

Kitamura, Akihide

## **Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 5, S. 191-201*

urn:nbn:de:bsz-psydok-29205

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

<p>Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen . . . . . 1            In Memoriam Hermann Stutte . . . . . 285</p> <p><b>Aus Praxis und Forschung</b></p> <p>W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) . . . . . 87            E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) . . . . . 300            C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) . . . . . 143            W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresse Matrices) . . . . . 180            G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) . . . . . 291            H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) . . . . . 298            H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) . . . . . 9            R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) . . . . . 103            R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) . . . . . 19            B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) . . . . . 98            B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) . . . . . 173            Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) . . . . . 253            G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Chirdlren in Connection with Educational Councelling) . . . . . 56            A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) . . . . . 191            M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) . . . . . 41            K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) . . . . . 260            P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypien – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-</p>	<p>drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) . . . . . 25            B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Family-therapy) . . . . . 207            M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) . . . . . 213            H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) . . . . . 93            M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) . . . . . 266            E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) . . . . . 231            A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) . . . . . 125            W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) . . . . . 308            A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) . . . . . 15            A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) . . . . . 50            T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) . . . . . 223            H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) . . . . . 35            R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? . . . . . 286            H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhanges- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) . . . . . 3            G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung; Fallberichte zur Behandlung ein Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) . . . . . 185            A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) . . . . .            P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) . . . . . 47            P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) . . . . . 218</p> <p><b>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</b></p> <p>B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) . . . . . 64            G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) . . . . . 277            R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) . . . . . 110</p>
--	--

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism) . . . . .	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children) . . . . .	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling) . . . . .	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikt-erziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School) . . . . .	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child) . . . . .	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy) . . . . .	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families) . . . . .	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents) . . . . .	313

#### Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara) . . . . .	75
---	----

#### Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6.9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) . . . . .	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21.10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) . . . . .	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) . . . . .	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30.7. 1982 in Dublin . . . . .	318

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie . . . . .	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten . . . . .	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose . . . . .	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher . . . . .	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
(Leitung: Prof. Dr. med. F. Specht) und der Abteilung für Psychiatrie  
(Leitung: Prof. Dr. J. E. Meyer) der Universität Göttingen (Bundesrepublik Deutschland)  
und aus der Neuropsychiatrischen Klinik der Universität Osaka (Japan).

## Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher<sup>1</sup>

Von Akihide Kitamura

### Zusammenfassung

Nach einem kurzen Literaturüberblick über Suizid und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter in den hochindustrialisierten Ländern werden in einer empirischen Studie an 84 deutschen und 81 japanischen jugendlichen Patienten mit Suizidversuch die sozialen und psychiatrischen Daten unter einem transkulturellen Gesichtspunkt verglichen. Dabei zeigen sich charakteristische Unterschiede bei folgenden Variablen: Verhältnis zwischen Suizidversuch und -tod, Alter, Art der Suizidversuche, aktuelle Konfliktsituation, Problem der schulischen Anpassung, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Beziehung zum anderen Geschlecht, Broken-home-Situation, Zahl der Freunde. Daraufhin wird die suizidale Tendenz und der soziale Hintergrund der Patienten in beiden Ländern untersucht.

### I. Einleitung

Obwohl die Bundesrepublik Deutschland (BRD) und Japan während des letzten Weltkrieges in hohem Grad zerstört worden sind, konnten beide Länder in den letzten 30 Jahren eine sehr hohe wirtschaftliche Entwicklungsstufe erreichen. Aber gleichzeitig sind in der BRD Drogenabhängigkeit, Alkoholabusus, in Japan Gewalttätigkeit in der Schule und zu Hause, Schulverweigerung und in beiden Ländern Delinquenz und Suizidversuche Jugendlicher ein großes Problem geworden. Der soziale Hintergrund hat starken Einfluß auf die Jugendlichen, deswegen können Suizidversuche Jugendlicher auch aufgefaßt werden als Spiegel der sozialen Situation.

In den hochindustrialisierten Ländern ist der Suizid Jugendlicher relativ häufig. Insbesondere in der BRD [24, 45], in Österreich [24] und in den Vereinigten Staaten von Amerika [18, 52] ist der Suizid Jugendlicher in den letzten Jahren häufiger geworden. Nach den Statistiken der WHO (1965–1980) hat in der BRD der Suizid Jugendlicher seit 1966 immer mehr zugenommen. Der Suizid bei Kindern (Altersgruppe 10–14 Jahre) ist häufiger als in Japan.

Andererseits gibt es keine staatliche Statistik über Suizidversuche, daher können wir die Häufigkeiten der Suizidversuche in beiden Ländern nicht statistisch vergleichen. Im Vergleich zu Sterbefällen durch Suizid kommen Suizidversuche bei Jugendlichen häufiger als bei Erwachsenen vor [5, 21, 54]. Es kann vermutet werden, daß in den letzten Jahren in den Vereinigten Staaten von Amerika [41], in Frankreich [8], in Großbritannien [38], in der BRD [5, 36, 40, 42] und in Japan [20] Suizidversuche Jugendlicher an Häufigkeit immer mehr zugenommen haben. Heutzutage ist der Suizidversuch Jugendlicher ein großes Problem in den Kliniken für Jugendpsychiatrie dieser Länder geworden.

### II. Literaturübersicht und Fragestellung

Gerade aus den letzten Jahren gibt es sehr viele Veröffentlichungen, in denen die Ursachen für Suizidhandlungen bei Jugendlichen diskutiert worden sind. Als Ursachen werden verschiedene Bedingungsfaktoren genannt: Broken-home-Situationen [17, 22, 27, 37, 48, 51, 54, 55, 58], Reifungsprobleme und psychosoziale Faktoren verschiedener Art [2, 6, 14, 53], Schulprobleme [20, 26, 39], Partnerkonflikte [7, 33, 35, 36, 42, 50], Alkohol- und Drogenabhängigkeit [7, 33, 40] und psychische Erkrankungen [1, 23, 25, 30, 34, 44, 51].

Es wird vermutet, daß es bei den Ursachen für jugendliche Suizidhandlungen von Land zu Land große Unterschiede gibt. Der Vergleich der Angaben aus einzelnen Ländern stößt jedoch auf große Schwierigkeiten, weil die zugrundeliegenden Untersuchungsmethoden voneinander abweichen. So gibt es zur Zeit noch keine Angabe über eine vergleichende Untersuchung jugendlicher Suizidversuche zwischen zwei Ländern. Wenn die Daten der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher epidemiologisch, psychopathologisch und soziologisch direkt verglichen werden, wird man nicht nur die Unterschiede und die Eigentümlichkeiten der jugendlichen Suizidversuche in beiden Ländern erfassen, sondern auch Ursachen und soziale Hintergründe für die zunehmenden Suizidversuche in den hochindustrialisierten Ländern besser verstehen können. Dadurch könnten Therapie und Verhütung jugendlicher Suizidversuche eher möglich werden. Unter diesem Gesichtspunkt wurden hier deutsche und japanische jugendliche Patienten mit Suizidversuch verglichen.

<sup>1</sup> Während eines Aufenthaltes als Stipendiat der Alexander von Humboldt-Stiftung an der Universität Göttingen erarbeitet.

### III. Patienten und Methodik

3794 jugendliche Patienten bis zum Alter von 18 Jahren wurden im Zeitraum vom 1.1.1972 bis zum 31.12.1980 in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen stationär oder in der Ambulanz registriert. Davon hatten 95 Patienten (2,5%) Suizidversuche unternommen (Tabelle 1). Wie in Tabelle 1 gezeigt wird, war der jüngste Patient 9 Jahre 5 Monate alt und der älteste 18 Jahre und 8 Monate alt, als zum ersten Mal ein Suizidversuch unternommen wurde. Zwei Patienten (1 Junge und 1 Mädchen) sind bei weiteren Versuchen ums Leben gekommen. Von 84 der 94 Patienten waren ausreichende Daten vorhanden.

ren Geschlecht, sexueller Kontakt und Konflikte mit dem Partner, Reaktionen der Eltern auf die Partnerbeziehung. Die Diagnose wurde vom Verfasser dem Dokumentationsbogen der Krankengeschichte entnommen. Über die Familie der Patienten wurden folgende Angaben festgehalten: Anwesenheit der Eltern, Gründe für das Fehlen eines Elternteils; vorangegangene Suizidversuche im Verwandtenkreis des Patienten, psychiatrische Probleme der Eltern, Einkommen der Eltern, Probleme des Erziehungsstils, den der Patient in seiner Kindheit erlebt hat, Zahl der Geschwister des Patienten und Platz des Patienten in der Geschwisterfolge.

Die Problematik der Patienten in beiden Kliniken wurde unter epidemiologischen, psychopathologischen und sozio-

Tabelle 1: Patienten

Alter der Patienten	Göttingen			Osaka		
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
9	1	1	2	0	0	0
10	0	3	3	0	0	0
11	1	6	7	0	0	0
12	4	5	9	0	2	2
13	5	13 (1)	18 (1)	2	4	6
14	2	15	17	2	6	8
15	5	13	18	3 (1)	11 (1)	14 (2)
16	4	10	14	5 (1)	11 (1)	16 (2)
17	2 (1)	2	4 (1)	8 (1)	6 (1)	14 (2)
18	1	1	2	4 (1)	9	13 (1)
19	0	0	0	4 (2)	4 (2)	8 (4)
Insgesamt	25 (1)	69 (1)	94 (2)	28 (6)	53 (5)	81 (11)

( ): gestorbene Patienten

In den letzten 15 Jahren (1.7.1965 bis 31.12.1979) wurden in der psychiatrischen Klinik der Universität Osaka in Japan 885 jugendliche Patienten behandelt. Davon wurden 81 Jugendliche nach einem Suizidversuch (9,2%) durchschnittlich 22 Monate stationär (36 Patienten) oder in der Ambulanz (45 Patienten) behandelt. Für diese Untersuchung wurden 70 Suizidversuche (22 männliche und 48 weibliche) und 11 vollendete Suizide (6 männliche und 5 weibliche) berücksichtigt, deren erstmaliger Suizidversuch in einem Alter zwischen 12 und 19 Jahren erfolgte.

In Göttingen haben der Verfasser (Psychiater), eine Psychologin und eine Sozialarbeiterin<sup>2</sup> und in Osaka nur der Verfasser den Krankengeschichten folgende Daten über die Patienten entnommen: Geschlecht, Geburtsdatum, Datum und Hauptproblem der erstmaligen psychiatrischen Behandlung, Datum, aktuelle Konfliktsituation bei den Suizidversuchen, Ankündigung der Suizidabsicht, Charakterzüge, die vom Betreuer festgestellt wurden, Stand, falls Schüler: Schulleistung und Probleme in der Schule, Zahl der Freunde, Probleme der Freunde, Beziehung zum ande-

logischen Aspekten analysiert. Weil die beiden Patientengruppen mit Suizidversuchen die in den Abteilungen für Jugendpsychiatrie der Universitäten Göttingen und Osaka behandelt wurden, sich hinsichtlich des Alters ähnlich sind, der Zeitraum der Untersuchung in beiden Kliniken gleich ist und alle Patienten auf die gleiche Weise untersucht wurden, lassen sich die beiden Gruppen unmittelbar miteinander vergleichen.

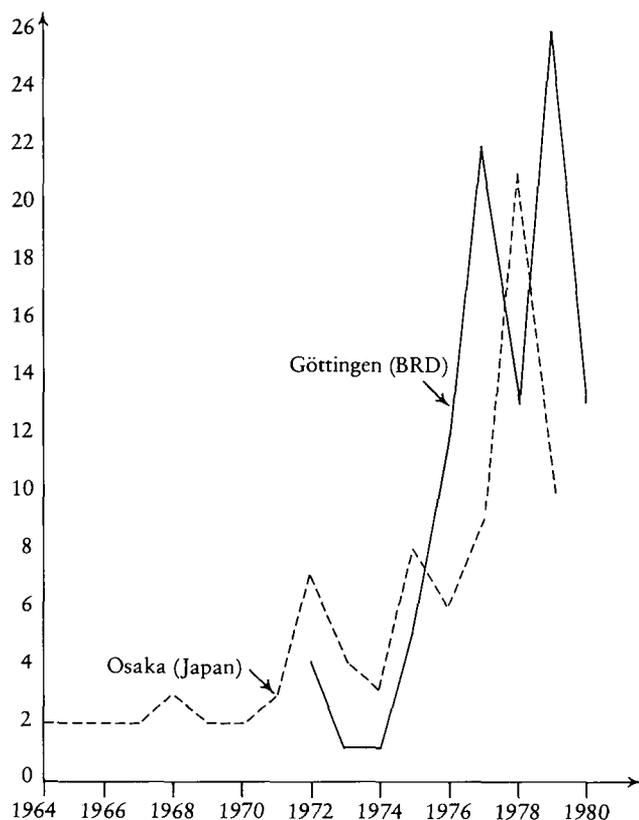
### IV. Ergebnisse

#### 1. Wandel der Häufigkeit der Suizidversuche im Laufe der Zeit

Es ließ sich feststellen, daß Jugendliche mit Suizidversuchen in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen innerhalb der letzten 9 Jahre an Zahl auffallend zugenommen haben, wie in der Abbildung 1 gezeigt wird. Die zunehmende Häufigkeit in der Klinik Göttingen ist sogar deutlicher als in der Neuropsychiatrischen Klinik der Universität Osaka. Nach einigen deutschen Studien [5, 36, 40, 42] ist zu vermuten, daß die zunehmende

<sup>2</sup> Ich danke hier vor allem Frau Beate Röder-Sorge für ihre Mitwirkung.

Abbildung 1: Untersuchte Suizidversuchsfälle  
(bis zum 18. Lebensjahr in Göttingen und bis zum 19. in Osaka)



Hergeleitet aus Daten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen (1972 bis 1980) und der Poliklinik für Jugendpsychiatrie der Universität Osaka (1964 bis 1979)

Tendenz der Suizidversuche bei deutschen Jugendlichen ein Phänomen der letzten Jahre ist.

Es ist schwierig zu schätzen, ob die Zahl der Suizidversuche japanischer Jugendlicher in den letzten Jahren zugenommen hat. Nach der Studie der Rettungshilfe der Tokyoer Feuerwehr [31] ist die Zahl von 1973 bis 1977 nicht angestiegen. In der Neuropsychiatrischen Klinik der Universität Osaka hat aber die Zahl von Jugendlichen mit Suizidversuchen in den letzten 10 Jahren deutlich zugenommen [20].

## 2. Alter, Geschlecht und Vergleich Suizid/Suizidversuch

Wie in Tabelle 1 gezeigt wird, ist der jüngste Patient in der Klinik Göttingen 9 Jahre alt und in der Klinik Osaka 12 Jahre alt. Zahlenmäßig am häufigsten sind in Göttingen Patienten im Alter von 13 bis 15 Jahren, in Osaka von 15 bis 17 Jahren. Das heißt, in Göttingen kommen Suizidversuche in der Tendenz 2 oder 3 Jahre früher als in Osaka vor. Nach WHO-Statistiken sind die Sterbefälle durch Suizid bei deutschen Kindern (unter 14 Jahren) stets etwa doppelt so hoch wie bei japanischen Kindern. Deshalb könnte man vermuten, daß deutsche Jugendliche in jüngeren Lebensjahren Suizidversuche unternehmen als japanische Jugendliche.

Das Verhältnis der Geschlechter ist bei den Patienten in Göttingen männlich : weiblich = 1 : 2,8, und bei den Patienten in Osaka 1 : 1,9. In beiden Städten überwiegen die weiblichen Patienten die männlichen Patienten stärker als in einigen Studien angegeben wird [22, 33, 39, 50, 51, 54, 55, 57].

Das Verhältnis zwischen Suizidversuch und Suizidtod ist in der Klinik Göttingen 46 : 1, und in der Klinik Osaka 6,4 : 1. Nach den deutschen Studien sind die Verhältnisse 8 : 1 bis 50 : 1 [2, 11, 12, 58] und in Japan 1,5 : 1 bis 9 : 1 [28, 32, 43, 47] angegeben. Daher kann man vermuten, daß deutsche Jugendliche häufiger Suizid als japanische Jugendliche versuchen, ein tödlicher Ausgang jedoch seltener ist.

## 3. Häufigkeit der Suizidversuche

33% der Patienten in der Klinik Göttingen und 41% der Patienten in der Klinik Osaka haben mehr als einmal einen Suizid versucht. Signifikante Geschlechtsunterschiede in beiden Kliniken fielen dabei nicht auf. Es könnte bemerkenswert sein, daß die zwei Suizidtod-Fälle in Göttingen und 6 von den 11 Suizidtod-Fällen in Osaka bei einem zweiten oder weiteren Versuch erfolgt sind. Das läßt vermuten, daß die Unschlüssigkeit Jugendlicher bei suizidalen Handlungen größer ist, als bei Erwachsenen.

## 4. Art der Suizidversuche

Wie in Tabelle 2 gezeigt wird, steht als Art der Suizidversuche in Göttingen an erster Stelle Tabletteneinnahme (95%), an 2. Stelle Alkohol und Drogen (20%). Auch in Osaka steht an erster Stelle Tabletten (43%), jedoch nicht so häufig wie in Göttingen. In Osaka steht an 2. Stelle das Aufschneiden der Pulsadern (35%) und an 3. Stelle Gas (17%). Es gibt in Osaka mehr unterschiedliche Formen des Suizidversuches als in Göttingen.

## 5. Aktuelle Konfliktsituation

Da sich bei Suizidversuchen Jugendlicher oft mehrere Motive vereinen, die zu suizidalen Handlungen führen, wurden hier die aktuellen Konfliktsituationen nach der Methode von Bron [7] analysiert. Hinsichtlich der aktuellen Konfliktsituationen zeigen sich sehr große Unterschiede zwischen beiden Städten, wie in Tabelle 3 gezeigt wird. In Göttingen stehen Differenzen mit den Eltern an erster Stelle (43%). An zweiter Stelle sind Probleme der Sexualität (29%), d.h. Liebesenttäuschung oder Partnerkonflikte zu finden. Dagegen sind in Japan Probleme der schulischen Entwicklung oder der schulischen Anpassung am häufigsten (43%). An zweiter Stelle stehen Differenzen mit den Eltern (32%), und Probleme der Sexualität tauchen an letzter Stelle auf (9%). Probleme der Sexualität sind wesentlich mehr und Probleme der schulischen Entwicklung sind wesentlich seltener in der Klinik Göttingen als in der Klinik Osaka bei Jugendlichen mit Suizidversuchen anzutreffen.

Tabelle 2: Art der Suizidversuche

	Göttingen			Osaka		
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
Tabletten	21 (91%)	59 (97%)	80 (95%)	12 (43%)	23 (43%)	35 (43%)
Alkohol od. Drogen	5 (22%)	12 (20%)	17 (20%)	2	2	4
Aufschneiden der Pulsader	4 (17%)	8 (13%)	12 (14%)	5 (18%)	23 (43%)	28 (35%)
Gift nehmen od. einspritzen	1	4	5	6	2	8
Aufschneiden des Körpers od. Halses	2	1	3	5	5	10
Auf Schiene gelegt	2	1	3	2	0	2
Von Brücke bzw. Balkon gesprungen beabsichtigt	0	2	2	1	5	6
Gashahn aufgedreht	0	0	0	5 (18%)	9 (17%)	14 (17%)
Versuchter Erstickungstod	0	0	0	3	8	11
Sprung ins Wasser	0	0	0	0	1	1
Elektrischer Schlag	0	0	0	1	0	1

(Gesamte Prozentzahlen über 100% sind durch Doppelanwendungen zu erklären, z.B. Alkohol und Tabletten)

Tabelle 3: Aktuelle Konfliktsituation

	Göttingen			Osaka		
	männlich	weiblich	zusammen abs. (%)	männlich	weiblich	zusammen abs. (%)
Differenzen mit den Eltern	11	25	36 (43%)	5	21	26 (32%)
Probleme der Sexualität (Liebesenttäuschung od. Partnerkonflikte)	5	19	24 (29%)	1	6	7 (9%)*
Probleme der schulischen Entwicklung	5	11	16 (19%)	17	18	35 (43%)**
Übriges	2	6	8 (10%)	5	8	13 (16%)
Gesamtzahl	23	61	84	28	53	81

\*:  $\chi^2 = 10.734$ ,  $P < 0.005$

\*\* :  $\chi^2 = 11.273$ ,  $P < 0.005$

Tabelle 4: Ankündigung der Suizidversuche

	Göttingen			Osaka		
	männlich abs. (%)	weiblich abs. (%)	zusammen abs. (%)	männlich abs. (%)	weiblich abs. (%)	zusammen abs. (%)
Pat. hat mit jemandem vorher darüber gesprochen od. durch Verhalten angezeigt	7 (30)	21 (34)	28 (33)	11 (39)	30 (57)	41 (51)*
Abschiedsbriefe	4 (17)	9 (15)	13 (16)	3 (11)	4 (8)	7 (9)
Insgesamt	11 (48)	30 (49)	41 (49)	14 (50)	34 (64)	48 (59)

\*:  $\chi^2 = 5.063$ ,  $P < 0.025$

## 6. Ankündigung der Suizidabsicht

Fast die Hälfte aller Patienten – 49% in der Klinik Göttingen und 59% in der Klinik Osaka – haben vorher die Suizidabsicht in einer Art geäußert, wie in Tabelle 4 gezeigt wird. Die große Häufigkeit der Ankündigungen läßt annehmen, daß viele suizidale Handlungen bei Jugendlichen einen Appell zum Ausdruck bringen.

In Osaka sind die Patienten, die mit jemanden über ihre Suizidabsicht vorher gesprochen oder sie durch ihr Verhalten angezeigt hatten, häufiger als in Göttingen. Das könnte darauf hindeuten, daß die japanischen Patienten stärkere Abhängigkeitsbedürfnisse haben als die deutschen Jugendlichen.

Bei 16% der Patienten in Göttingen und bei 9% der Patienten in Osaka wurden Abschiedsbriefe gefunden. Nach anderen Studien wurden bei 6% bis 27% der Suizidversuche deutscher Jugendlicher Abschiedsbriefe gefunden [4, 36]. Nach unseren Ergebnissen sind Abschiedsbriefe bei Suizidtod häufiger als bei Suizidversuch [20]. Man könnte sagen, daß das Vorhandensein eines Abschiedsbriefs eher auf die Möglichkeit des tödlichen Ausgangs hindeutet.

## 7. Probleme der schulischen Anpassung

62 Patienten (88%) in Göttingen und 62 (81%) in Osaka sind Schüler. Wie in Tabelle 5 gezeigt wird, sind bei den Patienten in Osaka die Probleme der schulischen Anpassung (52%) viel häufiger als bei den Patienten in Göttingen

(29%) zu finden. Insbesondere treten Schulphobien und Schulverweigerung häufiger und Schulversagen weniger häufig in Osaka als in Göttingen auf (Schulverweigerung bedeutet Ablehnung zur Schule zu gehen, weil der Patient vor der Schule, dem Test und dem Versagen große Angst hat). Signifikante Unterschiede der Probleme der schulischen Anpassung und der Schulphobie (oder Schulverweigerung) in beiden Kliniken fielen auf. In Osaka gibt es mehr Patienten, die trotz guter Schulleistungen Angst vor der Schule haben und Suizid versuchen, um vor dieser Angst zu flüchten.

## 8. Familienprobleme

### (1) Broken-home-Situation

Bei 58% der Patienten in Göttingen wurde eine Broken-home-Situation gefunden. In Osaka ist diese Situation bei 30% gegeben, wie in Tabelle 6 gezeigt wird. Es fielen signifikante Unterschiede der Broken-home-Situation zwischen beiden Kliniken auf. Ehescheidungen der Eltern wurden bei 36% dieser Patienten in Göttingen und 14% in Osaka gefunden. Insbesondere tauchen in Göttingen wesentlich häufiger als in Japan Väter als Alkoholiker auf, ebenso finden wir mehr stark disharmonische Ehen der Eltern und Heimaufenthalte der Patienten.

Nach einigen Studien [7, 22, 39, 50, 59] wurde bei den Suizidversuchen deutscher Jugendlicher eine Broken-home-Situation mit einer Häufigkeit von 36% bis 85% gefunden. Im Vergleich mit den Patienten in Osaka tritt eine Broken-

Tabelle 5: Probleme der schulischen Anpassung

	Göttingen			Osaka		
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
Schulversagen od. Schulschwänzen	4	10	14	2	8	10
Schulphobie od. Schulverweigerung	3	7	10	15	17	32 *
Insgesamt	7	17	24 (29%)	17	25	42 (52%)**

\*:  $\chi^2 = 16.556$ ,  $P < 0.005$

\*\* :  $\chi^2 = 9.312$ ,  $P < 0.005$

Tabelle 6: Broken-home-Situationen

	Göttingen			Osaka		
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
Eltern getrennt lebend od. geschieden	3	13	16	6	5	11
Stark disharmonische Ehe der Eltern	3	7	10	0	5	5
Väter Alkoholiker	1	8	9	2	1	3
Längere Heimaufenthalte	5	4	9	0	2	2
Tod des Vaters od. (und) der Mutter	2	3	5	1	2	3
Insgesamt	14	35	49 (58%)	9	15	24 (30%)*

\*:  $\chi^2 = 13.773$ ,  $P < 0.005$

home-Situation häufiger in der BRD auf. Im ganzen scheinen Broken-home-Situationen eine größere Rolle bei Suizidversuchen Jugendlicher in der BRD zu spielen als in Japan.

(2) Suizid oder Suizidversuch der Angehörigen und psychiatrische Störungen der Eltern

Psychiatrische Störungen der Eltern wurden häufiger in der Klinik Göttingen (39%) als in der Klinik Osaka (25%) gefunden. Der Unterschied der psychiatrischen Störungen der Eltern war zwischen beiden Kliniken signifikant ( $\chi^2 = 4.028$ ,  $P < 0.05$ ). Insbesondere taucht in Göttingen das Problem, daß der Vater Alkoholiker ist, sehr viel häufiger (18%) auf als in Osaka (4%).

Suizid oder Suizidversuche im Bekanntenkreis der Patienten wurden häufiger in der Klinik Göttingen (16%) als in der Klinik Osaka (5%) gefunden. Nach einigen Studien [39, 42] wurden Suizid oder Suizidversuche im Bekanntenkreis der deutschen jugendlichen Patienten mit einer Häufigkeit von 11% bis 21% gefunden. In Osaka ist der Suizid oder Suizidversuch im Bekanntenkreis der Patienten weniger häufig im Vergleich zur BRD zu finden.

(3) Probleme des Erziehungsstils der Eltern

Erhebliche Probleme des Erziehungsstils, den die Patienten in ihrer Kindheit durch die Eltern erfahren haben, wurden bei 90% der Patienten in Göttingen und bei 79% in Osaka

gefunden. Wie in Tabelle 7 gezeigt wird, sind Häufigkeiten der Art der Probleme in beiden Kliniken ähnlich. Heutzutage sind nämlich ein brutaler und autoritärer Vater, Mangel an Zuwendung durch die Eltern, starke Einmischung seitens der Mutter oder eine kühle und dominierende Mutter in beiden Städten die vorherrschenden Auffälligkeiten des Erziehungsstils bei Patienten mit Suizidversuch.

(4) Einkommen der Eltern

Das Einkommen der Eltern wurde nach ihrem Beruf und ihrer Stellung am Arbeitsplatz geschätzt. Wie in Tabelle 8 zu sehen ist, sind mittlere Einkommen der Eltern in beiden Städten am häufigsten zu finden (Göttingen: 61%, Osaka: 64%). Eltern mit geringem Einkommen stehen in der Häufigkeit an zweiter Stelle (Göttingen: 32%, Osaka: 20%). Bei einem Vergleich der Häufigkeit der Eltern mit geringem und hohem Einkommen beider Städte ergab sich kein statistisch bedeutsamer Unterschied. Es könnte eine Besonderheit bei Suizidversuchen Jugendlicher in den hoch-industrialisierten Ländern sein, daß die Suizidversuche Jugendlicher aus der Mittelschicht am häufigsten sind. Früher kamen suizidale Handlungen eher bei Jugendlichen aus der Unterschicht vor. In Japan spielt heutzutage Armut nur eine geringe Rolle beim Suizid Jugendlicher. Etwas anders ist dies aber wohl in der BRD und in den Vereinigten Staaten [22, 56].

Tabelle 7: Probleme des Erziehungsstils der Eltern

	Göttingen			Osaka		
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
Brutaler od. (und) autoritärer Vater	6	19	25 (30%)	5	10	15 (19%)
Mangel an Zuwendung durch die Mutter	7	15	22 (26%)	2	14	16 (20%)
Starke Einmischung seitens der Mutter	5	16	21 (25%)	5	9	14 (17%)
Mangel an Zuwendung durch den Vater	7	11	18 (21%)	7	11	18 (22%)
Kühle und dominierende Mutter	2	11	13	3	5	8
Überbesorgtheit der Mutter	0	12	12	4	6	10
Starke Einmischung seitens des Vaters	4	8	12	1	2	3
Verantwortungsmangel und Verwahrlosung	2	6	8	3	4	7
Verständnislose Eltern	3	3	6	1	7	8
Überbesorgtheit des Vaters	0	3	3	4	2	6

Tabelle 8: Ökonomische Situation der Familie

Einkommen	Göttingen			Osaka		
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
hoch	1	5	6 (7%)	5	8	13 (16%)
mittel	15	36	51 (61%)	16	36	52 (64%)
niedrig	7	20	27 (32%)	7	9	16 (20%)
Insgesamt	23	61	84	28	53	81

## (5) Zahl der Geschwister und Platz des Patienten in der Geschwisterfolge

Die Zahl der Geschwister, einschließlich des Patienten, ist im Mittel 2,8 bei den Patienten in Göttingen und 2,6 in Osaka. In Göttingen sind Patienten, die 2 Geschwister haben, am häufigsten (27%), dann 1 Geschwister (26%) und Einzelkind (15%). 21% der Patienten haben mehr als 2 Geschwister. In Osaka sind Patienten am häufigsten, die 1 Geschwister haben (42%), und Patienten mit 2 Geschwistern stehen an zweiter Stelle (33%). Einzelkinder sind 10%. 11% der Patienten in Osaka haben mehr als 2 Geschwister.

In einigen Studien [39, 42, 45] waren Patienten mit 2 Geschwistern am häufigsten. Eine Besonderheit der suizidalen Patienten in Göttingen und in der BRD ist, daß sie mehr Geschwister haben als die Patienten in Osaka. Obwohl sich in beiden Ländern die Bevölkerung der Kinder in letzter Zeit vermindert hat (Personen je Familien im Jahre 1979 in Niedersachsen: 2,58 [46], in Osaka: 3,20), ist die Zahl der Geschwister der Jugendlichen mit Suizidversuch größer als die Kinderzahl in dieser Statistik.

Über den Platz des Patienten in der Geschwisterfolge ist folgendes zu sagen: In Göttingen waren weibliche Patienten am häufigsten das letzte Kind (30%) und männliche Patienten am häufigsten das erste Kind (32%).

In Osaka sind Patienten beiderlei Geschlechts am häufigsten das erste Kind (männliche: 39%, weibliche: 36%). Hinsichtlich des ersten Kindes war der Unterschied zwischen beiden Kliniken statistisch signifikant ( $\chi^2 = 4.106$ ,  $P < 0.05$ ).

## 9. Die Zahl der Freunde und die Beziehung zum anderen Geschlecht

Fast über die Hälfte der Patienten haben wenige oder keine Freunde (Göttingen: keine 13%, wenig 52%, Osaka: keine 26%, wenig 53%). Statistisch signifikant ist der Unterschied der Patienten ohne Freunde zwischen den beiden Kliniken. Patienten ohne Freunde sind mehr in Osaka als in Göttingen zu finden ( $\chi^2 = 4.343$ ,  $P < 0.05$ ). Patienten in Göttingen haben im Durchschnitt etwas mehr Freunde als Patienten in Osaka (Göttingen: mehrere 18%, viele 17%, Osaka: mehrere 17%, viele 4%). Aber nur 32%

der Patienten in Göttingen haben gute Freunde. Die Zahl der Freunde und die Intensivität der Freundschaften hat bei Suizidversuchen Jugendlicher offensichtlich große Bedeutung. Dies wird auch in einer anderen Studie [55] mitgeteilt. Im Vergleich mit Patienten in Osaka haben Patienten in Göttingen sehr häufig eine Beziehung zum anderen Geschlecht (Göttingen: 55%, Osaka: 12%). Der Unterschied ist signifikant ( $\chi^2 = 34.678$ ,  $P < 0.001$ ). In beiden Kliniken ist die Zahl der weiblichen Patienten, die einen Freund haben, größer als die Zahl der männlichen Patienten mit Freundinnen. Insbesondere in Göttingen haben Patientinnen häufiger Freunde (64%) als in Osaka (17%). 29 (48%) Patientinnen in Göttingen hatten sexuelle Kontakte. Bei 36% der 29 Patientinnen in Göttingen sind die Beziehungen zum Freund schwierig und bei 13% sind die Reaktionen der Eltern gegenüber dem Freund negativ. Die Zahl der Patienten mit Suizidversuch, die eine Beziehung zum anderen Geschlecht haben, ist nicht nur in Göttingen relativ zu Osaka größer, sondern auch insgesamt in der BRD [7, 33, 36, 42, 50] im Vergleich zu Japan [16, 20].

## 10. Eigentümlichkeiten des Charakters

Die charakterlichen Eigenschaften der Patienten wurden aufgrund der Mitteilungen der Psychiater, Psychologen oder Eltern eingeschätzt. Danach sind in beiden Kliniken zurückhaltende, schüchterne oder verschlossene Patienten unter den suizidalen Minderjährigen am häufigsten (Göttingen: 50%, Osaka: 52%). Auch in anderen Studien [22] werden diese Charakterzüge häufig beschrieben. Am zweithäufigsten sind in Göttingen grobe oder impulsive Charakterzüge (20%) und in Osaka geltungssüchtige (23%). Die Zahl der groben oder impulsiven Charakterzüge ist in Göttingen größer als in Osaka (9%).

## 11. Diagnosen

Es ist sehr schwierig, die Diagnose der beiden Kliniken zu vergleichen, weil es zwischen beiden Ländern im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie erhebliche terminologische Unterschiede gibt. Außerdem reichen die Daten bei den ambulanten Patienten oft für eine eindeutige diagnostische Zuordnung nicht aus. Deswegen wurden hier nur 5 Diagnosengruppen unterschieden (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Diagnosen

	Göttingen			Osaka		
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
Neurotische Gruppe (Adoleszenzkrise, neurotische Entwicklung, Fehlentwicklung der Persönlichkeit)	20	47	67 (80%)	14	39	53 (65%)
Psychotische Gruppe Schizophrenie od. atypische Psychose	0	4	4 ( 5%)	8	7	15 (19%)
Depression od. Zykllothymie	2	6	8 (10%)	5	6	11 (14%)
Psychogene Reaktion (depressiv)	1	3	4 ( 5%)	1	1	2 ( 2%)
Zerebrales Anfall-Leiden	0	1	1	0	0	0
Insgesamt	23	61	84	28	53	81

Fast über die Hälfte der Patienten in beiden Städten ließen sich der neurotischen Gruppe (Adoleszenzkrise, neurotische Entwicklung oder Fehlentwicklung der Persönlichkeit) zuordnen. Psychosen waren in Göttingen weniger zu finden als in Osaka (statistisch signifikanter Unterschied:  $\chi^2 = 7,381$  ( $P < 0.01$ )). Es liegt die Vermutung nahe, daß sich Patienten nach einem Suizidversuch in Japan häufig erst dann in einer psychiatrischen Klinik einfinden, wenn weitere schwerwiegende Symptome bei ihnen vorhanden sind.

Bei 32% aller Göttinger Patienten kam Alkoholabusus oder Drogenabhängigkeit vor (siehe Tabelle 10). Diese Zahl ist größer als in Osaka (11%) (statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Kliniken  $\chi^2 = 10.693$ ,  $P < 0.005$ ). Gesetzesübertretungen wurden bei 24% der Patienten in Göttingen und 16% in Osaka festgestellt.

Tabelle 11 zeigt eine Zusammenfassung der Unterschiede (\*: statistisch signifikant) und Ähnlichkeiten bei Jugendlichen mit Suizidversuchen in den beiden Kliniken.

Tabelle 10: Alkoholabusus und Drogenabhängigkeit

	Göttingen			Osaka		
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
Alkoholabusus	6	15	21 (25%)	2	2	4 ( 5%)
Drogenabhängigkeit	1	4	5	0	1	1
Einatmung eines Verdünnungs- od. Klebemittels	0	0	0	2	1	3
Weckamin	0	1	1	1	0	1
Insgesamt	7	20	27 (32%)	5	4	9 (11%)*

\*:  $\chi^2 = 10.693$ ,  $P < 0.005$

Tabelle 11: Unterschiede und Ähnlichkeiten bei den Suizidversuchen in der Klinik Göttingen und Osaka

Unterschiede (\*: statistisch signifikante Unterschiede)

A) Unterschiede / B) Ähnlichkeiten	Göttingen	Osaka
A) Unterschiede (*: statistisch signifikante Unterschiede)		
Jüngste Patienten	9 Jahre alt	12 Jahre alt
Verhältnis zwischen Suizidversuch und -tod	46 : 1	6.4 : 1
Häufigste Art der Suizidversuche	Tabletten (95%)	Tabletten (43%)
Häufigste aktuelle Konfliktsituation *	Streit mit den Eltern	Schulproblem
Ankündigung der Suizidabsicht *	33%	51%
Problem der schulischen Anpassung		
Broken-home-Situationen *	58%	30%
Psychiatrische Störungen der Eltern *	39%	25%
Häufigster Platz des Patienten in der Geschwisterfolge *	letztes Kind	erstes Kind
Keine od. wenige Freunde	66%	79%
Beziehung zum anderen Geschlecht	56%	12%
Psychotische Störungen *	15%	33%
Alkohol- od. Drogenabhängigkeit *	32%	11%
B) Ähnlichkeiten		
Verhältnis der Geschlechter (m : w)	1 : 2.8	1 : 1.9
Zunahme der Häufigkeiten	stark zugenommen	zugenommen
Mehr als ein Suizidversuch	33%	41%
Abschiedsbriefe	16%	9%
Probleme des Erziehungsstils der Eltern	90%	79%
Mittlere Einkommen der Familie	61%	64%
Zahl der Geschwister	2.8	2.6
Zurückhaltende od. verschlossene Charaktereigentümlichkeiten	50%	52%
Neurotische Störungen	80%	65%

## V. Diskussion

Die Untersuchung hat Ähnlichkeiten und Unterschiede bei den Jugendlichen mit Suizidversuchen in den beiden Kliniken gezeigt. Zunächst ist dabei zu diskutieren, ob die Ergebnisse in Göttingen bzw. Osaka repräsentativ für die BRD bzw. Japan sind. Vergleicht man die Ergebnisse dieser Untersuchung in Göttingen mit anderen deutschen Studien aus den letzten zehn Jahren [7, 15, 17, 33, 36, 39, 40, 42, 49], so gibt es zwar geringe Unterschiede der Einzelergebnisse, die Gesamttendenzen aber, die in Tabelle 11 gezeigt werden, stimmen mit den anderen Studien überein. In Japan gibt es relativ wenig Untersuchungen über Suizidversuche von Jugendlichen, in denen psychiatrische Einzelbefunde und weitere Daten analysiert werden [16, 19, 20, 43, 47]. Vergleicht man die Ergebnisse dieser Untersuchung mit diesen Studien, so sind die Ergebnisse in Osaka mit anderen Studien in Japan sehr ähnlich. Deshalb kann man annehmen, daß die Ergebnisse dieser Untersuchung aus Göttingen und Osaka repräsentativ für die Suizidversuche heutiger Jugendlicher in beiden Ländern sind.

### 1. Suizidversuche Jugendlicher in den hochindustrialisierten Ländern

Ehescheidung und Trennung der Eltern, Probleme des Erziehungsstils und Broken-home-Situationen bringen den Jugendlichen in anhaltende Konfliktsituationen [7]. Ein Teil derart belasteter Jugendlicher entwickelt zurückhaltende, verschlossene oder impulsive Charaktereigentümlichkeiten bzw. neurotische Strukturen, so daß sie deswegen auch kaum Freunde haben. Wenn solche Jugendliche durch weitere aktuelle Konfliktsituationen betroffen werden, können sie den Druck nicht ertragen. Sie unternehmen suizidale Handlungen, um Hilfe zu erlangen. Häufig kann ihnen jedoch niemand helfen, weil sie eben weder gute Freunde haben noch ihre Eltern ihnen helfen können oder wollen. Hier ist zu fragen, warum in den hochindustrialisierten Ländern Eltern ihren Kindern keinen ausreichenden Rückhalt geben können. Nicht nur für Jugendliche, sondern auch für Erwachsene ist es schwierig, in solchen Ländern zu leben. Ein ideeller Sinn des Lebens ist verlorengegangen und durch das Streben nach materiellem Wachstum ersetzt worden. Dies ist ein Zustand der Anomie, den uns Émile Durkheim vor 84 Jahren geschildert hat. Zwischenmenschliche „geistige“ Beziehungen könnten weniger und schwächer geworden sein als früher. Eltern, insbesondere mit vielen Kindern, streben nach immer mehr Einkommen und materiellen Gütern und haben daher kaum Zeit für ihre Kinder. Daher werden Kinder oft von den Eltern vernachlässigt. Sie sind dann einsam und unternehmen einen Suizid, um Hilfe von ihren Eltern zu rufen. Broken-home-Situationen begünstigen diese Tendenz. Für Jugendliche, insbesondere für Mädchen, da sie eher unselbständig erzogen werden, ist es besonders schwierig, mit diesen Situationen in solchen Gesellschaften zurechtzukommen [9, 13]. Daher unternehmen Mädchen Suizidversuche häufiger als Jungen.

### 2. Unterschiede der sozialen Hintergründe in beiden Ländern bei den Suizidversuchen Jugendlicher

Wie in Tabelle 11 zusammengefaßt wird, gibt es sehr unterschiedliche Faktoren, die den Jugendlichen zum Suizidversuch veranlassen können. Um die Ursachen dieser Unterschiede zu suchen, ist es notwendig, die Erziehungsstile, die Struktur persönlicher Beziehungen und die heutige soziale Situation in beiden Ländern zu überprüfen. In der BRD werden die Kinder von Geburt an von den Eltern gepflegt und erzogen, um selbständig werden zu können. Obwohl Jugendliche noch sehr unreif sind, müssen sie dann mit ihren eigenen Problemen allein fertig werden. Um von dieser Angst erlöst zu werden, suchen sie einen andersgeschlechtlichen Partner oder werden abhängig von Alkohol und Drogen. Weil ihre Persönlichkeit noch so unreif ist, streiten sie sich oft mit ihrem Freund bzw. Freundin, wenn ihre vorhandenen Abhängigkeitsbedürfnisse nicht befriedigt werden. In solchen Situationen unternehmen diese Jugendlichen einen Suizidversuch, dessen Appell sich an den Freund oder die Freundin richten soll. Die Tatsache, daß Jugendliche in der BRD bei Suizidversuchen im Durchschnitt jünger als japanische Jugendliche sind, die einen Suizidversuch unternehmen, wurde mit den Begriffen „die psychische Acceleration“ [29] und „die Adoleszentenkrise“ [14] diskutiert. Die Acceleration tritt bei dieser Untersuchung in der BRD deutlicher in Erscheinung als in Japan, könnte aber ein allgemeines Phänomen aller hochindustrialisierten Länder sein.

In Japan wird ein Kind von seinen Eltern sehr verwöhnt. Die Eltern sind ständig um eine Lösung eventuell auftretender Probleme ihrer Kinder bemüht. Daher ist das Eltern-Kind-Verhältnis traditionell enger als in der BRD. Solche engen problematischen Verhältnisse in den persönlichen Beziehungen haben sich auch in den anderen Gesellschaftsbereichen entwickelt, z.B. Lehrer-Schüler, Arbeitgeber-Arbeitnehmer usw. Deshalb trifft ein japanischer Jugendlicher, der sich von den Eltern gelöst hat und erstmalig in der übrigen Gesellschaft lebt, auf große Schwierigkeit, sich dieser Gesellschaft anzupassen, insbesondere in der Beziehung zu seinem Vorgesetzten. Daher hat der Suizid-Index (Suizid/pro Bevölkerung) seinen Höhepunkt im jugendlichen Alter.

Das patriarchalische System ist heutzutage in Japan ähnlich stark bestimmend, wie *Ruth Benedict* noch vor 35 Jahren beschrieben hat [3]: Vom ersten Kind wird eine große soziale Leistung gefordert, daher sind bei den Patienten in Osaka die Suizidversuche am häufigsten bei den ersten Kindern zu finden.

Japan hat sich in den letzten 30 Jahren wirtschaftlich ebenso stark entwickelt wie die BRD, gleichzeitig haben Industrie und Gesellschaft von den Jugendlichen auch höhere Bildungsgänge gefordert. Also werden Jugendliche nicht nur von Lehrern, sondern auch von Eltern zu möglichst angesehenen Hochschulen getrieben. Dadurch sind Jugendliche in ihrem seelischen Wohlbefinden sehr bedrückt. Sie werden manchmal gewalttätig gegenüber ihren Eltern und ihren Lehrern und versuchen Suizid, insbesondere, wenn sie schlechte Schulleistungen zeigen und daher Angst vor der Schule haben

### 3. Zum Problem der Prophylaxe

Man kann davon ausgehen, daß wesentliche Gründe für Suizidversuche Jugendlicher bei der jeweiligen Gesellschaft liegen. In Japan ist eine Verbesserung des Schul- und Erziehungswesens dringend erforderlich, außerdem sollte der Staat seine Verantwortung erkennen, Vorbeugungsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen. Nach der Untersuchung der Patienten in Osaka meinen wir, daß eine Nachbetreuung für Jugendliche, die einen Suizidversuch unternommen haben, über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr erforderlich ist. Aber leider gibt es keine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an den staatlichen Universitäten in Japan.

Obwohl die Vorbeugungsmaßnahmen gegenüber Suizidversuchen Jugendlicher in der BRD aktiver und inhaltsreicher sind als in Japan, zeigt die Zahl der Suizide und Suizidversuche deutscher Jugendlicher, daß diese heute in einer noch kritischeren Situation stehen als japanische Jugendliche. In beiden hochindustrialisierten Ländern brauchen Jugendliche nach Erikson [10] ein längeres Moratorium, um ihre Persönlichkeit zu entwickeln und mehr Unterstützung als früher, bis sie sich unter den jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen genügend zurechtfinden können.

#### Summary

#### *A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents*

Following a brief survey of the literature concerning suicides and attempts at suicide among children and adolescents in highly industrialized countries the author, from a transcultural point of view, compares social and psychiatric data on 84 German and 81 Japanese adolescents who had survived an attempt at suicide. This comparison reveals characteristic differences with respect to the following variables: Ratio of attempted and accomplished suicides, age, procedures, conflict situation at the time of the suicide, problems with integration at school, alcohol and drug dependence, relations with the opposite sex, broken home situation, number of friends. Based upon these findings, suicidal tendencies and social backgrounds of the patients from both countries are investigated.

#### Literatur

[1] Balsemer, B. H., Masterson, J. F.: Suicide in adolescents. *Amer. J. Psychiatry* 116, 400–404 (1960). – [2] Becker, W.: Selbstmorde im Jugendalter. *Med. Klin.* 60, 226–231 (1965). – [3] Benedict, R.: *The chrysanthemum and the sword*. Boston: Houghton Mifflin Co. 1946. – [4] Biener, K., Burger, Chr.: Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugendlicher. *Nervenarzt* 47, 179–185 (1976). – [5] Böcker, F.: Über Veränderungen der Selbstmordkurven in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. *Nervenarzt* 43, 574–577 (1972). – [6] Bollea, G., Mayer, R.: Psychopathology of suicide in the formative years. *Acta Paedopsychiatr. (Basel)* 35, 336–344 (1968). – [7] Bron, B.: Suizidversuche bei jungen Menschen. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 44, 435–446 (1976). – [8] Cho-

quet, M., Facy, F., Davidson, F.: Suicide and attempted suicide among adolescents in France. In: *The suicide syndrome*. Farmer, R., Hirsch, S. (ed.) S. 73–89, London: Croom Helm 1980. – [9] Dührssen, A.: Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen. Göttingen: Verl. f. Med. Psychologie 1967. – [10] Erikson, E. H.: The problem of ego identity. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 4, 56–121 (1956). – [11] Feuerlein, W.: Suizidale Verhaltensweisen. *Neurol. Psychiatr. (Erlangen)* 6, 340–346 (1980). – [12] Fischer, H.: Selbstmord und Selbstmordversuch im frühen Reifungsalter. Erlangen-Nürnberg: Diss. med. 1970. – [13] Fujimoto, J., Shimizu, M., Kitamura, A.: Zwei Fälle von männlicher Pubertätsmagersucht (Japanisch). *Psychiatr. Neurol. Jap.* 78, 629–641 (1976). – [14] Harbauer, H.: Krisen der Pubertät und Suizid. *Med. Welt* 29, 1362–1364 (1978). – [15] Heurer, G.: Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta 1979. – [16] Hiruma, I.: Gakuen no Jisatsu. In: *Nihon no Jisatsu o Kangaeru*. Tatai, K., Kato, M. (Hrsg.) S. 183–191, Tokyo: Igaku Shoin 1974. – [17] Hobrückner, B., Rambow, V., Schmitz, G.: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 29, 218–225 (1980). – [18] Holinger, P. C.: Violent deaths among the young. *Amer. J. Psychiatr.* 136, 1144–1147 (1979). – [19] Kitamura, A., Shimizu, M., Wada, K., Kitamura, E., Inoue, Y., Yamamoto, A.: Eine vergleichende Untersuchung über die Selbstmordversuche und -todesfälle der japanischen Jugendlichen (Japanisch mit deutscher Zusammenfassung). *Psychiatr. Neurol. Jap.* 82, 121–131 (1980). – [20] Kitamura, A., Wada, K., Kitamura, E., Inoue, Y., Yamamoto, A.: Längsschnittuntersuchung über Suizidversuche bei japanischen Jugendlichen (Japanisch mit deutscher Zusammenfassung). *Psychiatr. Neurol. Jap.* 82, 372–385 (1981). – [21] Kreitman, N.: Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. *Nervenarzt* 51, 131–138 (1980). – [22] Lauterbach, M.: Suizidales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Diss. med. 1976. – [23] Lawler, R. H., Nakielny, W., Wright, N. A.: Suicidal attempts in children. *Canad. med. Assoc. J.* 89, 751–754 (1963). – [24] Lewinsky-Aurbach, B.: Suizidale Jugendliche. Stuttgart: Ferdinand Enke Verl. 1980. – [25] Löwman, H. W.: Suizidale Tendenzen bei neurotischen Kindern und Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 19, 165–167 (1970). – [26] Lungerhausen, E.: Suicide und Suizidversuche bei Schülern. *Z. Präy-Med.* 11, 414–433 (1966). – [27] Mangold, B., Seidl, J. E.: Der Suizidversuch als kinderpsychiatrischer Notfall. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 23, 233–240 (1974). – [28] Masuda, M.: Aru Ku no Jisatsu no Jittai. In: *Nihon no Jisatsu o kangaeru*. Tatai, K., Kato, M. (Hrsg.) S. 156–182, Tokyo: Igaku Shoin 1974. – [29] Meyer, J.-E.: Psychopathologie und Klinik des Jugendalters, Pubertät und Adoleszenz. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. 2. Aufl. Bd. III, Kisker, K. P., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.), S. 823–858, Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1972. – [30] Nissen, G.: Depressionen und Suizidalität in der Pubertät. *Z. Allgemeinmed.* 49, 435–439 (1973). – [31] Okamura, M.: Kyukyusha kara mita Jisatusu. In: *Nihon no Jisatsu o kangaeru*. Tatai, K., Kato, M. (Hrsg.), S. 140–155, Tokyo: Igaku shoin 1974. – [32] Ohara, K., Shimizu, S., Aizawa, S., Kojima, H.: Jido no Jisatsu (Dai Ippou). *Psychiatr. Neurol. Jap.* 65, 468–481 (1963). – [33] Ott, B.: Reaktive Selbstmordversuche bei Erwachsenen und Jugendlichen. *Med. Welt* 25, 1545–1548 (1974). – [34] Otto, U.: Suicidal attempts made by psychotic children and adolescents. *Acta psychiat. scand.* 56, 349–356 (1967). – [35] Ibid.: Suicidal acts by children and adolescents, a follow-up study. *Acta psychiat. scand. supplementum* 233 (1972). – [36] Remschmidt, H., Schwab, T.: Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. *Acta Paedopsychiatr.* 43, 197–208 (1978). – [37] Sabbath, J.: The role of the parents in adolescent suicidal behavior. *Acta Paedopsychiatr.* 38, 211–220 (1972). – [38] Sainsbury, P.: Suicide and attempted suicide. In: *Psychiatrie der*

- Gegenwart. 2. Aufl. Bd. III. *Kisker, K. P., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömngren, E.* (Hrsg.), S. 557–606. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1975. – [39] *Schieber, M.*: Suizidversuche und Suiziddrohungen im Kindes- und Jugendalter. Tübingen: Diss. med. 1979. – [40] *Schmitz, G.*: Selbstmord als Problemlösung. *Der praktische Arzt* 17, 2082–2094 (1980). – [41] *Schneer, H. I., Perlstein, A., Brozovsky, M.*: Hospitalized suicidal adolescents. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 14, 268–280 (1975). – [42] *Schwab, Th.*: Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. Marburg: Diss. med. 1975. – [43] *Shonen Shinri Kenkyukai* (Hrsg.): Shonen no Jisatsuboshi Jussoku. Tokyo: Tokyo Haha no Kai Rengokai 1978. – [44] *Siegel, E., Grund, H.*: Über den Suizid bei Kindern und Jugendlichen. *Psychiatr. Neurol. med. Psychol.* 25, 42–52 (1973). – [45] *Specht, F.*: Jugendalter und Suizidgefährdung. *Münch. med. Wschr.* 122, 677–681 (1980). – [46] *Statistisches Bundesamt* (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart und Mainz: W. Kohlhammer GmbH 1980. – [47] *Takagi, R.*: Suicidal attempts among children in Japan. In: *Transcultural research in mental health. Vol II of mental health research in Asia and the Pacific*. S. 88–105. The university press of Hawaii 1972. – [48] *Teicher, J. D.*: Children and adolescents who attempt suicide. *Pediat. Clin. N. Amer.* 17, 687–696 (1970). – [49] *Trube-Becker, E.*: Suizid bei Kindern und Jugendlichen. *Münch. Med. Wschr.* 112, 750–754 (1970). – [50] *Ders.*: Suizid im Schulkindesalter. *Münch. med. Wschr.* 121, 481–484 (1979). – [51] *Waage, G.*: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 15, 1–12 (1966). – [52] *Weiss, N. S.*: Recent trends in violent deaths among young adults in the United States. *Am. J. Epidem.* 103, 416–422 (1976). – [53] *Weitbrecht, H. J.*: Selbstmordprophylaxe bei Jugendlichen. *Z. Präy-Med.* 10, 458–473 (1965). – [54] *Welz, R.*: Selbstmordversuche in städtischen Lebensumwelten. Weinheim und Basel: Beltz 1979. – [55] *Wenz, F. V.*: Sociological correlates of alienation among adolescent suicide attempts. *Adolescence* 14/53, 19–30 (1979). – [56] *Ders.*: Self-injury behavior, economic status and the family anomie syndrome among adolescents. *Adolescence* 14/54, 387–398 (1979). – [57] *WHO Regional Office Europa* (Hrsg.): Suicide and attempted suicide in young people. Report on an conference. Luxembourg 19–23 August 1974. – [58] *Zumpe, L.*: Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen. *Z. Psychother. med. Psychol.* 9, 223–243 (1959). – [59] *Ders.*: Selbstmordversuch bei Kindern und Jugendlichen. In: *Psychologische Praxis*. H. 39. *Haffter, C., Waage, G., Zumpe, L.* (Hrsg.), Basel und New York: S. Karger 1966.
- Ansch. d. Verf.: Dr. med. Akihide Kitamura, Department of Neuropsychiatry, Osaka University Medical School, Fukushima-Ku, Osaka – Japan; Kontaktadresse: Prof. Dr. F. Specht, v.-Siebold-Str. 5, 3400 Göttingen.