

SELBSTMORD IN ZWEI GROSSTÄDTEN⁺

Ein sozio-kultureller Vergleich

von

Norman L. FARBEROW und Maria D. SIMON
Los Angeles Wien

Forschungsbericht Nr. 22

Juli 1968

⁺) Unser besonderer Dank gilt Prof. Dr. E. Ringel für die Förderung, die er dem Projekt seitens der von ihm geleiteten Lebensmüdenstelle der "Caritas" der Erzdiözese Wien angedeihen liess, sowie den Mitarbeitern, die die ausserordentlich schwierige Aufgabe des Interviewens mit grosser Einfühlung, Takt und Geschick lösten. Die Interviews wurden in Wien durch Christine Binder, Annemarie Richter und Maria Pointner, in Los Angeles durch Timothy Brown, Elaine Fielder, Alexis Nehemkis, Mary Jorgensen, David Reynolds und Kjell Rudestam durchgeführt. Insbesondere danken wir auch David Reynolds, Mary Jorgensen, Kjell Rudestam und Frau Christine Binder für wissenschaftliche Mitarbeit und wertvolle Anregungen, sowie Edward Gocka und Cleo Nelson vom Western Research Support Center der Veterans Administration, Los Angeles, unter deren Leitung die Verschlüsselung und Computerauswertung der Daten erfolgte.

INHALT

PROBLEMSTELLUNG	1
STICHPROBEN UND METHODE	4
VOLLSTÄNDIGE U. UNVOLLSTÄNDIGE PROTOKOLLE	7
ERGEBNISSE	
I. Demographische Daten	10
a. Geschlecht	10
b. Alter	11
c. Familienstand	12
II. Umstände des Selbstmordes	13
a. Tag der Woche	13
b. Methode	14
c. Örtliche Umstände	14
d. Vorausplanung	15
e. Motivation	16
f. Abschiedsbriefe	17
g. Alkoholkonsum vor der Tat	17
III. Vorankündigung d. Selbstmordabsicht	18
a. Verhalten beim letzten Kontakt	18
b. Gesprächspartner	19
c. Vorbereitende Handlungen	20
d. Probleme	20
IV. Reaktion der Umwelt	21
a. Verhalten der Angehörigen	21
b. Zukunftschancen	22
c. Frühere Selbstmordversuche	22
V. Tödliche Intention	23
VI. Syndrome	26
a. Herabgekommene	27
b. Depression des Involutionalters	27
c. Reaktive Depression	28
d. Psychiatrische Fälle	28
e. Alt und einsam	29
f. Objektverlust	29
g. "Zornige junge Männer"	30
VII. Anamnestiche Daten	30
a. Körperlicher Gesundheitszustand	31
b. Psychischer Gesundheitszustand	33
c. Eheleben	34
d. Geselligkeit	36
e. Beruf und wirtschaftliche Lage	36
f. Wohnen	38
g. Elternhaus	39
DISKUSSION DER ERGEBNISSE	40
ZUSAMMENFASSUNG	52
SUMMARY	55
LITERATUR	58

PROBLEMSTELLUNG

Selbstmorde hat es seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte gegeben (Dublin, 1963), und dennoch ist unser Wissen über die Ursachen dieser komplexen Erscheinung nur lückenhaft. Fest steht bloß, daß sie sowohl im Individuellen wie auch dem Sozialen zu suchen sind, und daß die sozialen Faktoren ihrerseits wieder zum Teil im Makrosozialen - dem Kulturbereich - und zum Teil im Mikrosozialen - der Privatsphäre mit ihrem Netz von Intimbeziehungen - wurzeln. Hat der klassische Theoretiker des Selbstmords Emile Durkheim (1897) noch in erster Linie die gesellschaftlichen Faktoren zur Erklärung herangezogen, so tendiert heute die Selbstmordforschung eher zur Betrachtung von Persönlichkeitsfaktoren und der zwischenpersönlichen Beziehungen unter relativer Vernachlässigung des kulturellen Hintergrunds. Tatsächlich ist es aber noch nicht gelungen, die relative Bedeutung von makro- und mikrosozialen, von gesellschaftlichen und individuellen Faktoren am Zustandekommen des Selbstmordphänomens zu isolieren und abzuwägen. Eine mögliche Strategie zur besseren Identifizierung der Variablen ist der Kulturvergleich.

Auf dem Gebiet der vergleichenden Selbstmordforschung beherrschen vor allem zwei Arten von Untersuchungen das Feld: erstens solche, die auf offiziellen Statistiken beruhen, aus denen etwa hervorgeht, wieviele Personen in einem gewissen Zeitraum an einem gewissen Ort Selbstmordversuche unternommen haben, wie oft diese tödlich endeten, welcher Berufsgruppe die Lebensmüden angehörten und auf welche Weise sie ums Leben kamen (z.B. Asuni 1961, WHO-Berichte). Diese Ver-

gleiche geben nicht nur keine Aufschlüsse über die subtileren Hintergründe der Tat, sondern sie sind auch nur bedingt als "vergleichend" anzusehen, weil die Unterlagen meist unter unterschiedlichen Voraussetzungen erhoben worden waren. Die zweite Art von vergleichenden Untersuchungen ist klinisch orientiert. Hier handelt es sich gewöhnlich um Vergleiche an Patienten, die sich mit Selbstmordgedanken tragen oder Selbstmordversuche unternommen haben. Das Material wird durch Interviews, psychologische Tests und aus Äußerungen im Verlaufe von psychotherapeutischen Behandlungen gewonnen. In diese Gruppe fällt die bekannte Untersuchung von Hendin (1964) über Selbstmord in Skandinavien. Hier erfährt man zwar manches über die Dynamik einzelner Fälle, doch sind die Erhebungsmethoden zu wenig standardisiert und die Stichproben zu klein und unsystematisch als daß die verallgemeinernden Schlußfolgerungen zu überzeugen vermöchten. Hierzu kommt noch, daß man nicht ohne weiteres aus Ergebnissen, die an Personen gewonnen wurden, die Selbstmordversuche unternommen haben, schließen darf, daß diese auch für "ernsthafte" Selbstmörder zutreffen, da es sich hier um zwei verschiedene, wenn auch sich überschneidende Personenkreise handeln dürfte (Stengel, 1958, Fuchs, 1959, Ringel, 1961). So fehlt es denn an echten komparativen Untersuchungen, die uns in die Lage versetzen würden, etwa festzustellen, ob der "typische Selbstmörder" in Amerika, von Farberow (1968) als ein älterer Mann, der in letzter Zeit eine Zurücksetzung, einen persönlichen Verlust oder eine gesundheitliche Verschlechterung erfahren hat, auch das Prototyp des Lebensmüden in anderen Kulturen ist.

Einen kleinen Beitrag zur Beantwortung dieser und ähn-

licher Fragen sucht die vorliegende Arbeit an Hand eines Vergleiches von Selbstmördern in zwei Großstädten zu liefern. Sie ist das erste Ergebnis eines internationalen Projekts, das vom Suicide Prevention Center in Los Angeles ausgehend, sich neben Los Angeles und Wien auch auf Stockholm, Djakarta, Melbourne, Mexico City und Tokio erstrecken soll. Bisher ist die Datenerhebung und Auswertung nur für Los Angeles und Wien abgeschlossen. In der Konzeption liegt die Besonderheit der Untersuchung darin, daß hier zum ersten Mal der Versuch gemacht wird, eine echte Paralleluntersuchung mittels identischer Methoden in verschiedenen Kulturkreisen durchzuführen; inhaltlich gehen die erhobenen Informationen über die üblichen demographischen Daten hinaus und umfassen auch Motive, Hintergründe, Sozialbezüge, Prodrome, Persönlichkeit und Milieu der Lebensmüden.

In der praktischen Durchführung wurden die gesteckten Ziele in vieler Hinsicht nicht erreicht, was teils auf Kinderkrankheiten der Untersuchung, wie Mängel in der Koordination, aber teils auf die essentiellen Schwierigkeiten der Informationsgewinnung auf einem sehr sensitiven Gebiet zurückzuführen sind. Manche Vergleiche beruhen folglich auf sehr kleinen Fallzahlen, bei manchen Informationen ist nicht die wünschenswerte Verlässlichkeit gegeben, und schließlich wären die Ergebnisse eindeutiger, wenn es uns gelungen wäre, auch entsprechende Kontrollgruppen (wie etwa die unschuldigen Opfer von Verkehrsunfällen) einzubeziehen. Wir hoffen jedoch, daß die Untersuchung ein erster Schritt auf einem fruchtbringenden Weg ist.

STICHPROBEN UND METHODE

Sowohl Wien als Los Angeles gelten als Städte mit hoher Selbstmordhäufigkeit. Für Los Angeles werden 1962 (Coronás Statistics) 18 Selbstmorde per 100.000 Einwohner berichtet, was weit über dem amerikanischen Durchschnitt von 10,9 liegt. In Wien war zwar mit Unterbrechungen eine sinkende Tendenz der Selbstmorde schon seit der Jahrhundertwende zu verzeichnen: immerhin wurden noch 17 per 100.000 für das Jahr 1966 bekannt (Polizeistatistik). Die relative Selbstmordhäufigkeit in Wien und Los Angeles liegt daher ungefähr gleich. Statistiken in verschiedenen Ländern sind zwar häufig nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar, weil bei der Ermittlung der Selbstmorde oft verschiedene und unzuverlässige Kriterien angewandt werden, doch darf man die Unterlagen von Kalifornien und Österreich als verhältnismäßig reliabel ansehen.

Es war beabsichtigt, eine Totalerhebung der innerhalb eines bestimmten Zeitraumes in jeder der beteiligten Städte angefallenen Selbstmorde durchzuführen, und diese Erhebung so lange fortzusetzen, bis 50 voll erhobene Fälle zur Hand waren. Das Ziel des konsekutiven Erfassens wurde, wie noch ausgeführt werden wird, in Wien besser als in Los Angeles erreicht.

Die Datenerhebung wurde mittels der Methode der psychologischen Obduktion (Psychological Autopsy) durchgeführt. Diese Technik wurde ursprünglich von Farberow und Shneidman (1961) entwickelt, um in zweifelhaften Fällen Differentialdiagnosen zwischen Selbstmord, Mord, Unfall und natürlichem

Tod zu erleichtern.

Die "Obduktion" besteht aus intensiven strukturierten Interviews mit überlebenden Angehörigen und anderen Beziehungspersonen, mit dem Zweck möglichst viel und genaues Material über das Leben des Verstorbenen, die zwischenpersönliche Dynamik und die anderen Umstände, die schließlich zum Tode führten, zu gewinnen. Dem Interview liegt ein Fragebogen zugrunde, der am Selbstmordverhütungszentrum von Los Angeles seit längerer Zeit in Anwendung ist. Für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung wurde der Fragebogen in die jeweilige Landessprachen übersetzt.

Ein Mitglied des Interviewerteams versuchte sobald wie möglich nach Erhalt der Todesnachricht durch die Behörden, mit den Angehörigen Verbindung aufzunehmen und die Kooperation eines Auskunftswilligen zu sichern. In Wien nahm die Interviewertätigkeit den Zeitraum vom 1.10.1965 bis 29.4.1966 in Anspruch. In Los Angeles wurden ab 1.1.1967 dreiundzwanzig Fälle konsekutiv erhoben, dann aber, als die Intervalle zwischen Todesmeldung und Interview zu lang zu werden drohten, die Untersuchung unterbrochen. Anfang Mai wurde sie wieder aufgenommen und so lange fortgesetzt, bis die gewünschten 50 voll erhobenen Fälle zur Hand waren.

Die Interviews wurden in Wien durch Fürsorgerinnen des psychohygienischen Dienstes der Lebensmüdenfürsorge der "Caritas" durchgeführt, und in Los Angeles von Studenten höherer Semester der Fachrichtung klinische Psychologie, die am Suicide Prevention Center ein Praktikum absolvierten.

In beiden Städten waren die meisten Informanden weiblichen Geschlechts (64% in Los Angeles, 82% in Wien), und die Wiener Kontaktpersonen relativ älter.

Das Interview erstreckte sich über folgende Gebiete:

- I. Demographische Daten
- II. Umstände des Selbstmords
- III. Vorankündigung der Selbstmordabsicht
- IV. Reaktion der Umwelt
- V. Tödliche Intention
- VI. Motivation (Syndrome)
- VII. Anamnestiche Daten

Während sich die ersten sechs Punkte auf die näheren Umstände des Selbstmords selbst bezogen, sollten die anamnestischen Daten Information über die Lebensumstände des Verstorbenen, seine Persönlichkeit und Entwicklung bringen. Sie sind folgendermaßen gegliedert:

1. Körperlicher Gesundheitszustand
2. Psychischer Gesundheitszustand
3. Ehe- und Sexualleben
4. Geselligkeit, Hobbies u. dgl.
5. Beruf und wirtschaftliche Lage
6. Wohnverhältnisse
7. Elternhaus und Entwicklung

Ein Fall wurde nur dann als "vollständig" klassifiziert, wenn der Fragebogen auf Grund eines Interviews mit einer informierten und auskunftswilligen Kontaktperson ausgefüllt werden konnte. Trotzdem konnten auch in solchen Fällen nicht alle vorgegebenen Punkte für alle Personen beantwortet werden. Hier gab es nicht nur individuelle Unterschiede im Informationsfluß und im Grade der Informiertheit der Auskunftspersonen, sondern es zeigten sich auch

spezifische kulturelle Verschiedenheiten bezüglich der Gebiete, auf denen sich die Kontaktpersonen informiert oder auskunftsbereit erwiesen; über diese Tabus wird bei der Behandlung der einzelnen Themen noch mehr zu berichten sein.

VOLLSTÄNDIGE UND UNVOLLSTÄNDIGE PROTOKOLLE

Es wurden, wie erwähnt, für jede Stadt 50 sogenannte "vollständige" Fälle erhoben. Diese waren naturgemäß nur ein Teil der in dem Untersuchungszeitraum angefallenen Fälle. In anderen Fällen war es den Interviewern nicht möglich, Angehörige zu finden; oder es wurden zwar Angehörige gefunden, doch verweigerten diese die Auskunft; oder ein Auskunftswilliger hatte nur minimale Kenntnis des Sachverhalts. So war es notwendig, in Los Angeles 94 Fällen, in Wien jedoch 144 Fällen nachzugehen, um jeweils die gewünschten 50 "vollständigen" Protokolle zu erhalten. Ringel (1961), der im Jahre 1959 in Wien ebenfalls 50 ausführliche Lebensgeschichten von Suicidanten in konsekutiver Reihenfolge erhob, registrierte sogar 382 versuchte Kontakte, bevor er die gesuchte Fallzahl erreicht hatte.

War es nicht möglich, eine gut informierte Kontaktperson zu finden, so wurde der Fall als "unvollständig" klassifiziert. Gewisse Daten, wie Alter, Geschlecht, Zeitpunkt und Vollzugsmethode des Selbstmordaktes sind auch für die unvollständigen Fälle aus den Polizeiakten ersichtlich. Bei manchen Fällen wurden zusätzliche Informationen durch

Nachbarn, Geschäftsleute, Hauswarte oder selbst dem Briefträger gegeben; aber selbstverständlich sind diese Daten wegen ihrer geringen Verlässlichkeit nur zum Teil verwertbar.

Nichtsdestoweniger war es sinnvoll für manche Fragestellungen, "vollständige" und "unvollständige" Fälle zu größeren Untersuchungsgruppen zu kombinieren. Tabelle 1 zeigt die Zahl der erhobenen Fälle, in "vollständige" und "unvollständige" geteilt. Man erkennt an der geringeren Zahl der "unvollständigen" Protokolle in Los Angeles, daß dort auskunftswillige, bzw. informierte Angehörige relativ öfter zu finden waren als in Wien.

Gruppen	W I E N						L O S A N G E L E S					
	männl.		weibl.		Summe		männl.		weibl.		Summe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unvollst.	42	28	57	38	99	66	23	24	21	22	44	47
Vollst.	<u>40</u>	<u>27</u>	<u>10</u>	<u>7</u>	<u>50</u>	<u>34</u>	<u>27</u>	<u>29</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>50</u>	<u>53</u>
Summe	82	55	67	45	149	100	50	53	44	46	94	100

Tab. 1: ANZAHL DER SELBSTMORDFÄLLE, NACH VOLLSTÄNDIGKEIT DER ERHEBUNGSPROTOKOLLE

Tabelle 2 analysiert die Ursachen, weshalb keine vollständigen Interviews erhältlich waren: in Los Angeles gab es relativ mehr Verweigerer, in Wien hingegen mehr Fälle, in denen es nicht möglich war, einen informierten Angehörigen zu finden. Wie noch mehrfach bemerkt werden wird, haben die

Wiener weniger enge Angehörige als die Bewohner von Los Angeles.

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
Interview verweigert	24	24	20	45
keine Kontaktperson auffindbar	28	28	15	34
Kontaktperson uninformiert	41	41	3	7
SM bestritten	6	7	-	-
anderes	-	-	6	14
	<u>99</u>	<u>100</u>	<u>44</u>	<u>100</u>

Tab. 2: UNVOLLSTÄNDIGE FÄLLE, NACH URSACHE

Die Tabellen der vorliegenden Arbeit beziehen sich in der Regel auf die jeweils 50 vollständigen Protokolle. Wo es nicht möglich war, Antworten von allen Befragten zu erhalten, liegt die Summe der Antworten entsprechend niedriger.

Für manche Informationen sind die relevanten Daten auch für die unvollständigen Fälle aus den Behördenakten ersichtlich. Dies ist insbesondere bei demographischen Daten, wie dem Alter, Geschlecht, dem Zeitpunkt und der Vollzugsmethode des Selbstmords der Fall. Es wurden folglich für Vergleiche, wo dies sinnvoll war, vollständige und unvollständige Fälle zu größeren Stichproben zusammengelegt, doch ist dies jeweils separat vermerkt.

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse zu den einzelnen Themenkreisen vergleichend für Wien und Los Angeles referiert. Die Signifikanz der Unterschiede wurde bei Vergleichen von Häufigkeiten mittels des Chi-Quadrat-tests, bei Mittelwertsvergleichen mittels des t-Tests geprüft.

ERGEBNISSE

I. Demographische Daten der Verstorbenen

a) Geschlecht: Die Geschlechtskomposition beider Stichproben ist fast identisch, wenn man vollständige und unvollständige Fälle zusammenzählt, d.h. den Gesamtanfall von Selbstmorden in den gegebenen Zeiträumen betrachtet. (Tab.3)

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
männlich	82	55	50	53
weiblich	<u>65</u>	<u>45</u>	<u>40</u>	<u>47</u>
	149	100	94	100

Tab. 3: GESCHLECHTSVERTEILUNG DER TOTALGRUPPE (N = 243)

Separiert man hingegen die vollständigen und die unvollständigen Fälle, so finden wir radikal verschiedene Bilder für die beiden Städte: in Wien gibt es rund viermal so

viele männliche wie weibliche Fälle in der vollständigen Gruppe, aber weniger männliche als weibliche in der unvollständigen. In Los Angeles hingegen finden wir etwa die gleichen Proportionen bei den vollständigen wie bei den unvollständigen Fällen, wobei jeweils mehr Männer als Frauen aufscheinen (Tab. 4).

	Wien				Los Angeles			
	unvollst.		vollst.		unvollst.		vollst.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
männlich	42	42	40	80	23	52	27	54
weiblich	<u>57</u>	<u>58</u>	<u>10</u>	<u>20</u>	<u>21</u>	<u>48</u>	<u>23</u>	<u>46</u>
	99	100	50	100	44	100	50	100

Tab. 4: GESCHLECHTSVERTEILUNG, NACH SUBGRUPPEN

Daß mehr Männer als Frauen Selbstmord begehen, ist zwar ein bekanntes Phänomen, doch deuten die außerordentlichen starken Verzerrungen in der Geschlechtsrepräsentation der Wiener Stichprobe auf spezifische Faktoren hin. Diese sind vor allem in der speziellen Altersstruktur und Lebenssituation der Wiener Bevölkerung zu suchen, die es mit sich bringt, daß für viele der lebensmüden Frauen kein geeigneter Informant gefunden werden konnte. Die Bedeutung dieser Tatsache wird noch ausführlich besprochen werden.

b) Alter: Tabelle 5 zeigt die Alterszusammensetzung der Stichproben:

	Wien						Los Angeles					
	männl.		weibl.		Summe		männl.		weibl.		Summe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
39 und darunter	26	17	11	7	37	25	18	19	10	11	28	30
40 - 59	23	15	31	21	55	37	19	20	22	23	41	44
60 und darüber	33	22	25	17	57	38	13	14	12	13	25	26
	82	54	67	45	149	100	50	53	44	47	94	100
Durchschnittl. Alter	50		56		53		45		51		48	

Tab. 5: ALTERSVERTEILUNG DER TOTALGRUPPE (N=243)

In Wien sind sowohl die männlichen wie auch die weiblichen Selbstmörder im Durchschnitt älter, doch liegen die Unterschiede unter der statistischen Signifikanzgrenze.

c) Familienstand: Tabelle 6 vergleicht den Familienstand der beiden Gruppen, wobei sich die Unterschiede als unerheblich erweisen. Nur die kompletten Fälle wurden einbezogen, da nicht für alle anderen Fälle Information zur Verfügung stand.

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ledig	7	14	6	12
verheiratet	28	56	23	46
getrennt od. geschieden	9	18	11	22
verwitwet	6	12	10	20
Summe	50	100	50	100

Tab. 6: FAMILIENSTAND ZUR ZEIT DES SELBSTMORDES (N=100)

II. Umstände des Selbstmordes

a) Tag der Woche: Tabelle 7 zeigt einen Vergleich der Selbstmordhäufigkeit an den einzelnen Tagen der Woche. Zwar erscheint als Kuriosum, daß in Wien die meisten und in Los Angeles die wenigsten Selbstmorde an Freitagen und Samstagen stattfanden, doch ergibt sich, daß der Unterschied im Zufallsbereich liegt.

Tag der Woche	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
Montag	18	12	17	18
Dienstag	18	12	14	15
Mittwoch	19	13	13	14
Donnerstag	22	15	12	13
Freitag	28	19	9	9
Samstag	27	18	11	12
Sonntag	17	11	18	19
	149	100	94	100

Tab. 7: TAG DER WOCHE, AN DEM DER SELBSTMORD STATTFAND (N=243)

b) Suizidmethode: In einigen wenigen Fällen wurde mehr als eine Methode zur Selbsttötung angewandt. Tabelle 8 zeigt die primäre Methode. Die Unterschiede zwischen der Zahl jener, die den Tod durch Erhängen oder durch Herabstürzen fanden, sind statistisch unerheblich; bedeutsam hingegen ist die Bevorzugung von Leuchtgas in Wien (in Los Angeles ist das Gas entgiftet, in Wien war es zur Zeit der Untersuchung noch nicht entgiftet) und von Schußwaffen in Los Angeles (p=1%). Autoauspuffgase wurden in Wien überhaupt nicht angewendet.

Methode	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
Schlafmittel, Gift Drogen	31	21	30	32
Leuchtgas	57	38	0	0
Autoauspuffgas	0	0	6	6
Erhängen	37	25	15	16
Sprung, Sturz	16	11	4	4
Erschießen	6	4	37	39
Ertrinken	1	1	1	1
Erstechen	1	1	1	1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	149	101	94	99

Tab. 8: PRIMÄRE METHODE DES SELBSTMORDES

c) Örtliche Umstände: Die Kontaktpersonen wurden nach der Lokalisierung der Tat, der Zugänglichkeit der Örtlichkeit und nach der Person, die die Tat entdeckte, gefragt. Diese Fragen wurden in der Absicht gestellt herauszufinden, ob der Verstorbene eventuell gerettet hätte werden können.

Die Antworten finden sich in den Tabellen 8, 10 und 11. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Wien und Los Angeles gefunden.

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
zu Hause	38	76	33	66
anderwärts	12	24	17	34
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Summe	50	100	50	100

Tab. 9: WO FAND DER SELBSTMORD STATT?

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	16	38	22	46
nein	26	62	25	54
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	50	100	50	100

Tab. 10: WAR DER ORT LEICHT ZUGÄNGLICH?

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
Kontaktperson	26	52	21	42
andere	24	48	29	58
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	50	100	50	100

Tab. 11: WER FAND DIE LEICHE?

d) Vorausplanung. Im Gegensatz zu den Informanten aus Los Angeles bestritt die Mehrzahl der Wiener, daß die Tat vorausgeplant gewesen sei ($p < 5\%$). Ergebnisse finden sich in Tabelle 12.

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	18	46	43	93
nein	<u>21</u>	<u>54</u>	<u>3</u>	<u>7</u>
	39	100	46	100

Tab. 12: WAR DIE TAT VORAUSGEPLANT?

e) Motivation: Selbstverständlich steht die Frage nach Ursache und Motiv der Handlung im Brennpunkt jeder Selbstmorduntersuchung. Auch unsere Informanden wurden über die mutmaßlichen Ursachen der Tat befragt. Die Antworten sind vermutlich für die kulturellen Unterschiede in der Einstellung der Befragten charakteristischer als für die wahren Hintergründe. Wie Tabelle 13 zeigt, schreiben die Wiener den Selbstmord am häufigsten körperlicher Krankheit zu, während die Informanden aus Los Angeles am häufigsten zwischenpersönliche Schwierigkeiten ins Treffen führten ($p < 5\%$). Wieder fällt auf, wie selten finanzielle Schwierigkeiten als Ursache angeführt wurden.

Primäre Ursache	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
Finanzielle Schwierigkeiten	1	2	1	2
Zwischenpersönliche Schwierigkeiten	6	12	15	30
Geisteskrankheit	8	16	5	10
körperliche Krankheit	15	30	8	16
anderes	8	16	13	26
keine Info.	<u>12</u>	<u>24</u>	<u>8</u>	<u>16</u>
Summe	50	100	50	100

Tab. 13: URSACHEN LAUT ANGABE DER INFORMANDEN

f) Hinterließ der Verstorbene einen Abschiedsbrief?

Hat er regelmäßig mit jemandem korrespondiert? Durch diese beiden Fragen wurde versucht festzustellen, inwiefern der Verstorbene (in den folgenden Tabellen als "V." bezeichnet) knapp vor der Tat noch mit seiner Umwelt in Verbindung stand. Tabellen 14 und 15 beweisen, daß die Gruppe aus Los Angeles engere Bindungen als die Wiener aufwies ($p < 1\%$ und $p < 5\%$)

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	9	18	23	46
nein	<u>41</u>	<u>82</u>	<u>27</u>	<u>54</u>
	50	100	50	100

Tab. 14: HINTERLIESS V. EINEN ABSCHIEDSBRIEF?

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	4	9	14	30
nein	<u>40</u>	<u>91</u>	<u>32</u>	<u>70</u>
	44	100	46	100

Tab. 15: KORRESPONDIERTE V. REGELMÄSSIG MIT JEMANDEM?

g) Hat der Verstorbene vor dem Selbstmord Alkohol getrunken? Tabelle 16 zeigt, daß etwa die gleiche Zahl von Personen an beiden Orten vor der Tat Alkohol zu sich genommen hatte:

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	18	41	16	32
nein	26	50	23	68
	<u>44</u>	<u>100</u>	<u>49</u>	<u>100</u>

Tab. 16: HAT V. VOR DER TAT GETRUNKEN?

III. Vorankündigung der Selbstmordabsicht

a) Verhalten beim letzten Kontakt: Im Zuge der systematischen Untersuchung des Selbstmordgeschehens findet man immer wieder, daß viele, ja vielleicht sogar die meisten Personen, die sich mit Selbstmordplänen tragen, ihre Absichten in mehr oder weniger verhüllter Form ankündigen. Der "Apell an die Mitmenschen" als Suicidprodrom wurde besonders von Farberow und Shneidman (1961), Ringel (1961) und Stengel (1965) herausgearbeitet. Auch im Rahmen der gegenwärtigen Untersuchung wurde versucht festzustellen, wieweit die Tat vorangekündigt worden war, ob derartige Ankündigungen von der Umwelt zur Kenntnis genommen worden waren, und wie die Umwelt auf dieselben reagiert hatte.

Da Fragen zu diesem Punkt unter Umständen als Unterstellung einer Mitschuld erlebt werden, mußte man von vornherein mit einer defensiven Haltung vieler Informanden rechnen. So wurde tatsächlich in den meisten Fällen bestritten, daß der Tat beim letzten Kontakt eine ausdrückliche Vorankündigung vorausgegangen sei. Weniger bedrohlich formuliert, nämlich ob sich der Verstorbene beim letzten Kontakt

"ungewöhnlich verhalten" habe, brachte hingegen viel mehr bejahende Antworten, insbesondere seitens der Befragten in Los Angeles (Tabelle 17: n.s.; Tabelle 18: $p < 5\%$).

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	4	9	2	4
nein	<u>39</u>	<u>91</u>	<u>46</u>	<u>96</u>
	43	100	48	100

Tab. 17: ERWÄHNTE V. SELBSTMORD BEIM LETZTEN KONTAKT?

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	5	12	16	32
nein	<u>38</u>	<u>88</u>	<u>34</u>	<u>69</u>
	43	100	50	100

Tab. 18: VERHIELT SICH V. UNGEWÖHNLICH BEIM LETZTEN KONTAKT?

b) Mit wem sprach der Verstorbene über seine Selbstmordabsichten? Diese Frage bezog sich auf Gespräche oder Äußerungen, die der Verstorbene zu verschiedenen Zeitpunkten über seinen Wunsch, seinem Leben ein Ende zu setzen, gemacht hatte. Die Gesprächspartner waren gewöhnlich Ehegatten, Verwandte, Verlobte oder Freunde gewesen; diese wurden in Tabelle 19 als "Angehörige" zusammengefaßt. Mitteilungen der erwähnten Art waren in Los Angeles bedeutend häufiger als in Wien wahrgenommen worden ($p < 1\%$).

	<u>mit niemandem</u>	<u>mit Angehörigen</u>	<u>k.I.</u>	<u>Summe</u>
Wien	29	17	4	50
Los Angeles	13	34	3	50

Tab. 19: ZU WEM SPRACH V. ÜBER SELBSTMORDPLÄNE?

c) Verhielt sich der Verstorbene so, als würde er bald aus dem Leben scheiden? Diese Frage bezog sich auf Schritte wie den Abschluß einer Lebensversicherung, Schreiben eines Testaments, Verschenken persönlichen Eigentums, Ordnen von Angelegenheiten. Derartige Maßnahmen wurden zumindest nachträglich seitens der Informanten aus Los Angeles bedeutend öfter wahrgenommen als seitens der Wiener (Tabelle 20; $p < 1\%$)

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>k.I.</u>	<u>Summe</u>
Wien	1	45	4	50
Los Angeles	12	37	1	50

Tab. 20: ORDNEN PERSÖNLICHER ANGELEGENHEITEN

d) Welche Probleme beschäftigten den Verstorbenen besonders? Nur geringe Unterschiede wurden zwischen den beiden Städten gefunden; Probleme zwischenpersönlicher Natur waren allerdings häufiger in Los Angeles anzutreffen (Tab. 21). Es fällt auf, wie selten finanzielle und Wohnungsprobleme angeführt wurden.

	Krank- heit	Finan- zen	Persönl. Beziehg.	Schlechte Wohnverh.	jem.zur Last fall.	k.I.	Summe
Wien	12	2	2	3	10	21	50
L.Ang.	10	4	9	1	11	25	50

Tab. 21: WELCHE PROBLEME STANDEN IM VORDERGRUND?

IV. Reaktion der Umwelt auf prä-suizidales Verhalten

Im folgenden Abschnitt berichten wir über die Art und Weise, wie die Angehörigen auf die verschiedenen Selbstmordprodrome reagierten. Diese Prodrome schließen sowohl ausdrückliche Ankündigungen als auch verschleierte Andeutungen und nicht-verbale Gesten ein.

a) Verhalten der Angehörigen: Tabelle 22 zeigt, daß prodromales Verhalten in Wien öfter als in Los Angeles ignoriert worden waren, bzw., daß in Los Angeles häufiger versucht wurde, Hilfe zu leisten. Die Unterschiede sind sehr signifikant ($p < 1\%$).

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
Ignoriert	28	56	17	34
debattiert, zugeredet	17	34	15	30
Zu helfen versucht	5	10	15	30
nicht ernst genom.	0	0	3	6
	<u>50</u>	<u>100</u>	<u>50</u>	<u>100</u>

Tab. 22: WIE VERHIELTEN SICH ANGEHÖRIGE?

b) Zukunftschancen: Die Angehörigen wurden gefragt, was ihrer Meinung nach der Verstorbene noch vom Leben zu erwarten gehabt hätte. Diese Frage wurde gestellt, um festzustellen, wieweit der Lebensmüde von seiner Umwelt bereits "abgeschrieben" gewesen war. Auch bei dieser Frage ließ sich feststellen, daß mehr lebensbejahende Antworten seitens der Befragten aus Los Angeles als aus Wien kamen (Tabelle 23; $p < 1\%$).

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
Nichts	36	72	8	16
Befriedig. Arbeit; Ruhestand	5	10	16	32
menschliche Beziehungen	3	6	12	24
anderes	6	12	14	28
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	50	100	50	100

Tab. 23: WAS HATTE V. VOM LEBEN ZU ERWARTEN?

c) Frühere Selbstmordversuche: Die Frage, ob schon der erste Selbstmordversuch gelang oder ob der Verstorbene bereits bei früheren Versuchen gerettet worden war, gehört eigentlich zu dem gleichen Problemkreis wie die vorausgegangenen, nämlich dem der Sensitivität der Umwelt für Anzeichen von Lebensüberdruß. Es steht in Einklang mit den bereits berichteten Resultaten, daß bereits der erste Selbstmordversuch bei den Wienern häufiger gelang als in Los Angeles (Tabelle 24; $p < 5\%$)

Anzahl der voraus- gegangenen Versuche	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
3 oder mehr	1	2	6	13
2	2	4	3	6
1	9	18	15	31
0	35	71	24	50
keine Information	<u>3</u>	<u>5</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
	50	100	50	100

Tab. 24: FRÜHERE SELBSTMORDVERSUCHE

V. Tödliche Intention

Wie schon betont wurde, werden nicht alle Suizidhandlungen mit dem vollen Wunsch zu sterben, begangen. Der Akt ist häufig als Demonstration, als Versuch einer Kommunikation, als Hilferuf, zu werten. Der Tod ist nur bei einer Minderzahl das wirklich erstrebte Ziel. Wieviele unserer Fälle hatten die Tat in wirklicher Absicht zu sterben durchgeführt? Nach Ansicht der Befragten hatten nur zwei Drittel den ernsthaften Wunsch ihr Leben zu beenden (Tabelle 25). Auch hier muß bedacht werden, daß für die Informanten ein Anreiz bestand, die eventuellen Möglichkeiten für eine Rettung zu unterschlagen, um sich nicht des Verdachtes der Mitschuld durch Unterlassung der notwendigen Hilfe oder Mangel an Umsicht auszusetzen. Die größere stärkere Anzahl der "weiß nicht" Antworten in Wien bestätigt wieder die stärkere zwischenmenschliche Isolierung der Wiener.

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	34	68	36	72
nein	8	11	11	22
keine Information	8	16	3	6
	<u>50</u>	<u>100</u>	<u>50</u>	<u>100</u>

Tab. 25: HATTE V. DEN WUNSCH ZU STERBEN?

VI. SYNDROME

Es ist in verschiedenen Arbeiten hingewiesen worden, daß gewisse Persönlichkeitstypen, gewisse Lebensabschnitte oder gewisse Milieukonstellationen mit erhöhter Selbstmordanfälligkeit einhergehen. Derartige "Syndrome" wurden u.a. von Schrut (1964) bei Kindern, von Peck (1967) und Ringel (1964) bei Adoleszenten, von Pretzel (1967) für alternde Männer, von Wold (1967) für verlassene Frauen, von Stengel (1965) für reaktive Depression, von Walten (1958) für endogene Depression und von Farberow und McEnvoy (1966) für "Objektverlust" beschrieben. Manche Syndrome scheinen charakteristischer für Selbstmordversuche, andere für ernstgemeinte Selbstmordhandlungen zu sein.

Von uns wurde nun ebenfalls versucht, durch ein Gruppieren ähnlich gelagerter Fälle zu einer Klassifizierung nach Syndromen zu gelangen. Da auch ein Teil der "unvollständigen" Fälle Information über Motivation enthielt, konnte für den unmittelbaren Zweck die Stichprobe auf 64

Männer und 50 Frauen für Wien und auf 42 Männer und 40 Frauen für Los Angeles vergrößert werden. Die Aufgliederung der Fälle nach Geschlecht und Syndrom, sowohl in absoluten Zahlen als auch in Prozent der jeweiligen Städtetichprobe, ist in Tabelle 26 vorgenommen. Weiters ist in der Tabelle das durchschnittliche Alter der Lebensmüden für die einzelnen Syndrome angegeben. Die Klassifizierung der einzelnen Fälle machte meist keine Schwierigkeit, wenn es auch Fälle gab, wo die Einordnung der Vielschichtigkeit der Problematik nicht ganz gerecht werden konnte. Wo es möglich war, wurden die primären Ursachen zur Grundlage der Einordnung genommen. War jedoch die Dynamik zu obskur oder die Umstände sehr ungewöhnlich, so wurden die Fälle unter "Anderes" eingeordnet. In dieser Kategorie finden sich auch die meisten Adoleszenten unserer Erhebung, da deren Problematik zu verschieden von der der Erwachsenen, und ihre Fallzahlen zu klein, um separate Kategorien zu rechtfertigen. Im großen und ganzen fanden wir in unserem Material die Syndrome wieder, die auch von anderen gefunden worden waren. Im folgenden werden die einzelnen Syndrome kurz charakterisiert und die Ergebnisse des Städtevergleichs gebracht. Die Zahlen, auf denen die Vergleiche beruhen, sind aus Tabelle 25 zu ersehen.

Wien

Syndrom	Durchschn. Alter	männl.		weibl.		Summe	
		N	%	N	%	N	%
Herabgekommene, Alkoholiker	46.0	14	12.0	2	1.7	16	13.7
Depression des Involutionalters	50.0	3	2.6	3	2.6	6	5.2
Reaktive Depression	54.0	23	20.0	17	15.0	40	35.0
Psychiatrische Fälle	62.0	4	3.5	5	4.4	9	7.9
Alt und einsam	77.0	2	1.7	17	15.0	19	16.7
Objektverlust	44.0	5	4.4	4	3.5	9	7.9
Zornige junge Männer	23.6	2	1.7	--	--	2	1.7
Anderes	37.0	11	9.6	2	1.7	13	11.3
Summe		64		50		114	100

Los Angeles

Syndrom							
Herabgekommene, Alkoholiker	53.0	6	7.3	1	1.2	7	8.5
Depressions des Involutionalters	52.0	5	6.1	6	7.3	11	13.4
Reaktive Depression	55.0	7	8.5	10	12.2	17	20.7
Psychiatrische Fälle	40.0	12	14.6	11	13.4	23	28.0
Alt und einsam	80.0	4	4.9	5	6.1	9	11.0
Objektverlust	33.0	1	1.2	4	4.9	5	6.1
Zornige junge Männer	26.0	2	2.4	--	--	2	2.4
Anderes	33.0	5	6.1	3	3.7	8	9.8
		42		40		82	100

Tab. 26: VERTEILUNG DER "SYNDROME" (N = 196)

a) Herabgekommene und Alkoholiker: Diese Gruppe besteht aus Personen, deren Lebensgeschichte durch beruflichen und gesellschaftlichen Abstieg gekennzeichnet ist. Ein Großteil war Alkoholiker. Rauschgiftsüchtige fanden sich nur in der Gruppe aus Los Angeles. Zur Zeit des Selbstmordes hatten die Zugehörigen dieser Gruppe die privaten und öffentlichen Hilfsquellen erschöpft, waren sozial gemieden und wurden insbesondere von ihren Angehörigen abgelehnt. Die Zahl der Wiener in dieser Kategorie war mehr als doppelt so groß als in Los Angeles, doch ist der Unterschied statistisch nicht signifikant. In beiden Städten sind die Männer gegenüber den Frauen weit in der Überzahl.

b) Depression des Involutionalters: Diese Krankheitsbilder, die neben der seelischen Verstimmung, Schlaflosigkeit, motorischer Agitation auch solche wohl definierte körperliche Symptome wie Austrocknung der Haut und Obstipation zeigen, stellen ein großes Kontingent der klinischen Fälle dar. Der typische Depressionskranke ist über 40 Jahre alt und hatte eine stabile und oft überdurchschnittlich erfolgreiche Berufslaufbahn und ein geordnetes Familienleben. Die akute Depression wird häufig durch eine Krise im Beruf oder durch eine persönliche Kränkung oder Abwertung ausgelöst, doch finden sich auch Fälle, wo kein auslösendes Moment klar zutage liegt. In der Literatur wird die Depression der höheren Lebensalter vorwiegend den Männern zugeschrieben, aber wir fanden in unserer Stichprobe ebenso viele Frauen wie Männer in dieser Gruppe. Die Unterschiede zwischen den Gruppen aus Wien und Los Angeles sind statistisch unerheblich.

c) Reaktive Depression: Während die Involutionsdepression vorwiegend endogen bestimmt ist, ist bei der reaktiven Depression ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einem traumatischen Ereignis und dem Selbstmord gegeben. Das ursächliche Ereignis war in unserem Personenkreis in allen Fällen entweder der Verlust einer geliebten Person durch Tod, oder eine unheilbare Krankheit des Lebensmüden. Die reaktive Depression war bei beiden Geschlechtern in Wien häufiger als in Los Angeles anzutreffen, wobei der Unterschied zwischen den Männern sehr signifikant ($p < 1\%$), jedoch bei den Frauen insignifikant ist. Die Ursachen des vermehrten Auftretens reaktiver Depressionen in Wien dürfte in der Überalterung der Bevölkerung liegen.

d) Psychiatrische Fälle: Diese unklar definierte Gruppe schließt Personen ein, in deren Lebenslauf Episoden klinischer Geisteskrankheit (einschließlich zyklischer Depressionen) vorkamen, wie auch chronische Verhaltens- und Anpassungsschwierigkeiten (Psycho- und Soziopathien) und Neurosen. Die Kategorie enthält folglich eine recht heterogene Sammlung auffälliger Persönlichkeiten. Mehr Personen mit einer psychopathologischen Aethiologie wurden in Los Angeles als in Wien gefunden, doch darf daraus nicht auf die geistige Gesundheit der respektiven Bevölkerung geschlossen werden ($p < 1\%$ für Männer, $< 5\%$ für Frauen). Vielmehr liegt die Ursache sicher in der größeren Bereitschaft der Amerikaner, einem Sachverhalt psychogene Ursachen zuzuschreiben, sowie in der größeren Verbreitung von klinisch-psychiatrischen und psychologischen Kliniken und

Beratungsstellen.

e) Alt und einsam: Dies ist die Gruppe jener alten Menschen, die in fast allen Fällen alleinstehend war, kaum gesellige Kontakte hatten und sich überflüssig fühlten. Unter ihnen war die Mehrzahl jener Personen, für die kein überlebender Angehöriger eruiert werden konnte. Das größte Kontingent stammt von den alten Frauen aus Wien. Der Unterschied zwischen den Städten ist signifikant für Frauen ($p < 5\%$), jedoch nicht für Männer.

f) Objektverlust: Diese Kategorie umfaßt Partner einer symbiotischen Beziehung, die zu Ende gegangen war. Diese Beziehung konnte heterosexuell oder homosexuell, oder auch eine Eltern-Kind-Beziehung sein. Das Phänomen der psychologischen Abhängigkeit einer Person von einer anderen - besonders eindrucksvoll im Hörigkeitsverhältnis - ist wissenschaftlich wenig bearbeitet. Die verlassenen oder zurückgewiesenen Partner einer solchen Beziehung sind besonders stark unter den Selbstmordversuchen repräsentiert. Wo es sich um "ernste" Suizide handelt, ist es, weil der Betroffene die Hoffnung auf Wirkung eines Appells aufgegeben hat, und dann wird nicht selten versucht, den Partner oder eine Person, die dem Partner wichtig ist, mit in den Tod zu nehmen. In Wien fanden wir in dieser Gruppe keine Morde oder Mordversuche, in Los Angeles hingegen zwei ausgeführte Morde und einen Versuch, alle mittels Schußwaffen. Die Frequenzunterschiede zwischen den Städtesamples sind insignifikant.

g) "Zornige junge Männer": Der Typus der "zornigen jungen Männer" als potentielle Selbstmörder wurde von Wold (1968) und Leonhard (1965) beschrieben. Es sind dies junge Männer vom "Typus primitiv-impulsiver Reaktionsweise" (Leonhard, 1968), die trotz ihres betont maskulinen Äußeren Zweifel an ihrer Männlichkeit hegen. Sie füllen ihren Arbeitsplatz meist gut aus und sind häufig bei Männergruppen (Vereinen, Wirtshausrunden, Verbindungen) stark engagiert. Sie trinken gerne in Gesellschaft, ohne Alkoholiker zu sein. Sie haben eine starke Affinität zu Schußwaffen und Schießsport. Oft genügt ein geringfügiger Anlaß, der ihren Selbstwert in Frage stellt, um diese Männer zu Selbstmördern mittels einer Schußwaffe werden zu lassen. In unserem Sample fanden sich jeweils zwei Männer dieser Kategorie in Wien und Los Angeles.

VII. Anamnestische Daten

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Daten über Gesundheit, Entwicklung, Familie, soziale, wirtschaftliche und berufliche Lage der erfaßten Personen referiert und verglichen. Da viele Fragen die Privat- und Intimsphäre betrafen, sind die erhobenen Informationen oft lückenhaft, manchmal weil den Informanten das Wissen fehlte, manchmal weil Antworten zurückgehalten, oder bewußt oder unbewußt verzerrt wurden.

Aber selbst die Wissens- und Informationslücken zeigen systematische Unterschiede zwischen den Städten und sind für den Zweck des Kulturvergleichs bedeutungsvoll.

a) Körperlicher Gesundheitszustand: Sechsendreißig Wiener wurden als nicht gesund bezeichnet, verglichen mit 22 Personen aus Los Angeles ($p < 1\%$). Überdies wurde über 27 Wiener berichtet, daß sich ihr Gesundheitszustand in letzter Zeit verschlechtert habe, während dies nur bei 8 Personen aus Los Angeles der Fall war ($p < 5\%$). Diese Unterschiede hängen vermutlich mit der Überalterung der Wiener Gruppe zusammen. Operationen in letzter Zeit wurden allerdings in annähernd der gleichen Zahl festgestellt (14 in Wien, 15 in Los Angeles). Auch nahm etwa die gleiche Zahl von Personen regelmäßig barbiturhaltige Schlafmittel ein, nämlich 25 in Wien und 22 in Los Angeles (das ist fast die halbe Stichprobe). Morphium und andere Suchtgifte wurden angeblich von 2 Wienern und von 9 Personen in Los Angeles regelmäßig gebraucht.

Von besonderer Bedeutung ist die Frage, wann die Opfer zuletzt von einem Arzt gesehen wurden. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 27.

Zeitpunkt	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
Innerhalb d. letzten Woche	10	20	13	26
1 Woche - 1 Monat vorher	13	26	8	16
1 Monat - 6 Monate vorher	5	10	14	28
6 Monate - 1 Jahr vorher	3	6	8	9
mehr als 1 Jahr vorher	3	6	3	6
Besuchte Arzt, Zeitpunkt unbekannt	6	18	1	2
Besuchte keinen Arzt	3	6	1	2
keine Information	7	4	2	4
SUMME	50	100	50	100

Tab. 27: WANN WAR VERSTORBENER ZULETZT BEIM ARZT?

Die Gründe für den Besuch beim Arzt zeigt Tab. 28. Die Differenz zwischen Wien und Los Angeles ist sehr signifikant ($p < 1\%$), wobei der bedeutsamste Unterschied der ist, daß Wiener so gut wie nie zu einer regelmäßigen ärztlichen Gesundheitskontrolle gehen. Aus der Tabelle geht hervor, daß fast ein Viertel der Personen innerhalb der Woche, die dem Tod vorausging, beim Arzt war, 44 % innerhalb eines Monats; und 66 % innerhalb von 6 Monaten. Nur von 3 Wienern

und einem Opfer aus Los Angeles wurde definitiv festgestellt, daß sie nicht von einem Arzt im vorausgegangenen Jahr betreut worden waren.

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
Wegen eines bestehenden Leidens	24	48	16	32
Periodische Gesundheitskontrolle	1	2	13	26
Neues Leiden	14	28	17	34
Grund unbekannt	5	10	3	2
keine Information	<u>6</u>	<u>12</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
	50	100	50	100

Tab. 28: WESHALB WURDE ARZT AUFGESUCHT?

b) Psychischer Gesundheitszustand: In Wien gibt es nicht nur relativ weniger psychiatrische Einrichtungen als in Los Angeles, sondern die Öffentlichkeit ist auch weniger mit Fragen der Psychohygiene beschäftigt. Diese Tatsachen und Einstellungen bringen auch mit sich, daß nur wenig über psychische Probleme der Wiener Stichprobe in Erfahrung zu bringen war.

Wir erfuhren, daß 8 Wiener und 15 Personen aus Los Angeles zu irgend einem Zeitpunkt in psychiatrischer Behandlung gestanden waren, und daß 31 Personen aus Los Angeles aber nur 8 Wienern geraten worden war, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben. ($p < 1\%$)

Es wurde versucht, zu erfahren, welches die Diagnosen

gewesen waren und welche Behandlungsmethoden angewandt worden waren, doch stellte sich heraus, daß die Antworten unvertretbar waren, weil die meisten der Wiener Befragten nicht einmal die Fragen verstanden hatten.

Ein wichtiges Problem ist die Rolle des Alkoholismus. Wir haben bereits erwähnt, daß ein Großteil der "Herabgekommenen" Alkoholiker waren. Darüber hinaus gab es jedoch Fälle, wo der Alkoholismus zwar nicht das zentrale Problem, jedoch ein wesentlicher zusätzlicher Faktor in der Problematik des Selbstmörders war. Alkoholproblematik war bei 20 Wiener Fällen (darunter 2 Frauen) und bei 18 Los Angeles Fällen (darunter 4 Frauen) festgestellt worden. Es hatten somit in beiden Kulturen mindestens ein Drittel der männlichen Fälle ein Alkoholproblem.

c) Eheleben: Zum Zeitpunkt des Selbstmords waren 41 (82%) Wiener und 36 (72%) Opfer aus Los Angeles verheiratet gewesen. Nicht viel Information war auf dem Gebiet der Beziehung der Ehegatten in Erfahrung zu bringen, wobei sich die Wiener als die Zurückhaltenderen zeigten. Zur Zeit des Selbstmords waren 41 Wiener und 36 Personen aus Los Angeles verheiratet gewesen. Man erhält den Eindruck, daß die Interaktion zwischen den Gatten in Wien geringer war als in Los Angeles. Tabelle 29 gibt die Antworten zur Frage "Sprach Ihr Mann (Ihre Frau) mit Ihnen über vertrauliche Dinge?" ($p = \text{fast} < 5\%$). Erörterungen sexueller Fragen scheinen in Wien zwischen Ehegatten ungewöhnlich zu sein, wie aus den Antworten zur Frage "Besprach Ihr Partner mit Ihnen sexuelle Probleme" hervorging (Tab. 30 p 1%).

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
nie	9	22	1	3
selten	9	22	11	31
oft	15	37	13	36
keine Information	<u>8</u>	<u>20</u>	<u>11</u>	<u>31</u>
Summe	41	101	36	101

Tab. 29: "SPRACH DER GATTE (DIE GATTIN) MIT IHNEN
VERTRAULICH?"

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	6	15	19	53
nein	<u>35</u>	<u>85</u>	<u>17</u>	<u>47</u>
Summe	41	100	36	100

Tab. 30: "BESPRACH IHR GATTE (IHRE GATTIN) SEXUELLE
FRAGEN MIT IHNEN?"

Der häufigste Konfliktstoff zwischen Ehegatten war in beiden Städten das Trinken.

Bezüglich der Freizeitbeschäftigung berichteten 25 Personen aus Wien und 30 aus Los Angeles, daß sie keine gemeinsamen Interessen mit ihren verstorbenen Ehepartnern verbunden hätten; und 12 Wiener und 7 Opfer aus Los Angeles hätten angeblich ihre Freizeit nie oder selten mit dem Partner verbracht. Die erwähnten lokalen Unterschiede sind statistisch insignifikant.

d) Geselligkeit: Es bestehen bedeutende Unterschiede auf dem Gebiet der Geselligkeit zwischen den Gruppen, ein Unterschied der gewiß nicht nur auf Lebensmüde beschränkt, sondern für die verschiedenen Kulturen charakteristisch ist. Vereinstätigkeit wird bei 7 Wienern und 28 Personen aus Los Angeles berichtet ($p < 1\%$). Tabelle 31 ($p < 1\%$) zeigt die berichtete Zahl der engen Freunde der Verstorbenen (wobei vielleicht die Bezeichnung "enger Freund" verschiedene Bedeutung in Wien und Los Angeles hat);

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
keine oder wenige	27	63	16	33
drei oder mehr	<u>16</u>	<u>37</u>	<u>32</u>	<u>67</u>
	43	100	48	100

Tab. 31: GESCHÄTZTE ZAHL ENGER FREUNDE

e) Beruf und wirtschaftliche Lage: Da die Schulsysteme und die wirtschaftlichen Gegebenheiten in den beiden untersuchten Städten verschieden sind, ist ein Vergleich der Wirtschaftslage unserer Stichprobe wenig sinnvoll. In beiden Gruppen waren alle Sozialschichten in etwa dem gleichen Verhältnis wie in der Gesamtbevölkerung vertreten. Entsprechend der Altersstruktur der Grundpopulationen fanden wir besonders viele Rentner und Pensionisten unter den Wienern.

Ein Vergleich der Einkommensverhältnisse wurde in der Weise vorgenommen, daß die Anzahl der Personen, deren Einkommen nach lokalen Verhältnissen als "unterdurchschnitt-

lich", "durchschnittlich" und "überdurchschnittlich" zu bezeichnen war, miteinander verglichen wurden. Es fanden sich keine Differenzen im wirtschaftlichen Status zwischen den beiden Vergleichsgruppen. Von 2 Wienern und 7 Personen aus Los Angeles wurde berichtet, daß sie überhaupt kein persönliches Einkommen gehabt hätten, und jeweils 3 Personen hatten überdurchschnittlich hohes Einkommen. In Übereinstimmung mit der Altersstruktur der Städte, gab es unter den Wienern mehr Rentner oder Pensionisten als in Los Angeles.

Was die berufliche Situation anlangt, so fallen vor allem die Unterschiede in der beruflichen Mobilität auf ($p < 1\%$), sowie die Unterschiede in den Antworten zu der Frage, ob der Verstorbene mit dem Erreichten Berufsstatus zufrieden war ($p < 1\%$). Die Ergebnisse finden sich in Tabellen 32 und 33, die zeigen, um wieviel stärker der Druck zum beruflichen Aufstieg in der amerikanischen Gesellschaft ist.

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
1 Stellung	24	71	14	44
2-4 Stellungen	5	15	14	44
5 oder mehr Stellungen	5	15	4	12
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Summe	34	101	32	100

Tab. 32: WIEVIELE STELLUNGEN HATTE V. IN DEN LETZTEN 5 JAHREN?

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
ja	30	88	19	59
nein	<u>4</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>41</u>
Summe	34	100	32	100

Tab. 33: "BEFRIEDIGTE DIE LETZTE STELLUNG V's
BERUFLICHEN EMERGEIZ?"

f) Wohnen: Auch das Wohnen läßt sich in den beiden Gebieten schwer vergleichen. Etwa die Hälfte der Personen in Los Angeles wohnte in Einfamilienhäusern, während praktisch alle Wiener in Mietwohnungen in Wohnblocks lebten. Ein Vergleich der Personen, die in den letzten zwei Jahren vor dem Selbstmord Wohnung gewechselt hatten, läßt erkennen, daß die größere Mobilität der Amerikaner nicht nur das Berufsleben kennzeichnet, sondern auch Ortswechsel einschließt: 25 Personen aus Los Angeles hatten in den letzten zwei Jahren Wohnung gewechselt, verglichen mit 4 Wienern ($p < 1\%$). Ähnliches geht aus Tabelle 34 hervor, die zeigt, wie lange die Verstorbenen in ihrer letzten Wohnung gewohnt hatten.

	Wien		Los Angeles	
	N	%	N	%
kürzer als 1 Jahr	4	8	22	44
1 - 5 Jahre	11	22	16	32
5 - 10 Jahre	9	18	5	10
länger als 10 Jahre	<u>26</u>	<u>52</u>	<u>7</u>	<u>14</u>
Summe	50	100	50	100

Tab. 34: "WIELANGE WOHNTE V. IN DER LETZTEN WOHNUNG?"

g) Elternhaus und Entwicklung: Die meisten Informanten wußten wenig über die frühe Lebensgeschichte des Verstorbenen zu berichten. Eine der interessantesten Informationen betraf die Todesart der Eltern der Lebensmüden. In beiden Gruppen von jeweils 50 Personen hatten jeweils 3 Elternteile (Väter oder Mütter) durch Selbstmord geendet. Die Selbstmordrate in der Bevölkerung für Personen über 40 Jahre liegt bei etwa 34 per 100,000, d.i. 0,034 per 100. Wir hingegen fanden, wie erwähnt, in beiden Gruppen bei jeweils 100 Elternteilen 3 Selbstmorde, das ist eine 88 mal so hohe Selbstmordhäufigkeit wie in der Population. Diese Selbstmordrate ist selbstverständlich hoch überzufällig.

Vierzig Prozent der Eltern der Lebensmüden wurden als Alkoholiker oder als starke Trinker bezeichnet, was dem Prozentsatz der Alkoholiker unter unseren Lebensmüden genau gleich ist.

Mehr Personen aus Los Angeles kamen aus kinderreichen

Familien, was den lokalen Verhältnissen entspricht.

Über die frühere Kindheit und die häuslichen Verhältnisse konnte nur wenig in Erfahrung gebracht werden. Die Los Angeles Gruppe verließ im Durchschnitt früher das Elternhaus als die Wiener (19 Jahre gegenüber 22 Jahren), was ebenfalls der örtlichen Tradition entspricht. In beiden Gruppen waren 60% der Mütter berufstätig.

Die Schulsysteme lassen sich kaum vergleichen; die meisten Personen in beiden Gruppen hatten die Pflichtschule beendet, d.s. 8 Schuljahre in Wien und 12 in Kalifornien. Obwohl die Kalifornier also im Durchschnitt um 4 Jahre länger zur Schule gegangen waren als die Wiener, wurde von 20 Personen (40%) aus Los Angeles angegeben, daß sie mit ihrem Bildungsniveau unzufrieden waren, gegenüber nur 5 Personen (10%) aus der Wiener Stichprobe ($p < 1\%$).

DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Es liegt auf der Hand, daß viele der Ergebnisse Unterschiede in lokalen Verhältnissen, Werten, Normen und Sitten widerspiegeln und wenig mit spezifischen Problemen der Lebensmüden zu tun haben.

Aber gegen diesen allgemeinen Hintergrund heben sich Eigenheiten der Kulturen ab, von denen man vermuten kann, daß sie in ursächlichem Zusammenhang mit der Höhe der Selbstmordquote stehen. Da der proportionale Anteil der Lebensmüden an der Bevölkerung in Wien und in Los Angeles

etwa gleich ist, darf man annehmen, daß sich die verschiedenen lokalspezifischen Stresse etwa kompensieren.

Wir werden zuerst einige der Ergebnisse besprechen, die charakteristische Unterschiede zwischen Wien und Los Angeles beleuchten, und uns dann einigen speziellen Fragen zuwenden, die sich aus dem Material der Untersuchung aufdrängen. Letzteres sind die Fragen, ob unsere vergleichende Untersuchung Schlüsse auf die Ursachen der unterschiedlichen Selbstmordhäufigkeit bei den beiden Geschlechtern erlaubt; was die Rolle der Zugänglichkeit zu tödlichen Mitteln und Waffen bei der Selbstmordhäufigkeit ist; und welche Möglichkeiten sich zur Verbesserung der Selbstmordverhütung anbieten.

Einer der hervorstechendsten Fakten für Wien war die soziale Isolierung der Lebensmüden. Diese Isolierung war in zweifacher Hinsicht gegeben: erstens als physische Tatsache bei den vielen alleinstehenden Alten, insbesondere den alten Frauen und zweitens als psychologisches Phänomen eines weitverbreiteten Mangels an zwischenmenschlichen Kontakten. Dies ergab sich in den verschiedensten Zusammenhängen: die Wiener Lebensmüden hatten relativ weniger Freunde als die Amerikaner, sie schrieben seltener Briefe, sie hinterließen weniger Abschiedsbriefe und sie sprachen seltener mit ihren Partnern über persönliche Angelegenheiten.

Es war ebenfalls erstaunlich, wie wenig die meisten Befragten über die Gedanken, Wünsche und Hoffnungen ihrer aus dem Leben geschiedenen Partner zu sagen hatten: man hatte oft den Eindruck, daß Informationen nicht so sehr absichtlich zurückgehalten wurden, als daß derartige Fragen gar

nicht verstanden wurden. Mangelnde Einfühlung fand man in verschiedenem Zusammenhang, sowohl bei der geringen Bereitschaft präsuizidales Verhalten wahrzunehmen, bei dem zu späten Einschreiten nach Selbstmordversuchen und bei dem Negieren von Lebensproblemen. Die Defekte auf dem Gebiet der Kommunikation schien sowohl "Sender" als auch "Empfänger" anzuhafte. So berichten bei unserer Befragung nur 27% der Wiener, daß die Verstorbenen über ihre Selbstmordabsichten gesprochen hätten (Ringel (1961) fand 32 %), während für die Fälle aus Los Angeles 72 % berichtet wurden.

Ein spezifischer Stressfaktor im Leben der Bevölkerung von Los Angeles scheint der Druck zum beruflichen Vorwärtkommen und dem damit in Zusammenhang stehenden Zwang zur lokalen Mobilität zu sein. Die Wiener waren mit ihrem geringeren Wohnkomfort, ihrer kürzeren Schulbildung, ihrem geringeren Einkommen im allgemeinen zufriedener als ihre amerikanischen Leidensgefährten.

Alkoholismus war zwar ein prominenter Faktor in der Anamnese der Lebensmüden in beiden Städten, doch war er noch bedeutend höher in Wien als in Los Angeles. Alkoholismus als Hauptproblem wurde für 12 % der Wiener Gruppe gegenüber 7 % für Los Angeles erhoben; nimmt man noch die Fälle hinzu, wo Trinken zwar nicht als zentrales Problem, jedoch als gravierender Faktor bezeichnet worden war, so erhöht sich der Prozentsatz auf 40 % für Wien und 36 % für Los Angeles. Achtzehn von 50 Selbstmördern in Wien und 16 in Los Angeles hatten nach Angabe der Informanten vor dem Selbstmordakt Alkohol zu sich genommen. Es drängt sich der Eindruck auf, daß Alkoholismus nicht nur über den Umweg

von chronischen Gesundheitsschäden lebensverkürzend ist, sondern auch ein unmittelbarer Faktor für den verfrühten Tod durch Selbstmord ist. Diese Fakten betreffen fast ausschließlich Männer, da sich die Zahl der männlichen Trinker zu den weiblichen in unserern Gruppen etwa 10 : 1 verhalten.

Die meisten Selbstmord-"Syndrome" fanden sich in gleichen Proportionen in Wien und Los Angeles, mit Ausnahme der Kategorien "Alt und einsam" und "Reaktive Depression", die mit den zahlreichen älteren Frauen aus Wien überbesetzt waren.

Daß das Überwiegen von psychiatrischen Diagnosen in Los Angeles vermutlich ein Artefakt ist, wurde bereits erwähnt. Es fällt auf, wie wenige Selbstmordfälle in beiden Lokalitäten auf das Konto schlechter materieller Lage zu gehen schienen. Zwischenmenschliche Krisen, Krankheit, Vereinsamung und Trunksucht forderten die meisten Opfer.

Ein besonders interessantes Kapitel in der Selbstmordforschung ist die Frage der verschiedenen Häufigkeit von Selbstmord bei den beiden Geschlechtern. Es ist bekannt, daß Frauen häufiger Selbstmordversuche unternehmen, Männer jedoch häufiger den Selbstmord ausführen. Die höheren Selbstmordziffern für Männer wurden sowohl in primitiven Kulturen als auch in modernen industrialisierten Ländern konsistent gefunden. Manche Autoren meinen, daß mit der fortschreitenden Industrialisierung eine Annäherung der Selbstmordraten bei den Geschlechtern mit sich bringt (Dotzauer et al., 1956), andere halten den Geschlechtsunterschied für eine Art Naturgesetz, z.B. der Anthropologe

Ashley Montague (1953), der der Frau auf Grund ihrer chromosomalen Ausstattung biologisch größere Überlebenskraft zuschreibt, Pierre B. Schneider aus Lausanne (1954) ist der Ansicht, daß die höhere Selbstmordneigung ihre Parallele in der erhöhten Anfälligkeit des männlichen Geschlechts für Krankheiten und Unfälle hat; er betrachtet es als ein biologisches Gesetz, daß der Mann weniger stark am Leben hängt und weniger widerstandsfähig ist als die Frau.

Nun zeigt sich, daß für unsere Stichprobe die Behauptung vom Überwiegen der männlichen Suizidanten nur für die jüngeren Jahrgänge stimmt, jedoch in den Gruppen der über 40-jährigen gleich viele Männer und Frauen zu finden sind, und bei den Wienern über 60 Jahren sogar ein deutliches Überwiegen der weiblichen Personen. Da es sich bei den älteren Frauen in Wien im allgemeinen um eine unterprivilegierte Gruppe handelt - durch viele alleinstehende Personen mit äußerst knappen Einkommen, in ungünstigen Wohnverhältnissen charakterisiert - wäre die Hypothese zu prüfen, ob es unter solchen äußeren Umständen zu einer Angleichung der männlichen und der weiblichen Selbstmordraten kommt.

Während in Wien auf Grund des großen Überschusses an Frauen alleinstehende ältere Männer leicht eine bereitwillige Betreuerin finden, ist dies in Los Angeles nicht in dem gleichen Ausmaß der Fall. Dort bilden eher die älteren verwitweten oder geschiedenen Männer eine benachteiligte Gruppe, die die schäbigen Hotels der Stadt in großen Zahlen bevölkert. Man würde folglich ein stärkeres Auseinanderklaffen der Selbstmordfrequenzen von Männern und Frauen für Los Angeles erwarten. Tabelle 35 vergleicht nun die Zahl der

männlichen und weiblichen Selbstmörder im Alter von über 60 Jahren mit der Bevölkerung in beiden Städten.

Personen über 60 Jahre	Zahl der beobachteten Selbstmorde in 1966	Prozent	Prozent in Bevöl- kerung (1961)	Zahl der erwarte- ten Selbst- morde
Wien				
männlich	55	47.0	36.3	42.5
weiblich	<u>62</u>	<u>53.0</u>	<u>63.7</u>	<u>74.5</u>
Summe	117	100.0	100.0	117.0
Los Angeles				
männlich	152	60.1	42.2	106.8
weiblich	<u>101</u>	<u>39.9</u>	<u>57.8</u>	<u>146.2</u>
Summe	253	100.0	100.0	253.0

Tab.35: VERGLEICH DER SELBSTMÖRDER UND DER BEVÖLKERUNG VON WIEN UND LOS ANGELES, NACH DEM GESCHLECHT (PERSONEN ÜBER 60 J.)

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß sowohl in Wien als auch in Los Angeles beträchtlich weniger ältere Frauen und beträchtlich mehr ältere Männer aus dem Leben schieden, als zu erwarten gewesen wäre, wenn beide Geschlechter eine gleich starke Selbstmordneigung gezeigt hätten. Die statistische Signifikanz des Geschlechtsunterschiedes liegt in Wien bei über 2 % (Chi-Quadrat = 5.76), in Los Angeles bei über 1 % (Chi-Quadrat = 33.1). Dieses Ergebnis scheint zu erhärten, daß einerseits verschieden starke Selbstmordtendenzen bei den beiden Geschlechtern vorliegen, daß die

Größe des Unterschieds jedoch von lokalspezifischen Umwelteinflüssen abhängt. Eine Prüfung der Signifikanz der Unterschiede zwischen jeweils den beiden weiblichen, bzw. die beiden männlichen Gruppen bezüglich ihrer Selbstmoranfälligkeit in Abhängigkeit vom Wohnort ergibt, daß die lokalen Unterschiede für weibliche Personen unerheblich sind, sich jedoch eine deutliche Tendenz in der Richtung der höheren Selbstmordanfälligkeit für die älteren Männer in Los Angeles zeigt. Dieses Bild wird durch eine Gegenüberstellung der geschlechtsspezifischen Selbstmordraten für die beiden Vergleichsstädte verdeutlicht (Tabelle 36).

	<u>männlich</u>	<u>weiblich</u>
Wien	37,1	23,8
Los Angeles	47,8	23,2

Tab. 36: GESCHLECHTSSPEZIFISCHE SELBSTMORDRATEN FÜR PERSONEN ÜBER 60 JAHREN (Selbstmorde per 100,00 in der Bevölkerung des gleichen Alters und Geschlechts).

Wie man sieht, klaffen die Selbstmordraten der Geschlechter in Los Angeles weiter auseinander als in Wien, was nach den vorliegenden Daten weniger auf das Konto einer erhöhten Selbstmordneigung der älteren Wiener Frauen als auf eine erhöhte Selbstmordanfälligkeit der älteren Männer von Los Angeles zurückzugehen scheint.

Die hier durchgeführten Vergleiche setzen uns nunmehr auch in die Lage, die eingangs aufgeworfene Frage nach den "typischen Selbstmordkandidaten" in verschiedenem kulturel-

len Kontext zu beantworten: der Mann in fortgeschrittenem Alter scheint tatsächlich in beiden untersuchten Kulturen selbstmordanfälliger als die Frau zu sein, wobei überdies möglicherweise auch eine stärkere Variabilität beim männlichen Geschlecht als beim weiblichen unter spezifischen Stresseinflüssen besteht. In diesem Lichte scheint auch der geringere Alkohol- und Suchtgiftabusus durch Frauen ein Ausdruck ihrer geringeren Neigung zur Selbstzerstörung zu sein.

Die nächste Frage, der wir uns zuwenden, ist, welche Rolle die leichte Zugänglichkeit zu Instrumenten zur Selbsttötung für die Selbstmordhäufigkeit spielt. Unsere Untersuchung zeigt, wie viele andere ebenfalls, daß die vorgezogenen Methoden des Suicids an verschiedenen Orten mit den verfügbaren Mitteln variieren. So war die häufigste Methode in Los Angeles der Selbstmord mittels Schußwaffen, in Wien durch Leuchtgas. Andererseits ist erwiesen, daß die Abhängigkeit von den verfügbaren Mitteln keineswegs absolut ist, wie ja auch bekanntlich Männer "harte" Methoden, wie Schußwaffen, Erhängen und Springen bevorzugen, während Frauen eher zu den "weichen" Methoden, wie Schlafmitteln oder dem Gashahn greifen.

Wie wirkt es sich nun aus, wenn der Zugang zu gewissen Mitteln, die typischerweise von bestimmten Personenkreisen vorgezogen werden, erschwert wird? Erfolgt eine echte Reduktion der Selbstmordfälle oder weichen die meisten Lebensmüden einfach zu anderen Methoden aus? Da wir bereits sahen, daß viele Opfer nur unentschlossen zu Werke gingen, scheint die Annahme nicht unberechtigt, daß eine

Erschwernis der Tat das Leben gerettet hätte.

Nun ergab sich in Wien in den vergangenen Jahren eine Situation, die uns ermöglicht, die These von der lebensrettenden Wirkung der erschwerten Selbsttötung zu überprüfen. Seit dem Jahre 1965 sind die Wiener Gaswerke dazu übergegangen, den Giftgehalt des Stadtgases schrittweise zu reduzieren, sodaß der Kohlenmonoxydgehalt, der im Jahre 1965 im Durchschnitt noch 9,2% betragen hatte, im Jahre 1966 auf durchschnittlich 6,8% fiel und im Jahre 1967 zwischen 4,5 und 2,5% lag. Bei diesem Gehalt ist das Herbeiführen des Todes zwar noch möglich, doch müssen dazu im zunehmenden Maße außerordentliche Vorkehrungen getroffen werden (Jorde, 1967). Tabelle 37 zeigt nun die Zahl aller Selbstmorde und den Anteil der Gastoten in den Jahren 1961-67 (Polizeistatistik).

Jahr	Alle Selbstmorde	davon Selbstmorde durch Leuchtgas	Anteil der Gas-Selbstmorde %
1961	347	199	57.3
1962	321	181	56.4
1963	308	202	65.6
1964	288	194	67.4
1965	349	175	50.1
1966	264	130	49.2
1967	246	80	32.5

Tab. 35: SELBSTMORDE DURCH LEUCHTGAS IN WIEN

Man sieht, daß mit dem Jahre 1966 sowohl eine Reduktion der Selbstmorde überhaupt, wie seit 1965 auch eine anteilmässige Senkung der Gas-Selbstmorde stattgefunden hat, die

besonders im Jahre 1967 eindrucksvoll ist. Zwar zeigen die Selbstmordzahlen in Wien seit Jahrzehnten eine sinkende Tendenz, doch eine Senkung der Gesamtselbstmorde um 30%, wie sie die Dreijahresperiode 1965 - 67 aufweist, übersteigt bei weitem den langjährigen Trend. Man darf als wahrscheinlich annehmen, daß der größte Teil dieser Reduktion der Entgiftung des Stadtgases zu verdanken ist.

Gibt es noch andere wirkungsvolle Wege zur Selbstmordverhütung als die Erschwernis der Durchführung? Viele der großen sozialen Probleme, die wir in unserer Untersuchung als Motive fanden, wie beispielsweise die Einsamkeit oder die Überalterung können nicht in kurzer Zeit gelöst werden. Wenn auch Schritte zur Linderung des Loses der einsamen Alten geboten sind, so handelt es sich hier nicht um das eigentliche Gebiet der Selbstmordverhütung, sondern um Zustände, unter denen noch viel mehr Personen leiden, die nicht den Ausweg in den Freitod wählen. Die vordringlichste Aufgabe einer wirkungsvollen Selbstmordverhütung ist die rechtzeitige Entdeckung jener Personen, die potentiell selbstmordgefährdet sind. Daß dies nicht so schwierig ist, wie man meinen könnte, zeigt auch die vorliegende Untersuchung. Glücklicherweise bedarf es meist keiner allzugroßen Vorkehrungen, um die Lebensmüden ausfindig zu machen, sondern sie melden sich sozusagen von selbst, wenn man ihren Klagen ein Ohr leiht und ihre hilfesusuchenden Gesten versteht. Aber leider mußten wir feststellen, daß nicht nur die meisten Lebensmüden ihre Pläne in mehr oder weniger verhüllter Form angekündigt hatten, sondern auch, daß diese Ankündigungen und Hilferufe meist ungehört verhallten. Eine der häufigsten prodromalen Gesten ist

der Besuch beim Arzt. Zwei Drittel der Lebensmüden in beiden Gruppen waren innerhalb von 6 Monaten, ein Viertel in der unmittelbar dem Selbstmord vorausgegangenen Woche beim Arzt gewesen; nicht wenige kamen am gleichen Tag. Auch Ringel (1961) fand, daß die Hälfte seiner Fälle noch kurz vor dem Tod von einem Arzt gesehen worden war. Nun zeigt wohl jeder Mensch, der unmittelbar vor dem Selbstmord steht, gleichgültig aus welchem äußeren Grund er den Arzt aufsucht, massive Symptome einer Depression. Nichtsdestoweniger hatte keiner der konsultierten Ärzte den Zustand seines Patienten erkannt. Die Ausbildung der praktischen Ärzte im Erkennen von Suizidprodromen ist eine psychohygienische Aufgabe ersten Ranges. In Amerika wird dieser Aufgabe der Ärzte bis zu einem gewissen Grad in der Ausbildung und Fortbildung bereits Rechnung getragen (Mintz, 1961; Offenkrantz, 1962; Roger, 1964; Littman, 1966), in Österreich fehlt es derzeit noch den meisten praktischen Ärzten an Vorbildung und Inklination zur Suizidprophylaxe (Ringel, 1961; Strotzka und Leitner, 1964).

Zeigt sich die Ärzteschaft, mit ihren vielen anderen Aufgaben, den Anforderungen der Selbstmordverhütung bisher nicht gewachsen, so muß man fragen, ob spezialisierte Einrichtungen diese Aufgabe besser erfüllen könnten. Was war die Rolle dieser Einrichtungen bei unserer Stichprobe? Zur Zeit unserer Untersuchung gab es sowohl in Wien wie auch in Los Angeles eine Stelle für die Betreuung von Lebensmüden. Die Stelle in Los Angeles, das Suicide Prevention Center, war Tag und Nacht erreichbar, die Lebensmüden-

stelle in Wien nur während der Bürostunden. ¹⁾ Warum hatten die Lebensmüden nicht den Weg zu diesen Stellen gefunden? Wie unsere Befragung ergab, hatten 60 % der Informanden aus Los Angeles und 80 % aus Wien nichts von der Existenz dieser Einrichtungen gewußt. Beide Stellen scheuen allzu viel Publizität, da sie mit ihren beschränkten personellen und finanziellen Mitteln nur einem Bruchteil der ihrer Dienste Bedürftigen wirkungsvoll helfen können. Es besteht offensichtlich ein Mangel an geeigneten Einrichtungen sowie an geschultem Personal (Ärzten, Psychotherapeuten und psychiatrische Fürsorge) für die vorbeugende psychohygienische Betreuung der selbstmordgefährdeten Bevölkerung, der in Wien noch größer als in Los Angeles ist.

Die wirksamste Waffe gegen den Freitod sind aber weder Intervention noch Prävention durch Fachleute, so wichtig diese auch sind, sondern der Kampf gegen die tiefeingewurzelten Widerstände seitens der breiten Bevölkerung, sich mit Fragen wie dem Alter, dem Tod, Selbstmord, Sexualproblemen, Geisteskrankheiten und ähnlichen, in unserer Gesellschaft mit Tabu belegten Themen auseinanderzusetzen (Farberow, 1961 und 1963, Ringel, 1961). Nicht Armut oder Unbill der Natur haben die meisten unserer Lebensmüden in den Tod getrieben, sondern die tauben Ohren ihrer Nächsten, die ihren Hilferuf ungehört verhallen ließen.

1) Seit Herbst 1967 gibt es auch in Wien eine jederzeit erreichbare Stelle, die "Telephonseelsorge". Diese Einrichtung, die auch von Lebensmüden in Anspruch genommen wird, wurde durch die katholischen und evangelischen Religionsgemeinschaften gegründet. Die Existenz dieser Stelle dürfte ebenfalls nicht allgemein bekannt sein.

ZUSAMMENFASSUNG

In Wien und in Los Angeles wurden zwischen 1965-67 jeweils 50 konsekutive Fälle von ausgeführtem Selbstmord mittels identischen Erhebungsmethoden untersucht, und die Ergebnisse verglichen. Die Daten wurden durch intensive semi-strukturierte Interviews mit den nächsten Angehörigen gewonnen. Erhoben wurden die äußeren Umstände des Selbstmords, ob Selbstmordabsichten geäußert worden waren, wie die Umwelt auf solche reagiert hatte, die mutmaßlichen Motive und wieweit tatsächlich der Wunsch zu sterben bestanden hatte. Neben den aktuellen Umständen wurden Familienanamnese, Kindheit, Jugend, körperlicher und psychischer Gesundheitszustand, Eheleben, Geselligkeit, Freizeit, berufliche und wirtschaftliche Lage und Wohnverhältnisse erhoben. Für eine Anzahl von Vergleichen standen auch Unterlagen von weiteren 44 Fällen für Los Angeles und 99 Fällen für Wien zur Verfügung, für die aus verschiedenen Gründen nur ein Teil der gesuchten Informationen erhältlich war.

Die gefundenen Unterschiede zwischen den lokalen Stichproben sind zum Teil auf die verschiedenen Alters- und Geschlechtsverteilungen der beiden Grundpopulationen zurückzuführen, vor allem dem Überwiegen älterer Frauen unter den Wiener Lebensmüden; zum andern Teil scheinen jedoch grundlegende Unterschiede bezüglich der Belastungen zu bestehen, die kulturspezifisch sind. Besonders charakteristisch erscheint hier 1.) die stärkere soziale Entfremdung und Isolierung der Wiener, selbst jener, die im Familienverband

leben, 2.) die größere Neigung zum Alkoholabusus in Wien, und 3.) die erhöhte Mobilität und der Druck zu beruflichem Vorwärtskommen bei den Amerikanern.

Drei Probleme, die sich aus dem Material ergaben wurden speziell untersucht, und zwar

1. die Frage, ob die unterschiedlichen Selbstmordraten bei Männern und Frauen vorwiegend biologisch oder sozial bedingt sind. Ein Vergleich der über 60 Jahre alten Selbstmörder mit den Grundpopulationen der beiden Städte ergab, daß der relative Anteil der Frauen am Selbstmord in beiden Städten bedeutend unter dem Wert liegt, der zu erwarten gewesen wäre, wenn beide Geschlechter eine gleich hohe Selbstmordneigung gezeigt hätten. Eine weitere Analyse der Daten diente zur Beantwortung der Frage, ob lokalspezifische Belastungen innerhalb des gleichen Geschlechts unterschiedliche Selbstmordhäufigkeiten bewirken. Dabei wurde festgestellt, daß die Selbstmordneigung der älteren Frauen in beiden Städten gleich hoch ist, obwohl die Wienerinnen im allgemeinen unter bedeutend ungünstigeren Umweltverhältnissen leben als ihre Geschlechtsgenossinnen in Los Angeles. Bei den Männern von Los Angeles liegt hingegen die Selbstmordrate etwas höher als bei den Wienern, was als mögliche höhere Anfälligkeit der Männer für Stress interpretiert wurde.

2. Die Frage, ob die Erschwernis des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Instrumenten tatsächlich zu einem Abnehmen der Selbstmorde führt oder nur ein Ausweichen zu

anderen Mitteln mit sich bringt. Eine Gegenüberstellung der Selbstmordfrequenzen vor und nach der teilweisen Entgiftung des Wiener Stadtgases zeigt ein bedeutend stärkeres Absinken der Selbstmordlethalität als dem langjährigen Trend entsprochen hätte. Die Entgiftung kann daher durchaus als zweckentsprechende Maßnahme angesehen werden.

3. die Frage nach einer wirkungsvolleren Selbstmordprophylaxe. Sowohl in Wien wie auch in Los Angeles wurde gefunden, daß die meisten Lebensmüden ärztliche Hilfe kurz vor der Tat gesucht hatten, ohne daß ihre Depression erkannt und ihnen Hilfe angeboten worden wäre. Die Notwendigkeit einer besseren Schulung der praktischen Ärzte in Methoden der Psychohygiene, für die Ausbildung von mehr Spezialisten zur Betreuung Selbstmordgefährdeter und für größeres Verständnis für die Probleme der Lebensmüden seitens der breiten Bevölkerung wird festgestellt.

SUMMARY

During 1965-67 fifty consecutive cases of completed suicide were investigated in Vienna and Los Angeles by identical methods, and the results compared. Data were obtained by means of intensive semi-structured interviews with the nearest surviving relative. The interview related to the external circumstances of the suicide act, overt and covert warnings given of suicidal intent on the part of the deceased, the reactions of others to such forewarning, presumed motives, and the seriousness of the attempt. Beside the immediate circumstances, family history, childhood and adolescence, physical and mental health, marital adjustment, social and leisure activities, occupational and financial status and housing were investigated. Moreover, for a number of comparisons data from 44 additional suicides from Los Angeles and 99 various from Vienna were available, those being cases where for various reasons partial data only could be secured.

Differences found between the two local samples were in part due to the differing age and sex compositions of the populations from which the samples were drawn, a case in point being the preponderance of elderly female suicides in the Vienna group. In part, however, there seem to exist genuine differences in the sources of stress due to cultural specifics. Particularly pertinent seemed to be (1) the greater alienation and social isolation of the Viennese, found even in those that had been living with their families,

(2) the higher rate of alcohol abuse in Vienna, and (3) the conditions making for greater mobility and the pressures towards occupational advancement in the Los Angeles sample.

Particular consideration was given to three problem areas that suggested themselves from the materials of the study. These were:

(1) The question whether the observed differences in the suicide rates of men and women can be accounted for primarily by biological or by socio-cultural factors. A comparison of the sex composition of suicides aged 60 and above with population figures showed for both cities a much higher incidence of male suicide than would have been expected if both sexes had shown the same proclivity for self-destruction. A further analysis dealt with the question of how varying local conditions affect the suicide rates within the same sex. It was found that suicide rates of older females were identical in both cities, inspite of the more adverse living conditions of the older women in Vienna; but that the men of Los Angeles showed somewhat higher suicide inclination than their Viennese counterparts. These findings were interpreted as possibly indicating a higher susceptibility for environmental stress in the males.

(2) The question of whether increased difficulty of access to lethal instruments will reduce overall suicide frequencies, or will merely effect a shift in methods. A comparison of total suicide rates in Vienna for the period preceding the inception of de-poisoning domestic gas with the period following it, showed a much higher reduction in over-

all suicide figures than could be attributed to the long-range falling trend alone. It was therefore concluded that reducing the lethality of household gas had indeed resulted in a genuine saving of lives.

(3) The question of effective suicide prevention. It was found both in Vienna and Los Angeles that the majority of suicidal subjects had been visiting doctors within a short time before the suicide. Yet none had recognized their depression, nor offered any effective help. The need for improved training for general practitioners in mental health techniques and for the training of specialists in suicide prevention as well as the need for a more enlightened and sympathetic attitude on the part of the general public is discussed.

LITERATUR

- Asuni, T. Suicide in Western Nigeria, Brit. Med.J.S. 1091, 1962
- Ashley-Montague, M.F. The natural superiority of women.
New York: McMillan, 1963.
- Dotzauer, G. et al. Selbstmord und Selbstmordversuch.
In Selbstvernichtung (Herausg.Ch.Zwingmann),
Akademische Verlagsgesellschaft,
Frankfurt a.M., 1965
- Dublin L.I. Suicide. A sociological and statistical study.
New York: Ronald Press Co., 1963
- Durkheim E. Le suicide. Etude de sociologie.
Paris: Alcon, 1897
- Farberow N.L., & Shneidman E.S. (Eds.) The cry for help.
New York: McGraw-Hill, 1961.
- Farberow, N.L. (Herausg.) Taboo topics.
New York: Atherton Press, 1963
- Farberow, N.L. & McEnvoy, T.L. Suicide among patients with
diagnosis of anxiety reaction or depressive
reaction in general medical and surgical
hospitals. J.of abnormal Psychology, 1966,
71 (4), 287-299.
- Farberow, N.L. The psychology of suicide.
International Encyclopedia of the Social
Sciences. New York: Crowell, Collier
& McMillan, 1968.
- Fuchs, H. Selbstmord im Groß-Stadtraum.
Osterr. Statistisches Zentralamt, 42. Heft, 1959
- Hendin, Herbert. Suicide and Scandinavia.
New York: Grune & Stratton, 1964
- Jorde, W. Über die Entgiftung des Wiener Stadtgases.
Osterreichische Gemeindezeitung, 12, 274-277, 1967.
- Litman, R.E. Acutely suicidal patients. Management in general
medical practice. California Medicine,
March 1966, 104, 168-174.
- Peck, M. Suicide and youth.Referat, gehalten am Fresno
State College, 11.März 1967

- Pretzel P.W. The quiet crisis - the suicide of the apparently successful man. Referat, gehalten beim Symposium der California State Psychological Association, San Diego, Jänner 1967.
- Ringel, E. Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Brüder Hollinek, Wien 1961
- Ringel, E. Über Selbstmordversuche von Jugendlichen. In Selbstvernichtung (Herausg. Ch. Zwingmann) Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M. 1965.
- Schneider, P.B. La tentative de suicide, Paris & Neuchatel: Delachaux & Niestle, 1954.
- Shneidman, E.S. & Farberow, N.L. (Eds.) Clues to suicide. New York: McMillan, 1953.
- Stengel, E. Suicide and attempted suicide. Pelican, 1964.
- Strotzka H., & Leitner I. Arbeitszeitanalyse in der ärztlichen Praxis, Wiener med. Wochenschrift, 1964, 114, 421-424.
- Walton H.J. Suicide behavior in depressive illness. J. ment. Sci., 104, 884-891, 1958.
- Wold C.I. Optimism and depression in discarded women. Referat, gehalten beim Symposium der California State Psychological Association, San Diego, Jänner 1967
- Wold, C.I. Evaluating suicidal personality. Referat, gehalten am State College Symposium, San Francisco, Okt. 1967