

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.

noch unterschiedlicher (Literatur s. *Eggers* [14], *Pöldinger* [34], *Niskanen* [26], *Schüttler et al.* [39]: zwischen 10 und 25 %).

Literaturübersicht 1

Anteil (in %) der endogenen Psychosen am Suizid

| Autor | Jahr | % Suizide |
|----------------|------|-----------|
| Achté | 1961 | 2 |
| Niskanen | 1970 | 2 |
| Niskanen | 1973 | 2,33 |
| Weichbrodt | 1937 | 3 |
| Bingler | 1930 | 6 |
| Dellanoy | 1927 | 9 |
| Säker | 1938 | 12 |
| Robins et al. | 1959 | 13,9 |
| Gruhle | 1940 | 15 |
| Yessler et al. | 1961 | 22 |
| Ringel | 1961 | 34 |
| Parnitzke | 1961 | 36 |
| Acke | 1973 | 40 |
| Lungershausen | 1969 | 40 |

Die Suizidsterberate schizophrener Menschen kann nach der Literatur nicht einheitlich angegeben werden (s. *Übersicht 2*), zu unterschiedlich ist Sammlung, Alters- und Geschlechtsaufbau, Erkrankungszeit, Katamneseperiode und Todesfallerhebung in den verschiedenen Studien. Doch muss man damit rechnen, dass bis gegen 10 % aller Schizophrenen an Suizid sterben. *Bleuler* [8], stellt darum mit Recht ausdrücklich fest: «Die Suizidgefahr ist bei Schizophrenen erheblich, und zwar nicht nur in den Anfangsstadien, sondern auch nach langjährigen Krankheitsverläufen» (S. 237). Er fand Selbstmord als zweithäufigste Todesursache: 9 der 70 Verstorbenen (von 208 Probanden mit 20–25jähriger Beobachtungszeit) endeten mit Suizid (13 %). Ein statistisch bedeutender Geschlechtsunterschied ergab sich dabei nicht.

Literaturübersicht 2

Schizophrenie und Suizid

| Autor | Jahr | % von Suizid- todesfällen |
|------------------|------|--------------------------------------|
| Retterstol | 1966 | 1,5 |
| Osmond und Hofer | 1967 | 1,8 |
| Helgason | 1964 | 2 |
| Johanson | 1958 | 2,17 |
| Tsutsumi | 1967 | 2,7 |
| Noreik | 1975 | 2,86 (m), 0,25 (w) |
| Pöldinger | 1968 | 4 |
| Schüttler et al. | 1976 | 4 |
| Böcker | 1973 | 4,3 |
| Bleuler | 1972 | 4,5 |
| Eggers | 1974 | 5 (Schizophrenie unter 14 Jahren) |
| Winokur | 1975 | 10 |
| Tsuang | 1978 | 10 |

Zur Suizidhäufigkeit bei Patienten mit Affektpsychosen haben sich zahlreiche Autoren geäußert. Eine ganze Reihe von ihnen spricht von einer insgesamt erhöhten Mortalität der Affektpsychotiker: *Malzberg* [25], *Essen-Moeller* [15], *Alström* [4], *Ödegard* [28], *Stenstedt* [41], *Perris* und *D'Elia* [31], *Bratfos* und *Haug* [11], *Petterson* [32]. Die erhöhte Mortalität geht etwa zur Hälfte auf die stark erhöhte Suizidfrequenz bei Depressionskranken: *Malzberg* [25], *Alström* [4], *Lundquist* [23], *Stenstedt* [41, 42], *Helgason* [20], *Sainsbury* [38], *Bratfos* [10]. Die Angaben über die Suizidhäufigkeit bei Affektpsychotikern schwanken je nach der Beobachtungszeit. *Übersicht 3* gibt eine Darstellung der Zahlen von vielen Autoren.

Literaturübersicht 3

Depression und Suizid

| Autor | Jahr | % Suizide |
|--------------|------|-------------------|
| Stensted | 1952 | 2,8 |
| Perris | 1966 | 3 |
| Schulz | 1949 | 3,3 |
| Angst | 1966 | 4 |
| Noreik | 1975 | 4,4 (m), 1,54 (w) |
| Lundquist | 1945 | 5,4 |
| Pöldinger | 1972 | 6 |
| Tsutsumi | 1967 | 6,3 |
| Slater | 1938 | 6,5 |
| Tsuang | 1978 | 9,3–11,1 |
| Ringel | 1961 | 10 |
| Winokur | 1975 | 10,6 |
| Langelüddeke | 1941 | 12 |
| Angst | 1977 | 12–13 |
| Sainsbury | 1961 | 15 |
| Helgason | 1964 | 17 |

Perris und *D'Elia* [31] fanden bei Männern etwas häufiger Suizidvorkommnisse als bei Frauen, doch war der Unterschied nicht signifikant. *Noreik* [27] fand Suizid bei 4,44 % der Männer, bei 1,54 % bei Frauen mit Depressionen im Sinne von ICD 296.

Eine genauere Durchsicht der Literatur ergibt, dass die angegebenen Zahlen kaum vergleichbar sind: das Untersuchungsgut ist nicht einheitlich hinsichtlich diagnostischer Zuordnung und nosologischer Kategorisierung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer, Beobachtungszeit. Manchmal sind die Suizidvorkommnisse als direkte Prozente angegeben, manchmal als Prozent der beobachteten Todesfälle, manchmal berechnet auf 100 000 pro Jahr.

Die Frage, wann im Verlauf einer endogenen Psychose die Suizidquote am grössten ist, ist nicht klar zu beantworten. Einige fanden die grösste Zahl der Suizide im ersten Dezennium der Erkrankung (*Tsuang* [44]: 50 % aller Suizidfälle), die meisten Autoren sahen eine Verteilung auf den ganzen Verlauf mit einer stetigen Zunahme der Gesamtsuizidzahl mit der Beobachtungsdauer.

Niskanen et al. [26] zeigen, wie der proportionale Anteil der Schizophrenen an den Suizidfällen der Allge-

meinbevölkerung vom Lebensalter abhängt: Er ist am grössten zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr (10,9 % beider Geschlechter, 8,6 % der männlichen, 15,5 % der weiblichen Suizidanten, und nimmt dann langsam ab, bei den Frauen langsamer als bei den Männern. Erst ab dem 65. Lebensjahr sind die Werte für Männer (2,1 %) und Frauen (3,2 %) angenähert. Dabei ist in dieser finnischen Population der Anteil der schizophrenen Frauen an den Gesamtsuizidanten mit 12,5 % doppelt so gross wie der Anteil der schizophrenen Männer (5,4 %).

Zwischen Suizidmethode und Psychose besteht keine charakteristisch vom allgemeinen Suizidmittel-Verteilungsmuster abweichende Korrelation (Noreik [27], Tsutsumi [45]).

Eine Reihe von Autoren fand das Suizidrisiko auch bei Verwandten von Affektpsychotikern erhöht: Dahlgren [13], Slater [40], Strömngren [43], Stenstedt [42], Pitts und Winokur [33], Perris [30], Petterson [32], Tsutsumi [45].

2. Eigene Untersuchungen zur Suizidfrequenz bei Probanden mit endogenen Psychosen

Wir haben an zwei eigenen Untersuchungspopulationen von Schizophrenen und Affektpsychotikern, die für familiengenetische und Verlaufsstudien gesammelt wurden, die Suizidhäufigkeit der Indexfälle sowie von deren Eltern und Geschwistern zusammengestellt und berichten im folgenden davon.

Untersuchungspopulation

Gruppe I stammt aus einer ausgedehnten Studie zu Psychopathologie, Genetik und Verlauf von Probanden mit den Diagnosen Schizophrenie (ICD 295.), schizoaffektive Psychosen (ICD 295.7), monopolare endogene Depression (ICD 296.0+2), bipolare Affektpsychose (ICD 296.1+3). Ziel der Sammlung der Fälle war, in jeder Untergruppe mindestens 30 Probanden vertreten zu haben. Die Rekrutierung erfolgte zwischen 1970 und 1976, nach der diagnostischen Entscheidung randomisiert. Die Stichprobe ist aber nicht repräsentativ für alle Aufnahmen in die Klinik. Die Gruppengrösse ist in Tab. 2 unter I zu ersehen.

Das Krankengut der Studie II setzt sich aus Probanden mit den Diagnosen ICD 295.7, 296.0+2, 296.1+3 zusammen (s. Tab. 2/II). Sie wurden konsekutiv von den laufenden Aufnahmen in die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich zwischen 1959 und 1963 gewonnen.

Ergebnisse

Insgesamt fanden wir bei 675 Menschen mit endogenen Psychosen (alle ICD 295. und 296. zusammen) mit einem Alter zwischen 37 und 64 Jahren und einer Krankheitsdauer zwischen 9 und 24 Jahren 144 Todesfälle (das sind 21,3 %). 37 Indexfälle (5,5 %) hatten sich suizidiert. Die Suizide machen 25,6 % aller Todesfälle aus (s. Tab. 1).

Tab. 1. Suizide in der Gesamtprobandengruppe (Schizophrenie und Affektpsychose)

| Total 295. und 296. | Gestorben abs. | % | Suizide abs. | % | Suizide Prozent der Todesfälle |
|------------------------|-------------------|------|-----------------|-----|--------------------------------------|
| 675 | 144 | 21,3 | 37 | 5,5 | 25,6 |

Tab. 2 zeigt die Suizidhäufigkeit der Indexfälle bei einer durchschnittlichen Krankheitsdauer zwischen 9 und 24 Jahren. Sie ist bei der Gruppe der Schizophrenen am kleinsten (2 von 140 Patienten; das sind 1,4 %), bei den Patienten mit monopolen depressiven Psychosen am grössten (23 von 220 Indexfällen; das sind 10,4 %). Von den bipolaren Affektpsychotikern haben sich 2,4 % (3 von 125) suizidiert. Dazwischen stehen die Patienten mit schizoaffektiven Psychosen mit einer Suizidhäufigkeit von 4,7 % (9 von 190).

Tab. 3 zeigt eine Zusammenstellung der Suizide bei Eltern und Geschwistern der Indexfälle. Dabei sind die Suizide aufgegliedert je nachdem, ob sie mit einer ICD-Diagnose verbunden sind und allenfalls mit welcher.

Von insgesamt 3642 Eltern und Geschwistern aller Indexfälle sind 400 gestorben (ca. 11 %), 100 an Suizid (das sind 2,7 %).

Die Suizid-Gesamtquote der Eltern und Geschwister der Schizophrenen ist ungefähr gleich hoch (1,3 %) wie die der Indexfälle (1,4 %). Dabei ist nur 1 Sekundärfall einer Schizophrenie (bei einem Bruder), 1 Suizidfall ohne ICD-Diagnose, während die anderen Suizidfälle mit ICD-Diagnose 300. (1mal), 301. (1mal), 303. und 304. (Sucht, Alkohol und andere zusammen 2mal) und mit einer anderen diagnostischen Zuordnung (organische Psychose) kombiniert sind.

Bei den Verwandten der Indexfälle mit Mischpsychosen (ICD 295.7) ist die Gesamtzahl der Suizide mit 3,8 % deutlich höher als bei den Verwandten der Schizophrenen, wobei die Zahl der schizophrenen und affektpsychotischen Sekundärfälle beeindruckt (dabei nur 1 Sekundärfall mit 295.7).

Die Suizidhäufigkeit bei den Verwandten von monopolen und bipolaren Affektpsychotikern ist ungefähr gleich hoch (4,2 bzw. 4,3 %), wobei in beiden Gruppen die Zahl der monopolar depressiven Sekundärfälle auffällt.

Wir haben ferner geprüft, ob ein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Suizidhäufigkeit besteht zwischen männlichen (Väter und Brüder) und weiblichen (Mütter und Schwestern) Verwandten ersten Grades der Indexfälle. Es fanden sich dabei keine signifikanten Unterschiede, einzig bei den Verwandten der bipolaren Affektpsychotiker eine Tendenz zum Überwiegen der Männer bei den Suizidanten ($p < 0,05$).

In Tab. 4 sind die Suizidmethoden (bei 78 Suiziden bekanntgeworden) der suizidierten Eltern und Geschwister (getrennt nach Geschlecht) der Indexfälle angegeben. Männer und Frauen unterscheiden sich

Tab. 2. Suizid der Indexfälle (St. I und II)

| ICD-Nr. | N total (I+II) | Alter (Jahr) | | (Jahr/Mittelwert) Krankheitsdauer | | (Jahre Beob- achtungsdauer) | | Gest. total | Suiz. abs. | % |
|---------|-------------------|--------------|-----------|--------------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|----------------|---------------|------|
| | | I | II | I | II | I | II | | | |
| 295.1-3 | 140 (140+0) | 36,8±11,7 | – | 9,3± 8,1 | – | 1 | – | 3 | 2 | 1,4 |
| 295.7 | 190 (40+150) | 47,6±12,3 | 58,9±13,7 | 18,7±12,7 | 22,5±12,8 | 1 | 27,0±12,7 | 31 | 9 | 4,7 |
| 296.0+2 | 220 (59+161) | 56,2±10,9 | 64,3±13,9 | 11,6±11,9 | 13,9±11,7 | 1 | 19,0±11,4 | 58 | 23 | 10,4 |
| 296.1+3 | 125 (30+59) | 46,4±16,3 | 61,0±13,2 | 10,4±10,9 | 23,8±12,5 | 1 | 26,4±11,9 | 24 | 3 | 2,4 |

¹ Bis zur Manuskripterstellung noch nicht berechnet.

Tab. 3. Suizid bei Eltern¹ und Geschwistern¹ von Indexfällen mit endogenen Psychosen

| Indexfälle ICD-Nr. | N | Verw. | BZ ² | | Zahl der Suizide mit und ohne ICD-Diagnose | | | | | | | | | | Total abs. | % |
|-----------------------|-----|-------|-----------------|-------|--|-------|-------------|-------------|------|------|--------------|------------------|---|----|---------------|-----|
| | | | 295. | 296. | 295. | 295.7 | 296. 0+2 | 296. 1+3 | 300. | 301. | 303. 304. | and. D ohne D | | | | |
| 295.1-3 | 140 | V | 137.2 | 114.5 | – | – | – | – | – | 1 | 1 | – | 1 | 3 | 7 | 1,3 |
| | | M | 137.9 | 114.4 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | | |
| | | B | 134.7 | 63.3 | 1 | – | – | – | 1 | – | 1 | 1 | – | 4 | | |
| | | S | 129.6 | 67.5 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | | |
| 295.7 | 190 | V | 185.0 | 161.0 | 3 | – | 1 | 1 | 1 | – | 2 | 1 | 1 | 10 | 37 | 3,8 |
| | | M | 183.6 | 161.2 | 1 | – | 1 | 1 | 1 | – | – | – | 2 | 6 | | |
| | | B | 306.2 | 210.4 | 4 | 1 | 1 | – | – | – | – | 1 | 3 | 10 | | |
| | | S | 290.9 | 219.0 | 1 | – | 5 | 1 | – | – | – | – | 4 | 11 | | |
| 296.0+2 | 220 | V | 148.8 | 128.5 | – | – | 4 | – | 1 | – | 1 | 1 | 3 | 10 | 29 | 4,2 |
| | | M | 155.8 | 135.9 | – | – | – | – | – | 1 | – | – | 1 | 2 | | |
| | | B | 276.1 | 216.5 | 1 | – | 1 | – | – | 1 | 1 | 1 | 3 | 8 | | |
| | | S | 251.6 | 206.1 | 1 | – | 5 | 1 | – | – | – | – | 2 | 9 | | |
| 296.1+3 | 125 | V | 119.9 | 100.4 | – | – | 3 | – | 2 | – | – | – | 5 | 10 | 28 | 4,3 |
| | | M | 120.7 | 107.6 | – | – | 3 | – | – | – | – | – | 1 | 4 | | |
| | | B | 202.2 | 147.3 | – | – | 2 | 1 | – | 4 | 1 | – | 4 | 12 | | |
| | | S | 145.5 | 108.5 | – | – | – | – | – | – | – | – | 2 | 2 | | |

¹ V = Väter, M = Mütter, B = Brüder, S = Schwestern.

² BZ = Bezugsziffer (alterskorrigiertes Total nach Strömgen, Slater).

Tab. 4. Suizidmethode bei Eltern und Geschwistern der Indexfälle

| Suizidmethode | Männer abs. | (N 53) % | Frauen abs. | (N 25) % |
|------------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| Vergiftung (ohne Gas) | 6 | 11,3 | 5 | 20 |
| Vergiftung (mit Gas) | 2 | 3,1 | 5 | 20 |
| Erhängen, Ersticken | 17 | 32,1 | 2 | 8 |
| Ertränken | 7 | 13,2 | 9 | 36 |
| Erschiessen, Erstechen | 19 | 35,8 | 1 | 4 |
| Schneiden | | | | |
| Herabstürzen | 2 | 3,7 | 3 | 12 |

Chi-Qu. 22,7
p = 0,001

signifikant in der Wahl der Suizidmittel: bei den Männern überwiegt mit je 1/3 Erhängen (und Sich-Ersticken) und Erschiessen (sowie Erstechen oder Sich-Aufschneiden), bei den Frauen die Vergiftung mit Gas sowie mit festen oder flüssigen Giften (je 20 %) sowie das Ertränken (36 %).

3. Diskussion

Die durchschnittliche Häufigkeit von Suizid als Todesursache liegt in der Allgemeinbevölkerung der

Schweiz zwischen 1 % (bei Frauen) und 3 % (bei Männern). 2–2,45 % der Todesfälle sind Suizide.

Demgegenüber finden wir bei 675 Probanden mit endogenen Psychosen 5,5 % Suizide, das sind 25,6 % aller Todesfälle (gegenüber 2,45 % Suizidanteil an den Todesfällen der Allgemeinbevölkerung).

Dabei ist die Suizidhäufigkeit der Schizophrenen in unserem Untersuchungsgut wesentlich kleiner (1,4 %) als die der Affektpsychotiker. Diese Zahl ist wahrscheinlich zu niedrig. Das mag zum Teil an der kürzeren Beobachtungszeit liegen, die zurzeit noch nicht berechnet ist. Die höchste Quote von Suizid finden wir bei den monopolar Depressiven (10,4 %). Die endogene Depression ist auch nach der Literatur die Krankheitsgruppe mit der höchsten Suizidmortalität. Demgegenüber ist die Suizidquote bei Manisch-Depressiven geringer (2,4 %). Die bipolare Affektpsychose hebt sich in unserem Krankengut hinsichtlich des Kriteriums Suizidalität von der monopolar ab. Für die schizoaffektiven Psychosen (Mischpsychosen) errechneten wir eine Suizidhäufigkeit von 4,7 %.

Dass bei den Eltern und Geschwistern von Schizophrenen Suizide ungefähr gleich häufig (1,3 %) vorkommen wie bei den Probanden unserer Studie, kann

nicht gewichtet werden, da bei den Verwandten die Dunkelziffer grösser sein dürfte als bei den Probanden selbst. Die Selbstmordhäufigkeit der Eltern und Geschwister von schizoauffektiv, monopolar und bipolar Erkrankten liegt nahe beieinander (um 4 %).

Geschlechtsunterschiede von statistischer Signifikanz haben wir nicht gefunden.

Hinsichtlich der Wahl der Suizidmittel fand sich hingegen ein statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied, der ungefähr der Verteilung bei Suizidanten in der Bevölkerung entspricht: die starke Häufung von Erschiessen und Erhängen bei männlichen Suizidanten, von Vergiftung, Ertränken und Sich-Herabstürzen bei weiblichen.

Zusammenfassung

Alle endogenen Psychosen sind, vom Standpunkt der Suizidmortalität aus betrachtet, lebensgefährliche Ereignisse. Dies gilt für den ganzen (unter Umständen jahrzehntelangen) Verlauf dieser Erkrankungen. Die höchste Suizidquote (10,4 %) findet sich in unserem Untersuchungsgut bei den Probanden mit monopolarer Depressionen (ICD 296.0+2), dann (in absteigender Reihe): bei schizoauffektiven Psychosen (4,7 %), manisch-depressivem Kranksein (2,4 %), Schizophrenie (1,4 %). Auch die erstgradigen Verwandten der Probanden haben eine wahrscheinlich gegenüber der Durchschnittsbevölkerung erhöhte Suizidanfälligkeit (bei einer grösseren psychiatrischen Morbidität allgemein, nicht nur für gleichartige Erkrankungen).

Résumé

Suicide et psychoses endogènes

En ce qui concerne la mortalité par suicide, toutes les psychoses endogènes sont des affections très dangereuses. Cela est vrai pour toute la durée de la maladie, qui peut s'étendre sur des dizaines d'années. Parmi nos patients, le groupe des dépressions monopolaires (CID/ICD 296.0+2) montre le plus grand nombre de suicides (10,4 %); par ordre décroissant suivent le groupe des psychoses schizoaffectives (4,7 %), celui des maniaques dépressifs (2,4 %) et celui des schizophrénies (1,4 %). Comparé à la moyenne de la population, les parents du premier degré commettent également plus souvent un suicide (ce qui de toute façon est vrai pour toutes les maladies psychiatriques).

Summary

Suicid and functional psychoses

The frequency of suicid among a population of 675 patients with functional psychoses, within a period of observation between 9 and 24 years, was 5.5 %. Suicide was the cause of death in 25.6 % of all lethal outcomes. The suicide frequency of schizophrenics was 1.4 %, of the bipolar cases 2.4 %, of the monopolar depressives 10.4 %. The frequency of suicide of the parents and sibs of schizophrenics was 1.3 %, of schizoaffectives 3.8 %, monopolar depressives 4.2 %, bipolar affective psychotics 4.3 %. There was no sex difference in regard to suicide frequency but in regard to the choice of suicide means (strangulation in male, poisoning and submersion in female relatives).

Literatur

[1] *Achté, K. A.*, Depression und Suizid, *Therapiewoche* 46, 4368–4379 (1973).
 [2] *Achté, K. A., Stenbaeck, A., und Teraevaeinen, H.*, On suicides committed during the treatment in psychiatric hospitals, *Acta psychiat. scand.* 42, 272–284 (1967).
 [3] *Acke, J.*, Depression and suicide, *Medikon* 2, 199–201 (1973).
 [4] *Alström, C. H.*, Mortality in mental hospitals with especial regard to tuberculosis, *Acta psychiat. et neurol. scand.*, Suppl. 24, 1942.
 [5] *Angst, J., und Frey, R.*, Die Prognose endogener Depressionen jenseits des 40. Lebensjahres, *Nervenarzt* 48, 571–574 (1977).

[6] *Beisser, A. R., und Blanchette, J. E.*, A study of suicides in a mental hospital, *Dis. nerv. Syst.* 22, 365–369 (1961).
 [7] *Berner, P., und Sonneck, G.*, Psychotische Suizidhandlungen, *Münch. med. Wschr.* 117, 181–224 (1975).
 [8] *Bleuler, M.*, Die Schizophrenien im Lichte langfristiger Katanmesen (Thieme, Stuttgart 1972).
 [9] *Böcker, F.*, Suizide und Suizidversuche (Thieme, Stuttgart 1973).
 [10] *Bratfos, O.*, Attempted suicide, A comparative study of patients who have attempted suicide and psychiatric patients in general, *Acta psychiat. scand.* 47, 38–56 (1971).
 [11] *Bratfos, O., und Haug, J. O.*, The course of manic-depressive psychoses, *Acta psychiat. scand.* 44, 89–112 (1968).
 [12] *Crook, Th., Raskin, A., und Davis, D.*, Factors associated with attempted suicide among hospitalized depressed patients, *Psychol. Med.* 5, 381–388 (1975).
 [13] *Dahlgren, K. G.*, On suicide and attempted suicide, Lund, A.–B. P. H. (Lindstedt's Univ.-Bokhandel 1945).
 [14] *Eggers, C.*, Todesgedanken, Suizide und Suizidversuche im Verlaufe kindlicher Schizophrenien, *Nervenarzt* 45, 36–42 (1974).
 [15] *Essen-Moeller, E.*, Untersuchungen über die Fruchtbarkeit gewisser Gruppen von Geisteskranken, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 8, 1935.
 [16] *Farberow, N. L., Shneidman, E. S., und Leonard, C. V.*, Suicide risk among schizophrenic patients, *Medical Bulletin No. 8* (Veterans Administration, Washington D.C., 1962).
 [17] *Farberow, N. L., Ganzler, S., Cutter, F., und Reynolds, D.*, An eight-year survey of hospital suicides, *Life-Threatening Behavior* 1/3, 184–201 (1971).
 [18] *Guze, S., und Robins, E.*, Suicide and primary affective disorders, *Brit. J. Psychiat.* 117, 437–438 (1970).
 [19] *Hagnell, O., und Rorsman, B.*, Suicide and endogenous depression with somatic symptoms in the Lundby study, *Neuropsychobiol.* 4, 180–187 (1978).
 [20] *Helgason, T.*, The epidemiology of mental disorder in Iceland, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 173, 1964.
 [21] *Leonard, C. V.*, Depression and suicidality, *J. consult. -clin. Psychol.* 42, 98–104 (1974).
 [22] *Lindelius, R., und Kay, D. W.*, Some changes in the patterns of mortality in schizophrenia, in Swede, *Acta psychiat. scand.* 49, 315–323 (1973).
 [23] *Lundquist, G.*, Prognosis and course in manic-depressive psychoses, A follow-up study of 319 first admissions, *Acta psychiat. (Kbh.) Suppl.* 35, 1945.
 [24] *Lungershausen, E.*, Zum Problem des Suizids bei endogenen Psychosen, in: Huber, G., und Kranz, H., (Hrsg.): Schizophrenie und Zykllothymie (Thieme, Stuttgart 1969), S. 197–201.
 [25] *Malzberg, B.*, Mortality among patients with mental disease (State Hospital Press, Utica N.Y. 1934).
 [26] *Niskanen, P., Loennqvist, J., und Achté, K. A.*, Schizophrenia and suicides. *Psychiatria Fennica* 1973, 223–227.
 [27] *Noreik, K.*, Attempted suicide and suicide in functional psychoses, *Acta psychiat. scand.* 52, 81–106 (1975).
 [28] *Ödegård, Ö.*, Mortality in Norwegian mental hospitals 1926–1941, *Acta genet. (Basel)* 2, 141–173 (1951).
 [29] *Paykel, E. S., und Dienelt, M. N.*, Suicide attempts following acute depression, *J. nerv. ment. Dis.* 153, 234–243 (1971).
 [30] *Perris, C.*, A study of bipolar (manic depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 194, 1966.
 [31] *Perris, C., D'Elia, G.*, Mortality, suicide and life cycles. Chapter X in a study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 194, 1966, 172–183.
 [32] *Pettersson, U.*, Manic-depressive illness, A clinical, social and genetic study, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 269, 1977.
 [33] *Pitts, F. N., und Winokur, G.*, Affective disorder: III: Diagnostic correlates and incidence of suicide, *J. nerv. ment. Dis.* 139, 176–181 (1964).
 [34] *Poeldinger, W.*, Suicidal tendencies, anxiety and depression, in: Kielholz, P., (edit.): *Depressive illness, Diagnosis, assessment,*

- treatment, Int. Symp., St. Moritz (Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1972), S. 63–72.
- [35] Pokorny, A. D., Suicide rates in various psychiatric disorders, *J. nerv. ment. Dis.* 139, 499–506 (1964).
- [36] Pokorny, A. D., A follow-up study of 618 suicidal patients, *Amer. J. Psychiat.* 122, 1109–1116 (1966).
- [37] Planansky, K., und Johnston, R., Clinical setting and motivation in suicidal attempts of schizophrenics, *Acta psychiat. scand.* 49, 680–690 (1973).
- [38] Sainsbury, P., Suicide and depression, in: Coppen, A., and Walk, A., (edit.): *Recent developments in affective disorders*, Brit. J. Psychiat. Spec. Publ. No. 2, 1968.
- [39] Schuettler, R., Huber, G., und Gross, G., Suicid und Suicidversuch im Verlauf schizophrener Erkrankungen, *Psychiat. clin.* 9, 97–105 (1976).
- [40] Slater, E., Zur Erbpathologie des manisch-depressiven Irreseins: Die Eltern und Kinder von Manisch-Depressiven, *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 163, 1–47 (1938).
- [41] Stenstedt, A., A study in manic-depressive psychosis, *Clinical, social and genetic investigations*, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 79, 1952.
- [42] Stenstedt, A., Involuntal melancholia, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 127, 1959.
- [43] Strömberg, E., Beiträge zur psychiatrischen Erblehre, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 19, 1938.
- [44] Tsuang, M. T., Suicide in schizophrenics, manics, depressives and surgical controls, *Arch. gen. Psychiat.* 35, 153–155 (1978).
- [45] Tsutsumi, S., Tsujino, S., Tsuda, K., Nagao, S., und Imamichi, H., A study on suicides in families of psychotics, in: Mitsuda, H. (edit.): *Clinical genetics in psychiatry, Problems in nosological classification* (Igaku Shoin Ltd., Tokyo 1967), S. 398–408.
- [46] Winokur, G., und Tsuang, M., The Iowa 500: Suicide in mania, depression and schizophrenia, *Amer. J. Psychiat.* 132, 650–651 (1975).
- [47] Yarden, P. E., Observations on suicide in chronic schizophrenics, *Comprehens. Psychiat.* 15, 325–333 (1974).
- [48] Zung, W. W. K., und Green, R. L. jr., Seasonal variation of suicide and depression, *Arch. gen. Psychiat.* 30, 89–91 (1974).

Narzisstische Störungen und Suizidalität

R. Battegay¹ und Th. Haene²

Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel

Selbstidentitätsstörung und Suizidalität

In einer – unabhängig von der Gesellschaftsform – zunehmend durch äussere Normen gekennzeichneten Welt dürfte es kein Zufall sein, dass die Störungen des Selbstwerterlebens wachsende Aufmerksamkeit gefunden haben. Schon allein die Tatsache, dass viele der unsere ambulante psychiatrische Hilfe beanspruchenden Suizidalen in der Struktur ihres Selbst geschädigt sind, lässt auf das Problem der Beziehung zwischen Selbstidentitätsstörung und Suizidalität aufmerksam werden. So sehr diese Patienten auf der einen Seite ihre narzisstische Beeinträchtigung zu kompensieren versuchen, ebenso sehr wird ihnen immer wieder bewusst, dass sie infolge ihrer ungenügenden Selbstführung in Gefahr stehen, ihren Lebensweg zu verfehlen. Ob, wie Kernberg [7] und seine Schüler annehmen, die narzisstischen Störungen nichts mit dem normalen Narzissmus zu tun haben, sondern einem defekt angelegten Selbstbezug zu den Objekten entsprechen, oder ob sich der pathologische Narzissmus, entsprechend der Annahme von Kohut [8, 9], aus dem normalerweise bestehenden herleiten lässt, ist für die Tatsache der häufigen Suizidbedrohung dieser Menschen unwesentlich. Immer wird ihnen, zumindest unbewusst, aufgefallen, dass ihre Objektbeziehungen infolge ihrer narzisstischen Beeinträchtigung gestört sind, ihre Lebensbewältigung deshalb gefährdet ist und sie daher mit

Wenn man eine Kampagne zur primären Prävention des Selbstmordes in die Wege leiten will, muss man sich der Bedeutung narzisstischer Störungen bei den Selbstmördern bewusst sein. Die Ursache dieser Störungen geht bis auf die ersten affektiven Beziehungen des Säuglings zurück.

der Frage konfrontiert sind, ob ihr Weiterleben unter diesen Umständen noch einen Sinn hat.

Ein 1947 geborener, verheirateter Patient wurde wegen eines Tentamen suicidii mit Schlafmitteln im August 1976 in die Notfallstation des Kantonsspitals Basel eingewiesen. Der als Lehrer tätige Mann litt unter Minderwertigkeitsgefühlen und vermochte keine Kontakte mit anderen zu pflegen. Wie die Muttermutter soll die Mutter schwernehmend gewesen sein. Der Vater, der das Baugeschäft seines Schwiegervaters übernommen hatte, war tyrannisch und unnachgiebig. Dem um drei Jahre jüngeren Bruder gegenüber fühlte sich der Patient benachteiligt. Die um 10 Jahre jüngere Schwester soll empfindsam und ebenfalls kontaktgestört sein. In der Schule, die er 1967 mit der Maturität abschloss, fiel er als Einzelgänger auf. Schon während der Pubertät fühlte sich der Patient unglücklich. Im Militär brachte er es bis zum Unteroffizier. Er studierte Naturwissenschaften und schloss sein Studium 1973 mit dem Mittelschullehrerexamen ab. 1974 verheiratete er sich. – Auf der Notfallstation des Basler Kantonsspitals imponierte der Patient als bland depressiv, aggressionsgehemmt, anlehungsbedürftig und

¹ Professor Dr. med., Chefarzt der psychiatrischen Universitätspoliklinik, Petersgraben 4, CH-4031 Basel.

² Dr. med., Oberarzt an der psychiatrischen Universitätspoliklinik, Basel.