

AMBULANTE NACHSORGE NACH SUICIDVERSUCHEN -
ERSTE ERGEBNISSE EINER EXPERIMENTELLEN STUDIE

Torhorst A., Möller H.J., Bürk F., Kurz A.,
Wächtler C., Lauter H
Psychiatrische Klinik und Poliklinik der
Technischen Universität München

Im Bereich der Suicidologie besteht Übereinkunft, daß Patienten nach einem Suicidversuch eine Nachbetreuung benötigen. Das Vorliegen eines Suicidversuchs hat sich in der bisherigen Literatur als das verlässlichste Kriterium hinsichtlich erneuten suicidalen Verhaltens erwiesen (Bürk 1982). Allerdings sind die Ergebnisse bisheriger Studien über die Effektivität einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Nachbetreuung durchaus nicht einheitlich, u.a. aus methodischen Gründen ließ sich ein positiver Behandlungseffekt nicht eindeutig nachweisen (Übersicht bei Kurz und Möller 1982).

Schließt man sich der Meinung an, daß eine Nachbetreuung von Patienten nach einem Suicidversuch notwendig und erfolgversprechend ist, so muß zunächst gewährleistet sein, daß die Patienten ein solches Angebot annehmen. Es zeigt sich, daß die Bereitschaft der Patienten sehr gering ist. So nehmen Patienten eine ambulante Nachbetreuung außerhalb der erstversorgenden Einrichtung z.B. nur in 34 % (Hankoff 1979) wahr.

Es zeigt sich, daß einfache Motivierungsstrategien wie z.B. die Vereinbarung eines festen Termins bei einer nachbetreuenden Institution die Inanspruchnahme auf z.B. 62 % (Möller und Geiger 1981) steigern kann. An anderer Stelle (Möller e.a. i.Druck) wurde ein diesbezügliches Resultat der vorliegenden Untersuchung berichtet: Wird ein Therapeutenwechsel vermieden, findet die (ambulante) Nachbetreuung bei dem erstbetreuenden Psychiater statt, so kann die Inanspruchnahme bei entsprechend geeigneten Patienten von 53 % (mit Wechsel des Therapeuten) auf

75 % gesteigert werden. Dies gilt für die Inanspruchnahme eines ersten ambulanten, nachstationären Termins. Ebenso kann durch Identität von Erstbetreuer und Nachbetreuer die Inanspruchnahme von 4 und mehr Stunden von 27 % auf 54 % gesteigert werden.

In der vorliegenden Untersuchung wird geprüft, wie sich der Verlauf von Patienten nach einem Suicidversuch in Abhängigkeit von der tatsächlich in Anspruch genommenen Nachbetreuung verändert. Außerdem wird geprüft, inwieweit Inanspruchnahme und Effekt der ambulanten Nachbetreuung abhängig ist von Patientencharakteristika.

Methodik:

Ausgangsstichprobe waren alle 485 Patienten, die im Jahre 1981 in der Toxikologischen Abteilung des Klinikums re. d. Isar München nach einem Suicidversuch durch Intoxikation erstversorgt wurden (zur Charakterisierung der Gesamtstichprobe siehe auch Torhorst et al. 1984). Einschlusskriterium war die Feststellung einer parasuicidalen Handlung nach Kreitman (1977). Die Patienten wurden zufällig einem der 4 im Rahmen des psychiatrischen Liaisondienstes (Lauter 1982) tätigen Ärzte in psychiatrischer Weiterbildung zugeteilt.

Bei 247 Patienten der Gesamtstichprobe erschien eine ambulante Nachbetreuung in München möglich. Die anderen 238 Patienten - Patienten mit einer Psychose; Patienten mit schwereren nichtpsychotischen Störungen, die eine stationäre psychiatrische Behandlung zu benötigen schienen; Ausländer ohne ausreichende Deutschkenntnisse; Patienten, die außerhalb des S-Bahnbereichs Münchens wohnten, für die eine Nachbetreuung in München unmöglich bzw. eine unzumutbare Belastung gewesen wäre; Patienten, die bereits in kontinuierlicher psychotherapeutischer Behandlung waren; Patienten mit einer Medikamenten- oder Drogenintoxikation im Rahmen einer vorbestehenden Abhängigkeit ohne (para)-suicidale Intention - wurden aus der Studie ausgeschlossen.

21 Patienten schienen hinsichtlich ihrer Ichstärke und ihres Selbsthilfepotentials so ausreichend stabil, daß eine Nachbetreuung nicht erforderlich schien.

Von den verbleibenden 226 Patienten, die für die hier dargestellte Untersuchung die Ausgangsstichprobe darstellten (= 100 %), waren 38 % Männer und 62 % Frauen. 15 % der Stichprobe war jünger als 18 Jahre. 15 % waren geschieden. 23 % lebten allein. 27 % waren zumindest vorübergehend im Jahr vor dem Indexsuicidversuch arbeitslos. Eine Neurose (ICD 9. Revision) wurde in 30 % diagnostiziert, in 28 % lag ein Mißbrauch von Alkohol bzw. Medikamenten oder Drogen als Zweitdiagnose vor. Frühere Suicidversuche hatten 15 % dieser Stichprobe verübt. Insgesamt wuchsen 40 % der Patienten in inkompletten Familien auf.

Bei diesen Patienten kamen 3 verschiedene Nachsorgestrategien zur Anwendung:

- 1.) "Routineversorgung" (N = 85).
Zeitlich anschließend kontrollierte Studie, randomisierte Zuteilung zu
- 2.) Kontrollgruppe: "Externe Nachbetreuung" (N = 73)
- 3.) Experimentalgruppe: "Interne Nachbetreuung" (N = 68).

Die Patienten der "Routineversorgung" wurden entsprechend der bisher im Rahmen des psychiatrischen Liaisondienstes üblichen Betreuung nach Abschluß der Diagnostik in eine klinikexterne ambulante Nachbetreuung z.B. zu niedergelassenen Nervenärzten, Psychotherapeuten, Beratungsstellen vermittelt. Die Patienten vereinbarten einen ersten Termin dort, teilten diesen dem Untersucher mit und wurden ohne weitere Motivierung oder Kontrolle der Inanspruchnahme nach Hause entlassen.

Die verbleibenden 141 Patienten wurden in die experimentelle Studie im engeren Sinne einbezogen, bei der es um die Überprüfung der Inanspruchnahme und der Effektivität der Nachbetreuung ging. Intervenierende Variablen waren

- 1.) Motivierungsarbeit;
- 2.) Kontinuität des Behandlers.

Mit diesen 141 Patienten wurde nach dem Erstgespräch ein weiteres Gespräch geführt, das allein der Motivierung zu Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuung diente.*

Nahm ein Patient dieser beiden Gruppen den vereinbarten ersten ambulanten Termin nicht wahr, so wurde er telefonisch oder schriftlich kontaktiert. Der Erstuntersucher drückte seine Sorge aus und bat um die Vereinbarung eines neuen ambulanten Termines.

Die Patienten der Kontrollgruppe wurden in eine klinikexterne nachbetreuende Einrichtung, in aller Regel die "Arche" - einer Modelleinrichtung zur Betreuung Suicidaler in München (Lehmann 1982) - vermittelt.

Die Patienten der Experimentalgruppe erhielten das Angebot, eine ambulante Nachbetreuung von 12 Stunden einmal pro Woche bei dem Therapeuten wahrzunehmen, mit dem sie schon während des stationären Aufenthaltes gesprochen hatten.

Bei diesem Angebot handelte es sich um psychotherapeutisch orientierte Gespräche, die der entsprechende Behandler gemäß seinem Ausbildungsstand und seiner Erfahrung führte.

Katamnese. Nach einem Jahr wurde eine persönliche Untersuchung durch den Erstuntersucher geführt. In den Gruppen 1 und 2 war die Information über mehr als 90 % vorhanden, bei Gruppe 3 waren über alle Patienten zumindest fremdanamnestic Angaben verfügbar.

Verlaufs-kriterien. Zur Beurteilung der Veränderung des psychosozialen Zustandes während eines Jahres nach dem Indexsuicidversuch wurden 5 Kriterien gewählt, die zum Zeitpunkt des Indexsuicidversuchs sowie bei Katamnese identisch erhoben wurden.* Bei dieser Art des Vorgehens war wesentlich die Veränderung der Merkmals-häufigkeit pro Patient im Katamnesezeitraum im Vergleich zum gleichen Zeitraum vor dem Index-SCV. Hierdurch ist eine Veränderung des Zustands bezogen auf die

* Dabei wurde u.a. die Information aus einem selbstkonstruierten Fragebogen zur Motivation (MPNP-S) zugrunde gelegt.

untersuchten Merkmale möglich, des weiteren kann der Einfluß der invenierenden Variable "ambulante Nachbetreuung" bezogen auf diese Merkmale untersucht werden.

Im Einzelnen wurden folgende 5 Faktoren gewählt:

- 1.) Suicidversuch in der Vorgeschichte (bei Indexsuicidversuch) bzw. Suicidversuch bzw. Tod durch Suicid im Katamnesezeitraum.
- 2.) Psychische/soziale Störung als Fremdbeurteilung mittels der 100 Punkte umfassenden Global Assessment Scale (GAS; Spitzer und Endicott 1976); als cut-off-point wurde der Scorewert von 60 gewählt. In der Operationalisierung werden Patienten, die einen Scorewert von 61-100 haben, als Patienten charakterisiert, die ein Laie für nicht krank erachten würde.
- 3.) Mißbrauch / Sucht von Suchtstoffen aller Art, Fremdbeurteilung auf der 9 Punkte umfassenden Drug-Taking-Evaluation-Scale (DTES; Holsten e.a. 1980).
- 4.) Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung) länger als eine Woche innerhalb von 12 Monaten vor dem jeweiligen Meßzeitpunkt.
- 5.) Zeiten von Arbeitslosigkeit länger als ein Monat innerhalb von 12 Monaten vor dem jeweiligen Meßzeitpunkt.

Die Patienten wurden in 2 Gruppen zusammengefaßt und gegenübergestellt:

1. Patienten, die 0-2 Belastungsfaktoren (= geringe Belastung),
2. Patienten, die 3-5 Belastungsfaktoren (= hohe Belastung)

* Es wurden die im Wesentlichen "harten" Daten gewählt, die zur Beurteilung des Zustands bei Katamnese relevant schienen. Verzichtet wurde auf "Suizidgedanken, Suizidabsichten", nähere Charakterisierung von evtl. erneutem parasuizidalem Verhalten, Wohnungs- und Wohnortwechsel, Schulden, Beziehen von Sozialhilfe. Von den Fremdbeurteilungsinstrumenten wurde verzichtet auf die umfangreichen Skalen "Life Events", "IMPS", "SAS-F", Die Selbstbeurteilungsskalen wie FPI-A, "SAS", "D-S", "TV-S" werden später an anderer Stelle referiert werden.

zum Zeitpunkt des Indexsuicidversuchs aufwiesen. Die 5 unterschiedlichen Merkmale wurden gleichgewichtet kombiniert. Es sei darauf hingewiesen, daß Ziel der Untersuchung in der vorliegenden Arbeit nicht die Testung von prädiktiv bedeutsamen Faktoren war. Die Merkmale, die jedes für sich eine definierte Belastung in verschiedenen Bereichen für den Patienten darstellten, wurden ausgewählt, weil sie beim Indexsuicidversuch und bei Katamnese identisch erhoben werden konnten und bezogen auf diese Merkmale eine Entwicklung im Verlauf untersucht werden konnte.

Die Verteilungsunterschiede der Resultate wurden mittels Chi^2 -Test bei zweiseitiger Testung errechnet.

Ergebnisse:

1.) Verlauf ein Jahr nach Indexsuicidversuch.

Von den 226 Patienten verübten 24 Patienten einen erneuten Suicidversuch, 6 Patienten starben durch Suicid (Tabelle 1). Über 6 % fehlten die entsprechenden Angaben.

Abhängig von der Nachbetreuungsstrategie zeigten die Patienten der Kontrollgruppe (mit Wechsel des Therapeuten, mit zusätzlicher Motivierung) mit 5 % erneutem suicidalem Verhalten die geringste Rückfallhäufigkeit, die Patienten der Experimentalgruppe mit 18 % die höchste. Dieser Unterschied ist nicht signifikant bei zweiseitiger Testung im Chi^2 -Test.

Beschreibt man die Patienten mit den genannten Belastungsmerkmalen, so sind 65 % zum Zeitpunkt des Indexsuicidversuchs mit keinem bis max. 2 solcher Merkmale beschrieben, 35 % mit 3-5 Belastungsfaktoren. Zeigen die gering belasteten Patienten eine mit 16 % geringe Tendenz zum Übergang in die Gruppe der stärker Belasteten, so ergibt sich mit 47 % Übergang in die Gruppe der gering Belasteten für die zum Zeitpunkt des Indexsuicidversuchs stark Belasteten ein wesentlich schlechterer Verlauf (Tab. 2).

Tab. 1 VERLAUF innerhalb eines Jahres nach Index-SCV:

Häufigkeit erneuten suizidalen Verhaltens innerhalb der Gruppen mit unterschiedlicher Nachsorgestrategie

Nachsorgestrategie	Re-SCV /		Suizid im Katamnesezeitraum	
	ja	nein	MD*	
N 226	30	182	14	
% 100	13	81	6	
=====				
Routine N 85	14	65	6	1. 2.
% 38	16	76	7	
Kontrolle N 73	4	64	5	
% 32	5	88	7	
Experimental N 68	12	53	3	
% 30	18	78	4	

	1.	2.
Chi ² :	5.363	6.169
df :	2	4
p :	0.1	n.s.

*MD: Missing data

Abhängig von der Nachbetreuungsstrategie verändert sich der Zustand der gering Belasteten in ähnlicher Richtung, der Verlauf bei den zum Zeitpunkt des Indexsuizidversuchs stärker Belasteten ist zwischen den Gruppen deutlich unterschiedlich: Bei den routinemäßig Vermittelten verbleibt ein hoher Prozentsatz in der Gruppe der stark Belasteten. Ein hochsignifikanter Unterschied besteht zwischen dem Verlauf bei den stark Belasteten der Kontrollgruppe

Tab. 2: VERLAUF innerhalb eines Jahres nach Index-SCV:
Veränderung der Anzahl von Belastungsfaktoren* pro
Patient im Vergleich Index-SCV / Katamnese innerhalb
der Gruppen mit unterschiedlicher Nachsorgestrategie

Index-SCV	Nachsorge- strategie	Anzahl	Belastungsf.	Katamnese		Belastungsfaktoren MD
				0-2	3-5	
N 226 % 100	0-2	N 148	188	23	7	
		% 65	78	16	6	
	3-5	N 78	37	36	5	
		% 35	47	46	7	
Routine N 85	0-2	N 61	50	7	4	
		% 72	82	11	7	
	3-5	N 24	7	15	2	
		% 28	29	63	8	
Kontrolle N 73	0-2	N 48	38	8	2	
		% 66	79	17	4	
	3-5	N 25	17	5	3	
		% 34	68	20	12	
Experi- mental N 68	0-2	N 39	30	8	1	
		% 57	77	21	2	
	3-5	N 29	13	16	0	1.
		% 43	45	55	0	2.

* Belastungsfaktoren s. Methodik

	1.	2.
Chi ² :	20.309	44.5
df:	6	10
p:	< 0.01	< 0.001

Tab. 3: VERLAUF innerhalb eines Jahres nach Index-SCV:
Zusammenhang erneuten suizidalen Verhaltens mit
Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuung

Nachsorge- strategie	Anzahl Sitzungen	Re-SCV/Suizid im Katamnesezeitraum		
		ja	nein	MD
N 226 % 100		27 12	181 80	18 8
Routine N 85	0-3 N 65 % 76	10 15	47 72	8 12
	4- N 20 % 24	3 15	17 85	0 0
Kon- trolle N 73	0-3 N 53 % 73	1 2	46 87	6 11
	4- N 20 % 27	2 10	18 90	0 0
Experi- mental N 68	0-3 N 32 % 47	3 9	25 78	4 13
	4- N 36 % 53	8 22	28 78	0 0

1.

2.

Chi ² :	15.988	27.852
df:	6	10
p:	<0.025	<0.01

Tab. 4: VERLAUF innerhalb eines Jahres nach Index-SCV:
Veränderung der Anzahl von Belastungsfaktoren*
pro Patient (im Vergleich Index-SCV/Katamnese)
in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme ambulanter
Nachbetreuung

Index-SCV			Katamnese		
Nachsorge- strategie	Anzahl Belastun- gen	Anzahl ambulanter Sitzungen	Anzahl 0-2	Belastungsfaktoren 3-5	MD
N 226 % 100			155 69	60 27	12 5
Routine N=85	0-2 N 61 % 72	0-3 N 44 % 72 4- N 17 % 28	36 82 14 82	4 9 3 18	4 9
	3-5 N 24 % 28	0-3 N 18 % 75 4- N 6 % 25	5 28 2 33	11 61 4 67	2 11
Kontrolle N=73	0-2 N 48 % 66	0-3 N 36 % 76 4- N 12 % 24	28 78 10 83	6 17 2 17	2 5
	3-5 N 25 % 34	0-3 N 17 % 68 4- N 8 % 32	10 59 7 88	4 24 1 12	3 18
Experimen- tal N=68	0-2 N 39 % 57	0-3 N 17 % 44 4- N 22 % 56	14 82 16 73	2 12 6 27	1 6
	3-5 N 29 % 43	0-3 N 18 % 62 4- N 11 % 38	9 50 4 36	9 50 7 64	1. 2.

* Belastungsfaktoren s. Methodik

Chi ² :	1. 28.686	2. 54.715
df:	14	22
p:	< 0.025	< 0.001

und der Experimentalgruppe: Während 45 % der Experimentalgruppe bei Katamnese in der Gruppe der gering Belasteten sind, sind es mit 68 % der Kontrollgruppe wesentlich mehr.

Man kann also sagen, daß hinsichtlich erneuten suicidalen Verhaltens sowie der Veränderung von Belastungsfaktoren die Patienten der Kontrollgruppe einen besseren Verlauf zeigen als die der Experimentalgruppe. Es bleibt zu untersuchen, ob es sich bei diesem unterschiedlichen Verlauf um einen Spontanverlauf handelt oder ob dieser unterschiedliche Verlauf abhängig ist von der tatsächlichen Inanspruchnahme der angebotenen Nachbetreuung.

2.) Zusammenhang zwischen Verlauf und Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuung.

Eingangs wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Inanspruchnahme der ambulanten Nachbetreuung bei Konstanz des Therapeuten wesentlich erhöht werden konnte gegenüber Patienten, bei denen die Vermittlung in eine externe Nachbetreuung mit einem Wechsel des Therapeuten verbunden war. In Abhängigkeit von der Nachbetreuungsstrategie zeigt sich bezogen auf das Kriterium erneutes suicidales Verhalten im Katamnesezeitraum:

Von den Patienten ohne zusätzliche Motivierungsarbeit mit Wechsel des Therapeuten (Routine) trat erneutes suicidales Verhalten in jeweils 15 % unabhängig von dem Umfang der stattgehabten Nachbetreuung auf. Innerhalb von Kontrollgruppe und Experimentalgruppe zeigten die Patienten, die 4 und mehr Stunden ambulanter Nachbetreuung in Anspruch nahmen, eher erneutes suicidales Verhalten, als die Pat., die keine oder lediglich bis zu 3 Stunden ambulanter Behandlung in Anspruch nahmen (Tabelle 3).

Mißt man den Verlauf bei Patienten, die mit mehr bzw. weniger Belastungsmerkmalen zum Zeitpunkt des Indexsuicidversuchs charakterisiert waren, in Abhängigkeit von der Anzahl ambulanter Sitzungen, so ergibt sich (Tabelle 4):

1. Die Patienten mit einer geringeren Anzahl von Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt des Indexsuicidversuchs haben einen vergleichbaren Verlauf unabhängig von der Nachbetreuungsstrategie, lediglich zwischen 9 und 27 % waren "verschlechtert" in dem Sinne, daß sie in die Gruppe der Patienten mit 3-5 Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der Katamnese übergingen. Ebenso unabhängig geschah dieser Verlauf von der Anzahl der Sitzungen in ambulanter Nachbetreuung. An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, daß ggf. zusätzliche Nachbetreuung innerhalb des Katamnesezeitraums in Form ambulanter bzw. stationärer psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung hier unberücksichtigt geblieben ist.
2. Patienten, die zum Zeitpunkt des Indexsuicidversuchs mit 3-5 der Belastungsfaktoren beschrieben waren, zeigten innerhalb der unterschiedlichen Nachbetreuungsstrategien unterschiedliche Verläufe.

Patienten, die ohne weitere Motivierungsarbeit mit Wechsel des Therapeuten an klinikexterne Therapeuten bzw. Institutionen vermittelt wurden ("Routine"), waren zum Zeitpunkt der Katamnese zu etwa 1/3 "gebessert" in der Gruppe der Patienten, die 0-2 Belastungsfaktoren aufwiesen.

In etwa gleich stellt sich der Verlauf bei den Patienten der Experimentalgruppe dar, wobei auffällig ist, daß "stark Belastete", die keine bzw. bis zu 3 Sitzungen ambulanter Nachbetreuung in Anspruch nahmen, eher einen besseren Verlauf zeigten, als Patienten, die mindestens 4 Sitzungen in Anspruch nahmen. Ein wesentlich besserer Verlauf zeigte sich bei den Patienten der Kontrollgruppe, hier bestand insbesondere bei den Patienten, die eine ambulante Nachbetreuung von mehr als 3 Stunden annahmen, eine von den Gruppen der anderen Nachbetreuungsstrategien deutlich unterschiedene Tendenz zur Besserung.

Diskussion:

Die Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuung sind bereits an anderer Stelle (Möller e.a., in Druck) referiert und sollen kurz zusammenfassend dargestellt werden.

Gegenüber der routinemäßigen Betreuung von Patienten nach Suicidversuch, bei denen eine ambulante Nachbetreuung indiziert erschien, erbrachte ein zusätzliches etwa halbstündiges Gespräch, das allein der Motivierung zur Inanspruchnahme galt, keine Steigerung der Inanspruchnahme einer klinikexternen Nachbetreuung (Routineversorgung versus Kontrollgruppe). Ein zusätzlicher Motivierungsschritt: Wenn der Patient den ersten ambulanten Termin bei einer externen Nachbetreuungsinstitution nicht wahrgenommen hatte, wurde er telefonisch oder schriftlich kontaktiert mit der Bitte, einen erneuten Termin dort zu vereinbaren, erbrachte eine nur unwesentliche Steigerung der Inanspruchnahme einer ersten ambulanten Sitzung (Kontrollgruppe vs. Routine).

Eine deutliche Verbesserung der Inanspruchnahme konnte erreicht werden, wenn ein Wechsel des Therapeuten vermieden wurde. Mit 76 % Teilnahme an zumindest einem ersten ambulanten Gespräch entsprach dies in etwa den von anderen Autoren angegebenen Raten von 80 % (Chouwdbury e.a. 1973), 85 % (Welu und Picard 1974) bzw. 72 % (Wulliemier e.a. 1979).

Dieser Unterschied wird noch deutlicher, wenn der Anteil der Patienten, die zu einer Mindestanzahl von 4 ambulanten Sitzungen kamen, verglichen wird zwischen Patienten mit bzw. ohne Wechsel des Therapeuten. Ohne daß, wie in anderen Studien, die Patienten über einen längeren Zeitraum aktiv-nachgehend immer wieder aufs Neue motiviert wurden (z.B. bei Motto 1978, Wulliemier e.a. 1979), kamen 54 % der Patienten in einer Stundenanzahl von mindestens einem Drittel der angebotenen 12 Stunden zum erstbetreuenden Therapeuten innerhalb der Experimentalgruppe, während dies von den Patienten, die an eine externe Nachbetreuung - verbunden mit einem Wechsel des Therapeuten - vermittelt wurden, lediglich 26 % bzw. 27 % taten. Vergleichsdaten aus der Literatur liegen für diesen Befund nicht vor.

1.) Verlauf innerhalb eines Jahres nach Indexsuicidversuch

Die Wiederholungsrate (para-)suicidalen Verhaltens innerhalb eines Jahres nach Indexsuicidversuch von 13 % entspricht in etwa dem in anderen Studien beschriebenen Wiederholungsrisiko von 13,5 % bzw. 14,5 % (Gibbons e.a. 1978). Vergleicht man die hier untersuchte Stichprobe von Patienten, bei denen eine ambulante Nachbetreuung indiziert erschien (47 %), mit den anderen 53 % der insgesamt 485 Patienten des Jahres 1981 der Toxikologischen Abteilung re. d. Isar München, so ergibt sich, daß von den anderen Patienten (einschließlich z.B. 33 % Psychotiker mit bekanntermaßen erhöhtem Risiko) 17 % erneut suicidales Verhalten zeigten (Torhorst e.a. 1984). Das bedeutet, daß die beschriebene Stichprobe ein etwas geringeres Wiederholungsrisiko aufwies.

Mißt man den Verlauf an Parametern, die eine Einschätzung des Störungsgrades im psychischen und sozialen Bereich ermöglichen, so ergibt sich eine Abnahme des Anteils von mit 3-5 Faktoren belasteten Patienten (35 % zum Zeitpunkt des Indexsuicidversuchs, 26 % bei Katamnese). Weitere Untersuchung zeigt, daß Patienten, die mit keinem bis 2 dieser Faktoren belastet waren, zu 80 % auch bei Katamnese in dieser Gruppe verblieben, während andererseits Patienten, die mit 3-5 Faktoren belastet waren, zum Katamnesezeitpunkt zu 46 % in der gleichen Gruppe verblieben. So ist die Tendenz der leichter Gestörten, sich zu verschlechtern, geringer als die Tendenz der schwerer Gestörten, sich zu verbessern. Andererseits sind von den schwerer Belasteten zum Katamnesezeitpunkt knapp die Hälfte der Patienten nach wie vor ausgewiesen durch 3-5 der Belastungsfaktoren (Suicidversuch im Katamnesezeitraum, krankheitswertige psychische/soziale Störung (GAS 0-60), Mißbrauch/Sucht, Zeiten von Arbeitsunfähigkeiten, Zeiten von Arbeitslosigkeit).

2.) Verlauf in Abhängigkeit von der Nachbetreuungsstrategie sowie der tatsächlichen Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuung.

bei Patienten der Kontrollgruppen nur in etwa für die Hälfte vorlagen.

Mit aller gebotenen Vorsicht kann man die vorliegenden Befunde dahingehend deuten, daß bei Patienten, die hinsichtlich erneuten suizidalen Verhaltens einen schlechteren Verlauf zeigen, die Bereitschaft größer ist, eine Nachbetreuung anzunehmen, als bei denen mit besserem Verlauf. Die Behandlung scheint jedoch nicht den erwarteten Erfolg zu haben.

Untersucht man den Verlauf nicht nur anhand des Einzelkriteriums "SCV-Rezidiv", sondern mittels der Veränderung der Häufigkeit von fünf Belastungsmerkmalen zwischen Index-SCV und Katamnese und stellt einen Bezug her zu der Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuung, ergibt sich, daß der Verlauf bei Patienten mit geringer bzw. starker Belastung (zum Zeitpunkt des Index-SCV) sehr unterschiedlich ist. Die Nachbetreuung scheint bei den gering Belasteten den Verlauf unabhängig von der Sitzungsanzahl nicht wesentlich zu beeinflussen. Dies ebenfalls unabhängig von der Art der Nachbetreuungsstrategie, unabhängig vom Wechsel des Therapeuten oder seiner Konstanz. Anders verhält es sich mit dem Verlauf bei den zum Zeitpunkt des Index-SCV stark Belasteten: Während innerhalb der Routinegruppe und der Experimentalgruppe der Verlauf durch die Anzahl der Sitzungen im Wesentlichen unbeeinflusst bleibt, ist im Vergleich eine deutliche Verbesserung bei den stark Belasteten der Kontrollgruppe festzustellen. Sie verbessern sich gegenüber den Patienten der gleichen Gruppe ohne Behandlung sowie im Vergleich mit den entsprechenden Patienten von Routine- und Experimentalgruppe. Konkret heißt das, daß von 8 Patienten mit 3-5 Belastungsmerkmalen, die 4 und mehr Stunden in ambulanter Behandlung in aller Regel in der "Arche" waren, 7 zum Zeitpunkt der Katamnese nur noch 0-2 Merkmale aufwiesen. Einschränkung muß hierzu gesagt werden, daß bei einer solch differenzierten Betrachtungsweise die Stichprobengröße so klein wird, daß statistisch hinreichend abgesicherte Aussagen nicht erreicht werden können. Dies würde erheblich größere Ausgangsstichproben voraussetzen.

Die Therapeuten, die in der "Arche" arbeiten, sind zum großen Teil vieljährig erfahren im Umgang mit Suizidalen. Im Gegensatz dazu war ein Teil der im Rahmen der Studie tätigen Ärzte erst kurz vor Beginn der Untersuchung in die ausschließliche Arbeit mit diesem Klientel eingetreten. Man wird postulieren, daß man von der Wirksamkeit einer ambulanten Nachbetreuung ausgehen kann, wenn sie durch erfahrenen Therapeuten erfolgt.

Zusammenfassend verbleibt zum einen das Problem, insbesondere die Patienten, die eine Behandlung dringend benötigen, zur Inanspruchnahme einer solchen Behandlung zu motivieren. Zum anderen könnte die Tatsache, daß die Kontinuität des Therapeuten eine solche Steigerung der Inanspruchnahme zur Folge hat, die Forderung nach sich ziehen, daß in einem psychiatrischen Liaisondienst (Lauter 1982) tätige Ärzte über einen längeren Zeitraum dort tätig sein sollten, um ausreichende Erfahrung und Kompetenz in der Behandlung dieser speziellen Klientel zu erwerben. Resultieren könnte dann ein Kombinationseffekt von hoher Inanspruchnahme und wirkungsvoller Nachbetreuung.

Literatur

- BÜRK, F.: Prädiktoren für weiteres suizidales Verhalten bei nach einem Suizidversuch hospitalisierten Patienten. In: Fiedler, P.A., Howe, J., Kury, H., Möller, H.J. (Hrsg.): Herausforderung und Grenzen der Klinischen Psychologie. DGVT, GwG, Steinhauer & Rau München 1982, 183-187
- CHOWDHURY, N., HICKS, RC, KREITMAN, N.: Evaluation of an aftercare service for parasuicide (attempted suicide) patients. Soc Psychiatr 8 (1973), 67-81
- GIBBONS, J.S., BUTLER, J., URWIN, P., GIBBONS, J.L.: Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. Br.J. Psychiatr. 133 (1978), 111-118
- GREENSPAN, S.I., SHARFSTEIN, S.S.: Efficacy of psychotherapy. Asking the right questions. Arch Gen Psychiatr 22 (1981), 1213-1219

- HANKOFF, L.D.: Situational categories. In: Hankoff, L.D., Einsidler, B. (eds): Suicide-Theory and Clinical Aspects. Littleton, Mass., PSG Publishing Company Inc. 1979
- HOLSTEN, F., WAAL, H.: The DTES-Drug Taking Evaluation Scale. A simple scale for the evaluation of drug taking behaviour. Acta Psychiatr. Scand. 61 (1980), 275-305
- KREITMAN, N.: Parasuicide. New York Sydney Toronto: Wiley 1977
- KURZ, A., MÖLLER, H.J.: Ergebnisse der klinisch-experimentellen Evaluation von suizidprophylaktischen Versorgungsprogrammen. Arch Psychiatr Nervenkr 232 (1982), 97-118
- LAUTER, H.: Die psychiatrische Versorgung von Suizidenten auf internistischen Stationen. In: Fiedler, P.A. e.a. (s. bei Bürk) 1982
- LEHMANN, W.J.: Behandlung von Selbstmordgefährdeten in der multi-disziplinären Fachambulanz "Die Arche". In: Fiedler, P.A. e.a. (s. bei Bürk) 1982
- LITMAN, R.E., WOLD, C.I.: Beyond crisis intervention. In: Shneidman, E.S. (ed): Suicidology. Grune & Stratton, New York San Francisco London (1976)
- MÖLLER, H.J., GEIGER, V.: Möglichkeiten zur "Compliance" - Verbesserung bei Parasuizidenten. Crisis 2 (1981), 122-129
- MÖLLER, H.J., BURK, F., KURZ, A., TORHORST, A., WÄCHTLER, LAUTER, H.: Empirical evaluation of the psychotherapeutic after-care for patients who attempted suicide. Proc. VII. World Congr. of Psychiatry, Vienna 1983, i.Druck
- MOTTO, J.A.: Suicidal persons who decline treatment. A long-term program. In: Aalberg, V. (ed): Proc 9th Int congress for suicide prevention, Helsinki. The Finnish Association for Mental Health, Oy Länsi-Savo (1978)

- PAYKEL, E.S., HALLOWELL, C., DRESSLER, D.M., SHAPIRO, D., WEISSMAN, M.M.: Treatment of suicide attempters. A descriptive study. *Arch Gen Psychiat* 31 (1974), 487-491
- SAKINOFSKY, I., STREINER, D.L., LIGATE, L.: Suicide attempters one year later: The impact of changing life situations and systems of care. In: *Proc. 10th Int Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention*. Ottawa: The International Association for Suicide Prevention (1979)
- SELKIN, J., MORRIS, J.: Some behavioral factors which influence the recovery rate of suicide attempts. *Bull Suicidol* 8 (1971), 29-38
- SPITZER, R.L., ENDICOTT, J.E., FLEISS, L.: The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances. *Arch.Gen.Psychiat.* 33, 766-771, 1976
- TORHORST, A., MÖLLER, H.J., BURK, F., KURZ, A., WÄCHTLER, C., LAUTER, H.: Ein-Jahres-Katamnese bei einer Stichprobe von 485 Patienten nach Suizidversuch. In Vorbereitung: Reihe "Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens", Roderer Verlag Regensburg
- WELU, T.C., PICARD, K.M.: Evaluating the effectiveness of a special follow-up program for suicide attempters: A two year study. In: Speyer, N., Diekstra, R.F.W., van de Loo, K.J.M. (eds): *Proc 7th Int congress for Suicide Prevention*. Swets & Zeitlinger BV, Amsterdam (1974)
- WULLIEMIER; F., BOVET, J., MEYLAN, D.: Le devenir des suicidants admis à l'hôpital général. Etude comparative de deux formes de prévention des récides et des suicides. *Soz Präventivmed (Méd Soc Préventive)* 24 (1979), 73-88
- Anschr. d. Verf.: Dr. A. Torhorst
Vertrauensärztl. Dienststelle der LVA Oberbayern
Charles-de-Gaulle-Str. 2
8000 München 83