

Die Zunahme der Suizide in den Psychiatrischen Kliniken

Tatsachen, Ursachen, Prävention

K. Ernst¹

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

1. Fragestellung

Den Anlass zur vorliegenden Untersuchung gab eine markante Zunahme der Suizidfälle in der eigenen Klinik während des letzten Jahrzehntes. Fünf Fragen drängen sich auf:

1. Ist diese Zunahme bedeutungsvoll oder ist sie statistisch zufällig?
2. Beschränkt sie sich auf die eigene Klinik oder ist sie überregionaler Natur?
3. Welche Klinikpatienten sind besonders suizidgefährdet?
4. Liegen die Ursachen des Suizidanstiegs vor allem in innerklinischen Liberalisierungsmaßnahmen?
5. Lassen sich Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen Suizidprävention erkennen?

2. Methode

Kern [8] hat aus allen 4085 Krankengeschichten derjenigen Patienten, die während ihrer Hospitalisierung in unserer Klinik zwischen dem 1. Januar 1900 und dem 31. Dezember 1972 verstorben waren, alle (zufälligerweise genau 100) Suizidfälle herausgesucht und nach einheitlichen Gesichtspunkten ausgewertet. Die Krankengeschichten der während der seitherigen fünf Jahre (1. Januar 1973 bis 31. Dezember 1977) geschehenen 35 Suizide habe ich prospektiv gesammelt und analog bearbeitet. Es wurden keine Suizidfälle einbezogen, die uns katamnestisch (aus der Zeit *nach* der administrativen Entlassung) bekanntgeworden sind.

Die Unterschiede zwischen je zwei benachbarten Dekaden und ebenso zwischen je zwei benachbarten Doppeldekaden wurden mit der Chi-Quadrat-Methode in bezug auf das Verhältnis ihrer Suizidzahlen zu den Zahlen aller anderen Austritte geprüft (vgl. *Abb.*). Als Bezugsziffern für die Suizide in der Klinik wurden nicht – analog der Suizidraten der Gesamtbevölkerung – die Patienten-Bestände, sondern die Patienten-Austritte gewählt: die Population einer Klinik als eines «Durchgangsterritoriums» lässt sich nicht direkt mit der Population einer geographischen Region vergleichen.

3. Resultate

Vom 1. Januar 1900 bis zum 31. Dezember 1977 haben sich 135 Kranke – 79 Männer und 56 Frauen –

Während die Verhältnisse, unter denen die Kranken in den Psychiatrischen Kliniken leben, sich in den letzten Jahrzehnten augenfällig verbesserten, stiegen ihre Suizidraten an. Der Autor geht der Frage nach, wo – und wo nicht – die Gründe für diese beunruhigende Entwicklung zu suchen sind.

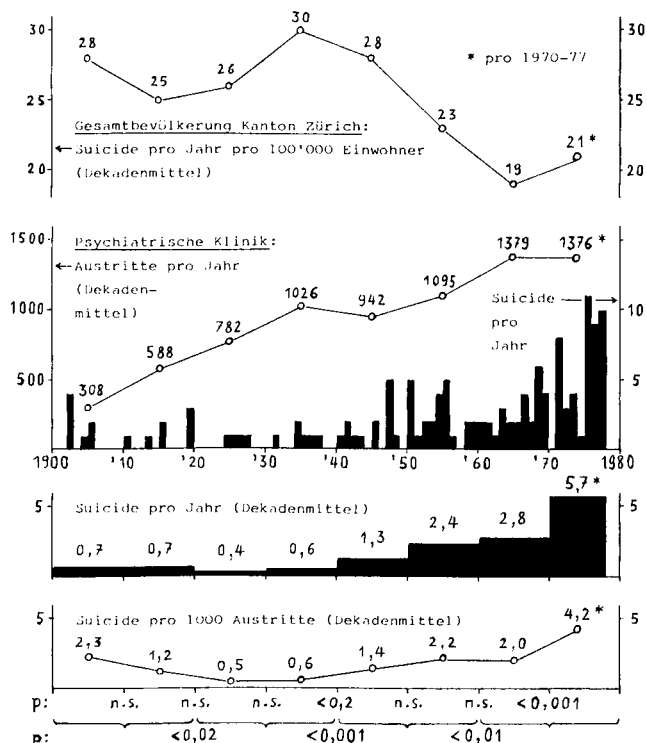


Abb. Suizidraten im Kanton Zürich und Suizidfälle in der Psychiatrischen Universitätsklinik, absolut und bezogen auf alle Austritte 1900–1977.

während ihrer Hospitalisierung in unserer Klinik suizidiert.

3.1 Die Signifikanz der Suizidzunahme in der eigenen Klinik

Die Abbildung zeigt die annähernd kontinuierliche Zunahme der Suizide seit den zwanziger Jahren, sowohl absolut wie bezogen auf die Austrittszahlen im Dekadenmittel. Nach den eingezeichneten Signifikanzwerten ist es höchst unwahrscheinlich, dass die ganze Entwicklung auf Zufall beruht. Es besteht auch keine Proportionalität zur Suizidkurve der Gesamtbe-

¹ Prof. Dr. med., Ärztlicher Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Lengstrasse 31, Postfach 68, CH-8029 Zürich.

völkerung des Kantons Zürich (das heisst des Einzugsgebietes der Klinik). Demnach handelt es sich um ein ausschliesslich klinisches, nicht um ein gesamt-demographisches Phänomen.

3.2 Ausländische Statistiken

Farberow und Mitarbeiter [3] fanden in den Kliniken der Veterans Administration einen signifikanten Anstieg der Suizidraten beim Vergleich der beiden Perioden 1950–1958 und 1959–1966. Die Autoren vermuten open door, Frühentlassungsdruck und aktivierende Pharmakotherapie als Ursachen für diese Entwicklung.

Hessö [5], basierend auf eigenen [6] und anderen skandinavischen Erhebungen [10, 11], hat für verschiedene Zeiträume zwischen 1930 und 1974 die Suizidraten der norwegischen, schwedischen und finnischen psychiatrischen Kliniken zusammengestellt. Sowohl pro Patientenbestand wie pro Patientendurchgang oder pro Sterbefälle berechnet, zeigen seine Suizidraten während dieser Dezennien eine eindrucksvolle Zunahme um das Drei- bis Sechsfache. Und dies, obwohl (wie bei uns) die Suizidraten der Gesamtbevölkerung während der Beobachtungszeit ungefähr gleich blieben. Ausser den bereits erwähnten Gründen diskutiert *Hessö* den Einfluss der stärkeren «Psychiatisierung» der Gesamtbevölkerung, die unter anderem zur nachweisbar häufigeren Hospitalisierung Suizidaler geführt hat.

De Graaf [4] fand sogar noch innerhalb der kurzen Zeitspanne von 1970 bis 1974 einen deutlichen Anstieg der Suizidraten in 39 Psychiatrischen Kliniken Hollands – ebenfalls im Kontrast zu den fast stationären Raten der Gesamtbevölkerung.

In der Schweiz sind vergleichbare Gesamtzahlen oder auch nur kantonale Statistiken nicht erhältlich – aus Gründen, die zu erläutern hier kein Raum ist. Die Befunde aus fünf anderen Ländern zeigen aber, dass die Erfahrung der eigenen Klinik nicht bloss einer lokalen Besonderheit entspricht, sondern dass wir es mit einer weltweiten Tendenz zu tun haben.

3.3 Welche Klinikpatienten suizidierten sich?

Auf diese Frage geben die ausländischen Gesamtstatistiken nur wenig Antwort. Eine Analyse der eigenen Krankengeschichten erwies sich deshalb als lohnend. Für Einzelheiten, besonders des Zeitraums von 1900 bis 1972, sei auf die früheren Arbeiten aus unserer Klinik [2, 8] verwiesen. Ungeachtet des fast acht Dezennien umfassenden Beobachtungszeitraums wirkt die Verteilung der soziographischen und diagnostischen Daten aller 135 Suizidierten erstaunlich homogen. Folgende Merkmale haben seit 1900 keine Verteilungsverschiebung erfahren, wenn die 100 Suizidfälle der Jahre 1900 bis 1972 den 35 der Jahre 1973 bis 1977 gegenübergestellt werden:

Geschlecht: Unter den Suizidierten der Klinik überwiegen (wie in der Gesamtbevölkerung) andauernd die Männer über die Frauen, wenn man das Geschlechtsverhältnis an demjenigen aller Ausgetretenen misst.

Alter: Unter 30- und über 60jährige Kranke sind seit jeher (übereinstimmend mit *Sletten* [12] unter den Suizidierten, verglichen mit allen Ausgetretenen, signifikant untervertreten geblieben. Für die ältere Gruppe kontrastiert dieser Befund mit der Altersverteilung der Suizide in der Gesamtbevölkerung, die bekanntlich keine Altersabnahme kennt. Vielleicht hängt dies einerseits mit der besonders ausgeprägten Hilflosigkeit der betagten Klinikpatienten und andererseits mit deren

besserem Schutz vor Vereinsamung im Vergleich zu den nichthospitalisierten Gleichaltrigen zusammen.

Wiederaufgenommene sind unter den Suizidierten gegenüber erstmals Aufgenommenen signifikant übervertreten.

Letzte Hospitalisierungsdauer: Sie ist auch heute noch wie bei *Achté* [1] und *Koester* [9] meist viel länger, als es dem Median der letzten Klinik-Aufenthaltszeiten aller Austretenden (um einen Monat) entspricht. Die Kranken suizidierten sich sehr selten in den ersten Tagen und meist erst nach mehr- bis vielmonatiger Hospitalisierung. Kaum je lässt sich der Suizid mit der Verzweiflung über die Einweisung in Zusammenhang bringen oder mit dem akuten Katastrophenerlebnis eines ersten Psychosenausbruchs. Aber auch langjährig ununterbrochen Hospitalisierte suizidieren sich nur noch selten (in Übereinstimmung mit *De Graaf* [4]). Die Suizidziffern der Klinik zeigen deshalb bedeutend mehr Beziehungen zu den Entlassungs- als zu den Bestandesziffern. (Dies war übrigens ein zusätzlicher Grund für die gewählte Darstellung und Berechnungsweise, s. *Abb.*)

Diagnosen: Unter den 135 Suizidierten lautete die Hauptdiagnose 55mal auf Schizophrenie, 50mal auf Depression, 18mal auf Suchtkrankheit und 12mal auf ein anderes Leiden. Selbstverständlich sind die Depressiven unter diesen Suizidierten gegenüber den Depressiven unter allen anderen Ausgetretenen übervertreten. Der Anteil der Depressiven hat sich aber im Laufe des letzten Dezenniums weder unter den Suizidierten noch unter den anderen Ausgetretenen vergrössert.

Sämtliche erfassbaren «inneren» Patientenmerkmale vermögen also den rezenten Suizidanstieg nicht zu erklären. Es drängt sich deshalb die Suche nach Veränderungen in den «äusseren» Bedingungen des Klinikregimes auf.

3.4 Suizidanstieg als Folge von Liberalisierungsmassnahmen?

Mehr Suizide auf offenen als auf geschlossenen Abteilungen: Die Suizidraten der auf offenen Abteilungen untergebrachten Kranken erwiesen sich 1900 bis 1972 als zwei- bis dreimal grösser als diejenigen der geschlossen placierten Patienten.

Suizidzunahme nach Abteilungsöffnungen: Wie *Kern* [8] gezeigt hat, erfolgte tatsächlich eine solche Zunahme während dreier Perioden von zwei bis sechs Jahren unmittelbar nach drei sorgfältig vorbereiteten Abteilungsöffnungen in den Jahren 1961/62, 1965 und 1971, wenn man diese Perioden jeweils mit gleich langen unmittelbar vorangegangenen Zeiträumen verglich. Wegen der kleinen Zahlen (Zunahmen von 1 auf 4, 6 auf 14 und 4 auf 10 Suizide, verglichen mit allen anderen Austritten) erreichten die Signifikanzwerte allerdings nur das Ausmass von Tendenzen. Deren Bedeutung wird aber dadurch erhöht, dass sie alle gleichsinnig gerichtet sind und dass sich die Suizidzunahme jeweils auf denjenigen Klinikteil (Männer- oder Frauenseite) beschränkt, auf dem die betreffende

Öffnung stattgefunden hatte. Mindestens die ersten beiden Suizidzunahmen liessen sich keineswegs aus der allgemein steigenden Suizidkurve erklären, weil diese viel weniger steil verlief als die stufenförmigen Zunahmen nach den Abteilungsöffnungen. Nach der dritten Doppelperiode ist allerdings bisher keine Abflachung der Kurve erfolgt, so dass man hier vorläufig nicht sicher von einer «Stufe» sprechen kann.

Verlagerung des Suizidortes nach aussen: Sie wird in der Tabelle dargestellt. Bis 1960 befanden sich nur etwa 5 % der Klinikbetten auf offenen Abteilungen. Die mittlere Phase von 1961 bis 1972 kann als diejenige der sukzessiven Abteilungsöffnungen bezeichnet werden. Seither erfolgten keine weiteren Öffnungen mehr, und es stehen 59 % der 490 Klinikbetten auf völlig offenen Abteilungen. Die Verlagerung des Suizidortes vom intramuralen Bereich zum bewilligten Ausgang ist bei Berechnung mit der Chi-Quadrat-Methode für neun Felder mit p unterhalb 0,001 hochsignifikant. Die Zunahme der Suizide über alle 78 Jahre hinweg geht in der Hauptsache auf die Zunahme der extramuralen Suizidfälle zurück, vor allem auf diejenigen, die im ärztlich bewilligten auswärtigen Aufenthalt erfolgten. Das Bild bleibt freilich insofern unvollständig, als wir nicht wissen, wie viele andere Kranke in den betreffenden drei Zeitperioden ebenfalls bewilligte Urlaube und Ausgänge verbrachten, ohne dass ein Suizid geschah.

Tabelle. Ort des Suizids

Zeitraum	Innerhalb der Klinik	Ausgang oder Urlaub ausserhalb der Klinik unbewilligt bewilligt		Summe
1900–1960	40 = 64 %	9 = 14 %	14 = 22 %	63 = 100 %
1961–1972	15 = 41 %	9 = 24 %	13 = 35 %	37 = 100 %
1973–1977	6 = 17 %	7 = 20 %	22 = 63 %	35 = 100 %

Suizidart: Erhängungen und Erdrosselungen haben von der Periode 1900 bis 1972 zur Periode 1973 bis 1977 von 45 = 45 % auf 9 = 26 % abgenommen, was einem Trend mit p zwischen 0,05 und 0,1 entspricht. Dies hängt vielleicht damit zusammen, dass innerhalb der Klinik und unter geschlossenen Verhältnissen weniger andere wirksame Suizidmittel zur Verfügung stehen als ausserhalb der Klinik. Die Gewalttätigkeit der erfolgreichen Suizidmethoden hat jedenfalls nicht abgenommen. An die Stelle der zurücktretenden Erhängungen und Erdrosselungen sind zunehmend Methoden wie Sturz, Erschiessen, Erstechen, Überfahrenlassen und Ertrinken getreten – Suizidarten, die innerhalb der Klinik seltener in Frage kommen. Die weniger gewaltsamen und oft rechtzeitig entdeckten Medikament-(Schlafmittel-)Vergiftungen sind dagegen prozentual bei rund 25 % stehengeblieben. Die Verschiebung der Suizidmittel spiegelt möglicherweise die freiheitlicheren Bedingungen, unter denen die Suizide heute meistens erfolgen, erklärt deren Anstieg aber natürlich nicht.

4. Diskussion

Einschränkend für die Interpretation der Resultate ist hier wie bei den ausländischen Studien folgendes zu sagen: Wir wissen bis heute nicht, ob der Suizidanstieg bei Hospitalisierten nicht etwa wettgemacht wird durch eine Suizidverminderung bei den Frischantlass-

nen – eine Frage, die nur durch aufwendige Massenkattamnesen zu beantworten wäre.

Die Gründe für die Suizidzunahme des letzten Dezenniums in der eigenen Klinik können nicht in Verschiebungen der Zusammensetzung der Aufgenommenen nach Geschlecht, Alter, letzter Hospitalisierungsdauer und Hauptdiagnose gefunden werden – insbesondere auch nicht in einem Anstieg der Aufnahmen schwer depressiver Kranker. Dagegen scheinen Zusammenhänge mit der zunehmenden Liberalisierung des Klinikregimes wahrscheinlich.

Diese letzteren Zusammenhänge sind aber nicht direkter und rein «technischer» Natur: die Suizide erfolgen nämlich meist nicht sofort nach der Öffnung ganzer Abteilungen, nicht bald nach der Versetzung des einzelnen Kranken auf die offene Abteilung und nicht schon beim ersten Ausgang oder Urlaub, sondern in der Regel monatelang *später*. Auch beim Studium der Krankengeschichten entsteht der Eindruck, dass die entscheidenden Faktoren nicht «plötzliche Befreiung» und «rasche Verselbständigung» genannt werden können, sondern eher «schleichende Vereinsamung» und «anhaltender Wiedereingliederungsdruck» von aussen oder von innen. Was das konkret heisst, kann hier aus Raumgründen nicht an Beispielen illustriert werden. Diese zeitlichen Ergebnisse passen aber gut zu den Befunden von Kahne [7], Koester [9] und Wilson [13].

Die klinische Suizidprävention kann nicht in der Wiedereinführung eines geschlossenen, restriktiven Klinikregimes bestehen. Abgesehen von dessen «anstaltspolitischer» Undurchführbarkeit wären die Nachteile, die dadurch für die überwiegende Mehrzahl der Kranken entstünden, kaum zu verantworten. Vielmehr ergeben sich für die Klinikärzte und das Pflegepersonal drei andere Forderungen. Erstens: wir sollen Kranke, die sich auf offenen Abteilungen unauffällig zurückziehen beginnen, nicht aus den Augen verlieren. Zweitens: wir sollen daran denken, dass es nicht immer nur die Selbständigkeit des Kranken fördert, wenn wir seinem Wunsch nach Urlaub entsprechen. Und drittens: wir sollen im Rahmen unserer Rehabilitationsbemühungen eine Ecke reservieren für die Pflege der Asylfunktion der Klinik. Das heute perhorreszierte «custodiale» Prinzip steht nämlich dem therapeutischen nicht entgegen, sondern ergänzt es in Richtung auf eine andere Grössenordnung von Geduld.

Zusammenfassung

In den Psychiatrischen Kliniken von fünf anderen Ländern und in der eigenen Klinik haben die Suizide in den letzten Jahrzehnten signifikant und um ein Mehrfaches stärker zugenommen als die Suizide in der Gesamtbevölkerung. Wahrscheinlich sind hierfür nicht in erster Linie Änderungen in der soziographischen und diagnostischen Zusammensetzung der aufgenommenen Kranken verantwortlich, sondern Fortschritte in der liberalen Krankenbehandlung und in der Rehabilitation. Suizidpräventiv ist im Auge zu behalten, dass eine Minderzahl von Kranken nicht erträgt, was der grossen Mehrzahl hilft.

Résumé:

Les suicides augmentent dans les cliniques psychiatriques.

Faits, causes, prévention

Dans les cliniques psychiatriques de cinq pays et dans la nôtre, les suicides ont significativement augmenté depuis environ cinquante ans, et plusieurs fois plus que les suicides dans la population générale. En toute probabilité ce ne sont pas en premier lieu des changements dans les caractéristiques sociographiques ou nosographiques de nos malades qui en sont responsables, mais plutôt un traitement hospitalier plus libéral et plus orienté vers la réhabilitation. Du point de vue préventif, il faut se rappeler qu'une minorité des hospitalisés supporte mal ce qui est avantageux pour la grande majorité.

Summary:

Suicides on the increase in psychiatric clinics.

Facts, causes, prevention

In the psychiatric clinics of five countries and in ours as well, suicides have significantly increased since the twenties, and many times more than in the general population. This trend is probably not due to change in the sociographic and diagnostic composition of admitted patients but to more liberal hospital treatment and more active rehabilitation. In order to prevent suicide in the clinic, it has to be kept in mind that what proves to be an asset for the great majority of patients may be detrimental for a minority.

Literatur

[1] *Achté, K. A., Stenbäck, A., Teräväinen, H.*, On suicide committed during treatment in psychiatric hospitals, *Acta psychiat. scand.* 42, 272–284 (1966).

[2] *Ernst, K., Kern, R.*, Suicidstatistik und freiheitliche Klinikbehandlung 1900–1972. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 219, 255–263 (1974).

[3] *Farberow, N. L., Ganzler, S., Cutter, F., Reynolds, D.*, An eight year survey of hospital suicides, *Life-Threatening Behaviour*, 1, No. 3 (1971).

[4] *de Graaf, A. C.*, Suicide in mental hospitals (dutch), *T. psychiat.* 18, 814–821 (1976).

[5] *Hessö, R.*, Suicide in Norwegian, Finnish and Swedish Psychiatric Hospitals, *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 224, 119–129 (1977).

[6] *Hessö, R., Retterstøl, N.*, Suicide in Norwegian psychiatric hospitals (in Norwegian), *T. norske Lægeforen* 28, 1571–1574 (1975).

[7] *Kahne, M. J.*, Suicides in Mental Hospitals, A study of the effects of personnel and patients turnover, *J. Hlth. Soc. Behav.* 9, 255–266 (1968).

[8] *Kern, R.*, Die 100 Suicidfälle der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich von 1900 bis 1972. *Med. Diss. Zürich* 1973.

[9] *Koester, H., Engels, G.*, Gelungene Suicid im psychiatrischen Krankenhaus, *Z. Präv. Med.* 15, 19–26 (1970).

[10] *Niskanen, P.*, et al., Suicide in psychiatric hospitals in different therapeutic eras, a review of literature and own study, *Psychiatric Fennica* 1974, 265–273.

[11] *Ødegaard, Ø.*, Mortality in Norwegian Psychiatric Hospitals 1950–1952, *Acta genet. (Basel)* 17, 137–153 (1967).

[12] *Sletten, I. W., Brown, M. L., Evenson, R. C., Altman, H.*, Suicide in mental hospital patients, *Dis. nerv. Syst.* 33, 328–334 (1972).

[13] *Wilson, G. C.*, Suicide in psychiatric patients who have received hospital treatment, *Amer. J. Psychiat.* 125, 752–757 (1968).

Suizid und endogene Psychose

C. Scharfetter¹, J. Angst², M. Nüsperli³

Psychiatrische Universitätsklinik, Forschungsdirektion, Zürich

1. Suizidfrequenz bei Schizophrenen und Affekt- psychotikern nach der Literatur

Dass bei Menschen mit sogenannten endogenen Psychosen die Suizidrate beträchtlich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung, ist eine unbestrittene Annahme. Aber die Angaben darüber, wie viel Suizidanten an endogenen Psychosen gelitten haben dürften, schwanken in der Literatur ausserordentlich stark. *Lungershausen* [24] fand Zahlen zwischen 6 und 66 %, *Pöldinger* [34] zwischen 3 und 40 %. In der Übersicht über zahlreiche Angaben darf man annehmen, dass ein Drittel bis die Hälfte aller Suizidanten an endogenen Psychosen gelitten haben.

Die Angaben in der Literatur sind schwankend, je nach der untersuchten Population, zwischen 2 und

Die endogenen Psychosen, insbesondere die monopolaren Depressionen, stellen eine Gruppe mit hohem Selbstmordrisiko dar. Das Risiko ist am geringsten bei den Schizophrenen.

40 % (s. *Übersicht 1*). In einer sehr sorgfältigen Studie aus Helsinki berichten *Niskanen* et al. [26], dass von 1461 Suizidanten in den Jahren 1956–1965 7,9 % vorher wegen Schizophrenie behandelt worden waren, dass aktuell 54 % der männlichen, 12,5 % der weiblichen Suizidanten schizophren waren. *Lungershausen* [24] stellte bei 16 % der Suizid Todesfälle von Studenten Schizophrenie, bei 24 % Depression fest. Sehr hoch ist der Anteil der Schizophrenen an den Suizidfällen Psychiatrischer Kliniken, das heisst von hospitalisierten Patienten: 44 % [2], 45 % [6], 78,1 % [16]. *Pokorny* [35, 36] fand das Suizidrisiko bei Schizophrenen 90fach grösser als in der Allgemeinbevölkerung. Die Angaben über den Anteil von endogen psychotischen Menschen an Suizidversuchen (Parasuizid) sind

¹ Professor an der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

² Direktor der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

³ Sekretärin der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Lenggstrasse 31, CH-8029 Zürich.