkulose, ist noch immer ungeklärt. Eindrucksvoll ist die große Bedeutung pathoplasticher Faktoren psychosozialer Natur. Erziehung, Lebensführung, eigene Anstrengungen beeinflussen den Ausgang der psychischen Störung, wodurch die Betroffenen zur selbstverantwortlichen Gestaltung ihres Schicksals aufgerufen sind. Darin liegt für den Patienten und seine Angehörigen einerseits immer wieder die Hoffnung auf Heilung oder wenigstens Besserung durch gezielte eigene Rahabilitationsanstrengungen. Andererseits fällt die gewisse Entlastung dahin, die das alte Krankheitsmodell für den Betroffenen hielt. Nimmt die Psychose einen schlimmen Verlauf, dann wirft dieses Ereignis namentlich bei den Angehörigen verstärkt die Schuldfrage auf. Dies wiederum dürfte bereitliegende Selbstmordtendenzen der Patienten mit negativen Impulsen verstärken.

Gelegentlich hat man den Eindruck, die Selbsttötung des Patienten sei für ihn in den Rang einer letzten, nun wirklich gelingenden existentiellen

Tat gerückt, nachdem so viele Versuche, im Leben etwas zu bewirken, gescheitert waren.

Behandlungsmängel

Neben diesen allgemeinen, schwer faßbaren Einflüssen auf das Suizidpotential lassen sich aber vielfach auch klar erkennbare Behandlungsmängel während der präsuizidalen Spitalepisode aufdecken. Seltener als gelegentlich vermutet, sind es grob fahrlässige Versäumnisse wie z.B. die mangelhafte Beaufsichtigung eines als selbstmordgefährdet erkannten Patienten. Häufig scheinen ernste depressive Verstimmungen der Aufmerksamkeit des Personals zu entgehen, oder sie werden nur unzureichend behandelt.

So fand Modestin unter den 149 genau untersuchten Suizid-Patienten der Kliniken Münsingen und Waldau aus den Jahren 1960–1981 61 Kranke, die in den Wochen vor dem Suizid ein ausgeprägtes depressives Syndrom aufgewiesen hatten. Aber weniger als die Hälfte (29 Patienten) von ihnen hatten Antidepressiva erhalten, davon nur 13 Patienten in ausreichender Dosierung. Als weitere Mängel fanden sich ein zu früher Abbruch der medikamentösen Behandlung nach Beginn der Besserung oder der Abbruch der Therapie ohne Besserung und ohne neue Behandlungsversuche. Auch andere Autoren weisen auf diesen Tatbestand hin. Die Raten ausreichend antidepressiv behandelter Suizid-Patienten vor der Tat schwanken nach Modestin zwischen 36 % und 14 %. Während Kranke mit der früher einmal festgestellten Diagnose einer Affektpsychose offenbar eher als potentiell rückfällige Personen überwacht werden, laufen besonders Schizophrene Gefahr, bezüglich einer depressiven Episode fehldiagnostiziert zu werden. Im Falle erkannter Behandlungsnotwendigkeit unterbleibt dann die intensive antidepressive Medikation möglicherweise aufgrund der Auffassung, depressiv verstimmte Schizophrene sollten keine Thymoleptika erhalten, um nicht die Gefahr eines Psychoserezidivs zu provozieren. Es werden dann häufig vermehrt Neuroleptika oder Benzodiazepine verordnet, die auf die Stimmung keinen aufhellenden Einfluß haben.

Abschließend sei noch auf ein Phänomen hingewiesen, dessen Auswirkung auf das Suizidpotential schwer gestörter Langzeit-Patienten mit schlechter Besserungsprognose zwar zu vermuten steht, jedoch sehr schwer abzuschätzen ist: Die Ambivalenz mancher Klinikärzte gegenüber Wert und Unwert einer Suizidprophylaxe überhaupt.

Sozialpsychologische Studien (*P. R. Wellhoefer* 1975, 1976) sowie eine empirische Untersuchung an 116 Krankenhausärzten von *C. Reimer et al.* (1986) („Suizidalität im Urteil von klinisch tätigen Ärzten") sprechen

dafür, daß ein nicht kleiner Teil der Ärzteschaft der Auffassung zuneigt, es sei der Selbstmord ein zu respektierendes Freiheitsrecht des Menschen und man könne gut verstehen, daß eine Person Bilanz ziehe und ihrem gequälten Leben ein Ende mache. Aus dieser Sicht schwächt sich natürlich die Entschlossenheit, Selbstmordgefährdung als krankhafte Einschränkung der Entscheidungsfähigkeit und als dringend behandlungsbedürftigen Zustand anzusehen, erheblich ab.

Bei hochgradig dementen, körperlich hinfälligen Alterspatienten oder bei morphinbedürftigen Krebskranken wird heute recht offen der Wunsch ausgesprochen, der Tod möge diese Patienten von ihrem Leiden erlösen.

Aber auch in bezug auf chronisch Geisteskranke tauchen bei Angehörigen und bei Ärzten manchmal Todesphantasien auf, welche allfällige latente Selbstmordgedanken des Patienten sehr wohl beeinflussen dürften. Ringel sprach 1965 von „suizidfördernden Einstellungsstrukturen", deren Bedeutung in den letzten Jahrzehnten möglicherweise zugenommen hat, wenn man die seit einigen Jahren wiederbelebte Diskussion über aktive Sterbehilfe als Indikator einer solchen Entwicklung auffassen will.

Muß nach der Erörterung all dieser erkannten oder vermuteten Ursachen steigender Suizidraten in psychiatrischen Krankenhäusern mit einem weiteren Anstieg gerechnet werden?

Prognosen sind kaum rational zu stellen. Ein unaufhaltsamer Trend scheint jedoch zum Glück nicht vorzuliegen. Dafür sprechen die zurückgegangenen Suizidzahlen der letzten beiden Jahre an der Berner Klinik und Mitteilungen aus dem Burghölzli in Zürich, die ebenfalls einen Rückgang melden. Wodurch diese Verringerung der Selbstmordzahlen entstanden ist, bleibt noch offen. Hoffen wir, daß sie anhalten möge!

Literatur

1) *Ernst, K.*: »Die Zunahme der Suizide in den Psychiatrischen Kliniken. Tatsachen, Ursachen, Prävention.« Sozial- und Präventivmedizin 24, 34–37 (1979).

2) *Ernst, K., U. Moser und C. Ernst*: »Zunehmende Suizide psychiatrischer Klinikpatienten: Realität oder Artefakt?.« Arch. Psychiat. Nervenkr. 228, 351–363 (1980).

3) *Maier, Ch.*: »Die Suizide in der Klinik Beverin 1920–1979 – Ein Beitrag zur Diskussion über die Zunahme von Suiziden in psychiatrischen Kliniken.« Schweizer Archiv f. Neurol., Neurochir. u. Psychiat. 128, 1, 75–87 (1981).

4) *Modestin, J.*: »Suizid in der psychiatrischen Institution.« Nervenarzt (1982) 53 : 254–261.

5) *Modestin, J.*: »Antidepressive therapy in depressed clinical suicides.« Acta Psychiatr. Scand. 1985 : 71 : 111–116.

6) *Modestin, J., H. Brenner and U. Koch*: »To the Problem of an Institutional Suicide.« From: Psychiatry, Vol. 1, Edited by P. Pichot, P. Berner, R. Wolf, and K. Thau (Plenum Publishing Corporation, 1985).

7) *Reimer, C., R. Zimmermann u. F. Balck*: »Suizidalität im Urteil von klinisch tätigen Ärzten.« Nervenarzt (1986) 57 : 100–107
8) *Wellhoefer, P. R.*: »Einstellungen zum Selbstmord. Eine sozialpsychiatrische Leitstudie.« Oeff. Gesundheitsw. (1975) 37 : 379–391
9) *Wellhoefer, P. R.*: »Das suizidale Klima. Eine Untersuchung der Einstellung zum Selbstmord.« Oeff. Gesundheitsw. (1976) 38 : 473–483.

Résumé

De nombreuses études font état d'une forte progression des cas de suicide au cours des dernières décennies dans les hôpitaux psychiatriques des pays industrialisés occidentaux y compris en Suisse. L'exposé évoque les hypothèses suivantes pour expliquer cette évolution:
Il est possible que la population des malades hospitalisés ait changé. Beaucoup de cliniques ont subi des réformes de structure profondes, des processus de libéralisation et des formes de »thérapie de milieu« ont été favorisés. Des mesures de réhabilitation forcées et des durées de séjour plus courtes exercent une pression sur le malade. Un espoir accru du patient et de ses proches concernant les prestations thérapeutiques augmente l'exigence d'une guérison rapide. Des lacunes dans le traitement et une attitude des médecins favorisant un suicide peuvent parfois entrer en jeu.

En Suisse, la fréquence intraindividuelle des suicides semble à nouveau baisser actuellement.

Wolfgang Böker
Prof. Dr. med.
Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau
Bolligenstraße 111
3072 Ostermundigen