

Suizidales Verhalten und Suizid : eine Annäherung

Autor(en): **Eichhorn, Martin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **29 (2003)**

Heft 5

PDF erstellt am: **26.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800901>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Suizidales Verhalten und Suizid: Eine Annäherung

Suizidales Verhalten entwickelt sich aus den unterschiedlichsten Lebenssituationen heraus und kann uns alle betreffen. Eine exakte Analyse der Hintergründe ist entscheidend für die Gestaltung von Prävention und Therapie.

MARTIN EICHHORN*

1300 Menschen sterben in der Schweiz jedes Jahr durch Suizid. Hinter jedem Suizid steht ein Schicksal. 1300 Menschen; das bedeutet auch, dass jeder hundertste Schweizer durch eine Selbsttötung stirbt. Bei Alkoholabhängigkeit steigt das Risiko für einen Suizid um etwa das Dreifache, bei Medikamenten- und Drogenabhängigkeit um das Fünf- bis Zehnfache¹. Zu den Suizidversuchen gibt es für die Schweiz keine aktuellen Zahlen. Es darf aber davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Suizidversuche 5 bis 10 mal höher liegt als die der Suizide². Wenn auch noch gelegentlich auftretende Suizidgedanken miteinbezogen werden, sind mehr als die Hälfte aller Menschen mit dem Thema Suizidalität konfrontiert. Und damit auch ihre Familien und die Betreuenden.

* Martin Eichhorn, Dr. med., Oberarzt in der Allgemeinen Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Projektleiter «Erfassung der Suizidversuche in Basel-Stadt im Rahmen des WHO/Euro Projektes». Sekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Krisenintervention und Suizidprophylaxe. Kontakt: martin.eichhorn@pukbasel.ch

Was ist Suizidalität

Suizid – neutral mit Selbsttötung übersetzt – und suizidales Verhalten sind für sich gesehen keine Krankheit. Sie müssen nicht einmal zwingend Zeichen einer Krankheit sein. Suizidversuche und vollendete Suizide können sich aus ganz verschiedenen Lebensgeschichten heraus entwickeln. Suizidalität kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden; dem Medizinischen, dem Religiösen, dem Soziologischen oder dem Psychologischen. Diese verschiedenen Blickwinkel schlagen sich auch in der Umgangssprache nieder. Neben den wertfreien Begriffen wie Suizid oder Selbsttötung werden Begriffe wie «Selbstmord» oder «Freitod» verwendet, die gegensätzliche Wertungen repräsentieren. In diesem Versuch einer Annäherung orientieren wir uns an einem bio-psycho-sozialen Modell, welches die unterschiedlichen Verständnisweisen, die an das Thema heranzuführen, zu integrieren versucht.

Bio-psycho-soziale Hintergründe

Um das Verständnis der Suizidalität zu erhöhen, werden biologische Aspekte in der Form von Resultaten der Genetik einbezogen, auch wenn genetische Faktoren Suizidalität auf keinen Fall umfassend erklären können. Es gibt aber Hinweise, dass Erbfaktoren suizidales Verhalten mit beeinflussen. Bei eineiigen Zwillingen suizidieren sich nach der Selbsttötung des einen Zwilling 10% der hinterbliebenen Zwillinge³. Bei zweieiigen Zwillingen liegt die Wahrscheinlichkeit bei knapp 2%. Im Vergleich dazu hat bei der psychischen Krankheit «Schizophrenie» ein eineiiger Zwilling ein Risiko von 50% an Schizophrenie zu erkranken, wenn sein Zwillingenbruder oder seine Zwillingenschwester unter dieser Krankheit leidet. Man kann einwenden, dass Zwillinge

bei der gleichen Familie aufwachsen und damit gleichen sozialen Faktoren ausgesetzt sind. Gegen diesen Einwand sprechen Adoptionsstudien. In der Bekanntesten finden sich bei Suizidierenden 15 mal mehr Suizide bei den biologischen Verwandten, mit denen sie nicht zusammen lebten, als mit den «sozialen Verwandten», bei denen sie aufwuchsen⁴. In einer der neuesten Studien, die auf sehr gute Grundlagendaten zurückgreifen kann, wird gezeigt, dass Eltern, Kinder und Geschwister von Menschen, die sich das Leben genommen haben, ein zwei Mal höheres Risiko haben, durch Suizid zu sterben, als die Erstgrad-Verwandten in einer Kontrollgruppe. Die Studie zeigt auch, dass neben der familiären Belastung eine frühere psychiatrische Behandlung ein Risiko darstellt⁵.

Weitere Hinweise für biologische Ursachen konnten in Untersuchungen an Gehirnen und in der Liquor-Flüssigkeit von durch Suizid Verstorbenen gefunden werden. Es wurde zum Beispiel nachgewiesen, dass die Konzentrationen von Abbauprodukten des Neurotransmitters Serotonin im Liquor reduziert waren. Die Werte streuen allerdings zwischen einzelnen Menschen so stark, dass sie nicht für eine individuelle Voraussage verwendet werden können⁶.

Soziale Faktoren

Neben den biologischen Einflussvariablen gibt es klare Hinweise für die unterschiedlichsten sozialen Faktoren, die eine Rolle spielen. Gehäuft sind in den Vorgeschichten Beziehungsabbrüche, schwere Familienkonflikte, finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitsplatzprobleme und Wohnortwechsel zu finden. Bei älteren Menschen die sich das Leben nehmen, sind schwere körperliche Erkrankungen und Einsamkeit mitbestimmende Faktoren^{7/8}.

Ein eindrückliches Beispiel für das Zusammenspiel von medizinischen und sozialen Faktoren spiegelt sich im massiven Anstieg der Suizide bei jungen Männern in den 90er-Jahren in der früheren Sowjetunion, nach deren Zusammenbruch. Die Gründe hierfür sind komplex. Die massive soziale Umbruchsituation spielte eine grosse Rolle. Gleichzeitig fand sich neben der Erhöhung der Suizidrate auch eine massive Zunahme des Alkoholkonsums. Diese wiederum hängt einerseits mit der sozialen Umbruchsituation zusammen und beeinflusst andererseits die Suizidrate⁹.

Psychische Faktoren

Welcher Zusammenhang besteht neben den Abhängigkeitserkrankungen zwischen psychiatrischen Krankheiten und suizidalem Verhalten? Psychiatrische Krankheiten sind der wichtigste Risikofaktor für einen Suizid und somit auch für die Frage der Prävention von zentraler Bedeutung.

Psychiatrische Störungen werden in ca. 90% aller Menschen, die sich suizidieren, gefunden. In deutlich mehr als der Hälfte aller Suizide werden in der Vorgeschichte Depressionen nachgewiesen. Depressionen finden sich somit bei Suiziden am häufigsten. Alkoholabhängigkeit spielt bei etwa einem Fünftel aller Suizide eine Rolle und in 10% liegt eine Schizophrenie vor. Von den einzelnen Krankheiten aus betrachtet muss mit folgenden Suizidrisiken gerechnet werden. Bei Depressionen, die stationär behandelt werden mussten, liegt das Risiko bei ca. 15%. Und etwa 10% der Schizophreniekranken sterben im Krankheitsverlauf durch Suizid. Ein grosser Risikofaktor für einen späteren Suizid stellt ein Suizidversuch in der Vorgeschichte dar. Etwa 50% der Menschen die sich suizidieren, haben in ihrer Vorgeschichte einen Suizidversuch unternommen. Allerdings bleibt es bei 80% der Suizidversuche bei nur einem Versuch.

Die suizidale Krise

Es kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Lebenskrisen, gleich ob auf dem Boden einer schwierigen sozialen Situation, einer körperlichen oder psychischen Krankheit stehend, mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen. Vielleicht ist der Begriff der Krise für das Verständnis von Suizidalität auch geeigneter als der Begriff der psychischen Krankheit.

Nach Caplan¹⁰ und Cullberg¹¹ lässt sich eine Krise so umschreiben: Es handelt sich um den Verlust des seelischen Gleichgewichtes, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.

Ringel hat 1953 in Wien knapp 800 Personen nach Suizidversuchen interviewt und bei fast allen Befragten einen Verlauf vor dem Suizidversuch gefunden, den er als präsuizidales Syndrom beschrieben hat¹². Dieses zeigt sich in drei aufeinanderfolgenden Phasen:

In der Einengung (Phase 1) wird die Flexibilität des Menschen geringer. Er ist in seinen persönlichen Möglichkeiten eingeengt. Er entwickelt auch ein Gefühl von Einengung, das dazu führen kann, dass er ein ängstliches und vermeidendes Verhalten entwickelt. Er zieht sich aus zwischenmenschlichen Beziehungen zurück und konzentriert sich auf wenige Kontakte. Die Verhaltensweisen werden zunehmend den Situation unangepasst. Nach Ringel zeigen

die Personen eine zurückgehaltene, gehemmte Aggression (Phase 2). Am Ende dieser Entwicklung kommt es zu Selbsttötungsphantasien (Phase 3). Diese zeigen sich auch durch eine Flucht in eine Scheinwelt. Der Betroffene sieht sich schon als tot, kann sich aber auch im Stadium des Todseins als lebendig vorstellen. Es ist ein Alarmsignal, wenn Selbsttötungsphantasien von den Betroffenen aktiv in Gang gesetzt werden. Gefährlicher wird es, wenn sich die Selbsttötungsphantasien dem Betroffenen regelrecht aufdrängen.

Walter Pöldinger hat 1968 die Entwicklung vor einer suizidalen Handlung mit den drei Phasen Erwägung – Abwägung – Entschluss charakterisiert¹³. In der Erwägung wird ein Suizid als mögliche Problemlösung in Betracht gezogen. Bei der Abwägung kämpfen selbsterhaltende Kräfte gegen selbstzerstörerische Kräfte. Nach dem gefassten Entschluss falle der Umgebung die grosse Ruhe und Ausgeglichenheit auf. Dies kann zum falschen Schluss führen, dass die Krise vorbei ist.

Thomas Bronisch macht darauf aufmerksam, dass diese Modelle eine abgewogene Entscheidungsfindung suggerieren könnten. Dass ein Suizid oder Suizidversuch auch den Charakter einer Impulshandlung haben kann, werde vernachlässigt¹⁴. Er zitiert eine Studie, die aufzeigte, dass von 500 Suizidversuchen nur 4% sorgfältig geplant waren¹⁵.

Umgang mit Suizidalität

Die Modelle von Ringel und Pöldinger dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Suizidalität im letzten Arztkontakt vor einem Suizid nur in etwa einem Fünftel der Gespräche angesprochen wurde¹⁶. In einer Untersuchung bei Hausärzten/innen wurde gezeigt, dass die Diagnose Depression



zwar häufig gestellt, dem Thema Suizidalität aber tendenziell ausgewichen wurde¹⁷. Konrad Michel unterstreicht in seinem zweiteiligen Werk «Der Arzt und der suizidale Patient»^{18/19} die Wichtigkeit, dem Thema Suizidalität im Gespräch Raum zu lassen. Suizidale Menschen sind sehr wohl in der Lage, ihre Geschichte, die zur Suizidalität geführt hat, zu erzählen²⁰. Er zitiert eine häufige Antwort von suizidalen PatientInnen auf die Frage, was nötig gewesen wäre, damit sie über ihre Suizidalität hätten sprechen können: Es hätte jemanden gebraucht, der zuhören kann und nicht Angst vor einem Gespräch über Suizidgedanken hat. Das alte Vorurteil, dass ein Gespräch über Suizid, den Suizid begünstigen könnte, ist unbegründet. Was es jedoch braucht, ist das Angebot einer anschließenden konstanten Beziehung. Neben dem Ansprechen von Suizidgedanken ist es von zentraler Bedeutung eine psychiatrische Krankheit zu erkennen und zu behandeln.

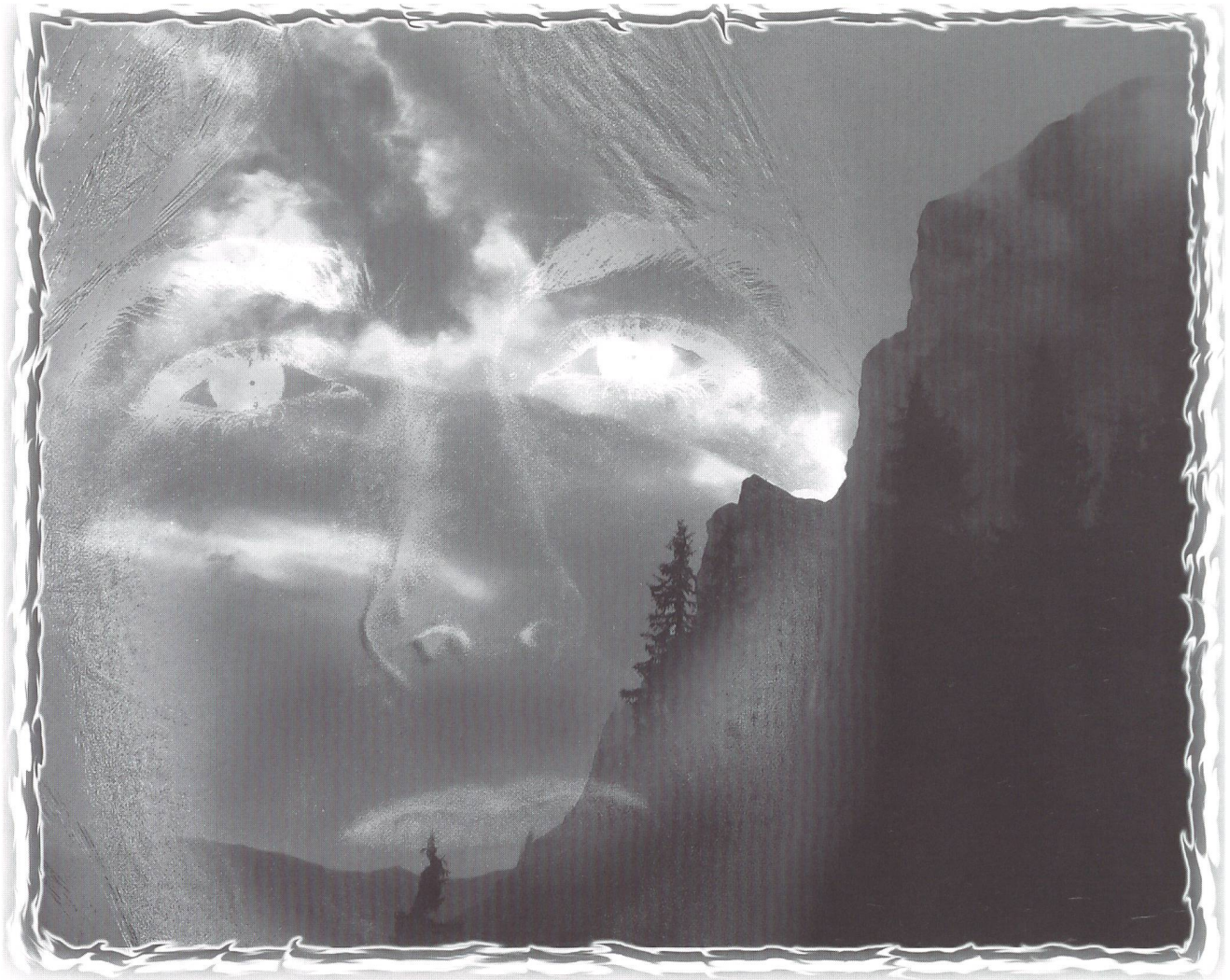
Probleme der Forschung

Die zuvor angedeutete kontroverse Sichtweise der suizidalen Entwicklung leitet über auf die Probleme in der Forschung über Suizid und suizidales Verhalten. Studien lassen sich häufig nicht untereinander vergleichen. Die unterschiedlichen Definitionen verunmöglichen nicht selten Daten zusammenzuführen. Häufig sind die Fallzahlen zu gering, um statistisch klare Aussagen zu den Fragestellungen zulassen zu können. Als Beispiel sei die Suizidforschung erwähnt, die sich mit den Auswirkungen auf die Familie befasst. Häufig wird hier nicht einmal zwischen nahen und fernen Verwandten unterschieden. Auch werden Suizide und Suizidversuche verschiedentlich in einen Topf geworfen. Bei Forschungsarbeiten, in denen der Imitationsaspekt im Vordergrund steht – eine soziologische, nicht biologische Fragestellung –, werden zum Teil Freunde und Verwandte als eine Gruppe behandelt.

Es ist deswegen wichtig auch auf die Sichtweise zu achten, aus der heraus Untersuchungen durchgeführt werden. Bei der Suizidversuchsforschung wird es noch schwieriger. Einerseits steigen hier die Fallzahlen, was Aussagen erleichtern sollte. Andererseits wird die Gruppe noch inhomogener. Es gibt verschiedene Definitionen des Suizidversuches²¹. Die Grenze zwischen selbstschädigendem Verhalten und suizidalem Verhalten lässt sich in der Praxis nicht immer klar ziehen. Aber auch wenn Suizidversuchsdefinitionen (z.B. diejenigen der WHO) bestehen, stellt sich weiterhin die Frage, ob man schwere, beinahe tödliche Suizidversuche mit Suizidversuchen mit klar appellativem Charakter vergleichen darf.

Zahlen zum Suizid

Auch wenn wir uns nicht forschend mit dem Thema des suizidalen Verhaltens beschäftigen, werden wir mit Zahlen zu diesem Thema beliefert, mit denen



wir informiert, aber auch manipuliert werden können. Wir möchten auf drei häufig gebrauchte Zugänge zu den Suiziddaten hinweisen. Einerseits gibt es die eingangs bereits erwähnten absoluten Zahlen. 1999 nahmen sich knapp 1300 Menschen das Leben. Die Sterbeziffern geben die Zahl der Personen pro hunderttausend Einwohner an, die sich in einem Jahr suizidiert haben. Hier fallen auch die grossen Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf. 1999 nahmen sich 24,9 von 100 000 Männern und 8,6 von 100 000 Frauen das Leben. Als dritten Aspekt muss man auch berücksichtigen, welchen Prozentsatz diese Zahl in Bezug auf alle Todesursachen in einer Altersgruppe ausmacht. So sind die 111 Selbsttötungen bei den Frauen in der Altersgruppe von 15 bis 44 die zweithäufigste Todesursache nach den Krebskrankheiten. Bei den 202 Suiziden bei den 65- bis 84-jährigen Männern erscheint die Problematik angesichts der 6000 Toten durch Kreislauferkrankung

und 5000 Toten durch Krebserkrankungen in einem anderen Licht.

Prävention

Die Tatsache, dass sich Suizid und suizidales Verhalten aus ganz unterschiedlichen Geschichten heraus entwickeln, lässt erahnen, dass die Prävention suizidalen Verhaltens eine schwierige Aufgabe ist. In einer neueren Übersichtsarbeit wird gezeigt, wie schwierig es ist, den Nutzen von Präventionsprogrammen nachzuweisen²². Cuijpers unterscheidet zwischen drei Zielgruppen, an die sich diese Präventionsprogramme wenden können:

- die gesamte Bevölkerung (universal prevention),
- Gruppen, die ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Störung haben (selective prevention) und
- Menschen, die bereits Symptome einer psychischen Störung, aber noch nicht das Vollbild entwickelt haben (indicated prevention).

Programme für die dritte Zielgruppe entsprechen Frühinterventionsprogrammen. Die Möglichkeit, Wirkungen von Präventionsprogrammen an die gesamte Bevölkerung statistisch nachzuweisen, ist praktisch gesehen unmöglich. Bei der Verhütung von Suizidalität kommt hinzu, dass die verschiedenen Hintergründe für suizidales Verhalten die Präventionsmassnahmen zusätzlich erschweren. Althaus und Hegel haben in ihrer Arbeit von 2001 suizidpräventive Massnahmen im Hinblick auf das Nürnberger Bündnis gegen Depression (siehe Artikel in dieser Ausgabe) evaluiert²³. Auch sie machten auf die Schwierigkeiten des Wirkungsnachweises aufmerksam. Sie schlossen, dass für eine effektive Suizidprävention die Kombination von Strategien zur Erfassung von Hochrisikosituationen als auch bevölkerungsbezogene Strategien zur Schaffung eines Problembewusstseins Erfolg versprechend sein könnten. Am berühmtesten ist sicherlich die schwedische

Gotlandstudie, die von Wolfgang Rutz durchgeführt wurde²⁴. Hier konnte gezeigt werden, dass eine Reduktion der Suizidhäufigkeit durch eine gezielte Schulung der Hausärzte/-innen im Hinblick auf Erkennen und Behandeln von Depressionen möglich war. Allerdings gingen diese Effekte nach Auslaufen des Programms wieder zurück. Als zweiten wichtigen Punkt hat Wolfgang Rutz selbst hervorgehoben, dass Männer von diesen Massnahmen praktisch nicht profitiert haben, weil sie viel seltener Hilfsangebote aufsuchen. Die Studie zeigt, dass Präventionsmassnahmen nützen, die sich an Risikogruppen wenden. Sie zeigt aber auch, wie wichtig die Nachhaltigkeit dieser Massnahmen ist, beziehungsweise wie schnell der Nutzen schwindet, wenn die Massnahmen nicht weitergeführt werden.

Zusammenfassung

In dieser Annäherung wurde versucht, verschiedene Facetten von Suizid und suizidalem Verhalten aufzuzeigen. Das Ziel konnte nicht sein, ein stringentes, leicht nachvollziehbares Bild zu entwerfen, es sollte auf die Vielschichtigkeit und die damit verbundenen Probleme bei der Erforschung, Behandlung und Prävention von Suizidalität hingewiesen werden. Auch wenn die Möglichkeit eines Bilanzsuizides aus freiem Willen in der Theorie existiert, muss ganz deutlich darauf hingewiesen werden, dass sowohl ein Suizid wie auch suizidales Verhalten in der Praxis immer einen Ausdruck grossen menschlichen Leidens darstellt. Jean Améry äusserte sich bezüglich des Suizides sinngemäss so, dass er noch «frei» sei im Schraubstock der Zwänge²⁵. Ein eindrückliches Bild dafür, dass Suizidalität im Sinne der Salutogenese einen Menschen in einer Krisensituation das Gefühl des Noch-handeln-

Könnens geben kann, ihm im Extremfall – so paradox dies klingen mag – das Leben retten könnte. Andererseits muss das Ziel jeder Behandlung sein, den Schraubstock der Zwänge zu lockern, damit dem Individuum wieder Perspektiven ermöglicht werden. Und die Behandlung muss biologische, psychologische und soziale Aspekte mitberücksichtigen. ■

Weiterführende Literatur:

- **Thomas Bronisch, 1999:** Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. C.H. Beck Wissen. (Kurze kompetente Einführung in die Thematik)
- **S. K. Goldsmith u.a. (Hrg), 2002:** Reducing suicide: a national imperative. National Academy Press. (Umfassende Annäherung an das Thema aus amerikanischer Sichtweise)
- **Kay Redfield Jamison, 2000:** Wenn es dunkel wird. Siedler. 2000. (Das Buch liefert umfassende Hinweise auf Primärliteratur. Das Buch verliert durch die konsequenten Gebrauch des obsoleten Begriffs des Selbstmords)
- **Asmus Finzen, 1997:** Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Psychiatrie-Verlag. (Deutschsprachiges Standardwerk für das Thema Suizid und psychiatrische Behandlung)

Fussnoten

- 1 Schmidtke A, Wienacker B, S F. Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. Nervenheilkunde 1996; 15: 496-506
- 2 Michel K, Knecht C, Kohler I, Sturzenegger M. Suizidversuche in der Agglomeration Bern. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1991; 121: 1133-1139
- 3 Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 29-32
- 4 Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH. A family study of suicide, In Schon, M, Stromgren E. Origin, Prevention and treatment of affek-

tiv disorders, New York. Academic Press: 1979, p. 277-287

- 5 Runeson B, Asberg M. Family History of Suicide Among Suicide Victims. Am J Psychiatry 2003; 160(8): 1525-1526
- 6 Brunner J, Bronisch T. Neurobiologische Korrelate suizidalen Verhaltens. Fortschr. Neurol. Psychiat. 1999; 67: 391-412
- 7 Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. Suicide Life Threat Behav 2000; 30(2): 163-76
- 8 Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. Suicide Life Threat Behav 2000; 30(2): 145-62.
- 9 Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. Lancet 2001; 357(9260): 917-21.
- 10 Caplan G. Principles of preventive psychiatry, Basic Books, New York, London. 1964
- 11 Cullberg J. Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis 1978; 5: 25-3
- 12 Ringel E. Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung, Klotz, Eschborn. 1953/1999
- 13 Pöldinger W. Die Abschätzung der Suizidalität, Hans Huber. 1968
- 14 Bronisch T. Der Suizid, C.H. Beck, München. 1999
- 15 Ettlinger RW. Attempted suicide. Acta Psychiatr. Scand. 1955; Suppl. 103: 5-29
- 16 Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? Am J Psychiatry 1995; 152(6): 919-22
- 17 Stoppe G, Sandholzer H, Huppertz C, Duwe H, Staedt J. Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. J Affect Disord 1999; 54(1-2): 193-8.
- 18 Michel K. Der Arzt und der suizidale Patient; Teil 1: Grundsätzliche Aspekte. Schweiz Med Forum 2002; 29/30: 704-707
- 19 Michel K. Der Arzt und der suizidale Patient; Teil 2: Grundsätzliche Aspekte. Schweiz Med Forum 2002; 31: 730-734
- 20 Michel K, Dey P, Valach L. Suicide as goal-directed action, In van Heeringen, K. Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research and treatment, Chichester. Wiley and Sons: 2001
- 21 Kidd SA. The need for improved operational definition of suicide attempts: illustrations from the case of street youth. Death Stud 2003; 27(5): 449-55.
- 22 Cuijpers P. Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. Am J Psychiatry 2003; 160(8): 1385-91.
- 23 Althaus D, Hegerl U. Evaluation suizidpräventiver Massnahmen. Nervenarzt 2001; 72(9): 677-8
- 24 Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. J Affect Disord 2001; 62(1-2): 123-9.
- 25 Améry J. Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod, Klett-Cotta, 2001.