

(Aus dem Rechtsmedizinischen Institut der Universität in Helsingfors.
Vorstand: Prof. Dr. *Ernst Ehrnrooth*.)

Über Selbstmorde und Selbstmörder in Finnland.

Von
Oiva Elo,
Assistenzarzt.

Mit 10 Kurvendarstellungen.

Einleitung.

Im Jahre 1864 erschien *Th. Saelans* wissenschaftliche Abhandlung: „Om självmordet i Finland i statistiskt och rättsmedicinskt avseende“ (Über den Selbstmord in Finnland in statistischer und rechtsmedizinischer Hinsicht), die einzige medizinische Schrift, die überhaupt in Finnland auf diesem Gebiet im Druck erschienen ist. Es ist daher kein Wunder, wenn diese Frage nach Ablauf eines so langen Zeitraums wieder zur Behandlung herangezogen wird, insbesondere in Anbetracht dessen, daß die Behandlung des Materials heute eine ziemlich andere als zu *Saelans* Zeiten sein wird. Etwa um die Jahrhundertwende ging man nämlich von der Massenstatistik zur individuellen, und zwar zu einer möglichst eingehenden und detaillierten Kasuistik über. Die Untersuchung von *Saelan* ist noch nach den Methoden der alten Generation ausgeführt, uns aber interessiert vor allem die Persönlichkeit des Selbstmörders. Die Massenstatistik hat bereits das ihrige geleistet, sie wird uns keine weiteren Aufschlüsse geben, sondern nur auf die im Lauf der Zeit sich geltend machenden Schwankungen hinweisen. In immer erhöhtem Grade wendet die moderne Forschung ihr Interesse der psychischen und physischen Verfassung solcher Individuen zu, die sich selbst das Leben nehmen. Durch derartige Untersuchungen ist bereits viel Interessantes entschleiert worden und sie sind dazu geeignet, uns ein tieferes Verständnis in dieser Frage zu erschließen und uns zugleich eine Vorstellung davon zu geben, welche Schwierigkeiten eine erschöpfende Klärung dieses Phänomens zu überwinden hat. Was für Persönlichkeiten sind denn nun eigentlich Selbstmörder in psychischer und physischer Hinsicht? Aus leicht einzusehenden Gründen wird eine Untersuchung der seelischen Verfassung eines Selbstmörders immer auf so gut wie unüberwindliche Hindernisse stoßen. Mit Ausnahme der Irrenanstaltskranken, denen es gelingen sollte, Hand an sich zu legen, und über deren psychischen Zustand wir

genau Bescheid wissen, werden wir in bezug auf Selbstmörder im allgemeinen auf die von Laien gegebenen Aussagen angewiesen sein, und diese sind stets mehr oder weniger ungenau, wenn nicht gar überhaupt unzuverlässig. Auch dürfen wir Personen, die einen mißlungenen Selbstmordversuch unternahmen, nicht ohne weiteres unter die wirklichen Selbstmörder einreihen. Die gerichtliche Medizin hat es nur mit dem leblosen Körper zu tun; sie wird also über die Psyche des Selbstmörders nichts aussagen können und hat bereits viel zu viel darüber gesagt und sich zu Schlußfolgerungen verleiten lassen, deren wissenschaftlicher Wert zum mindesten sehr fragwürdig sein dürfte. Eine eingehende psychologische Untersuchung der Selbstmörder wäre von allergrößter Tragweite; da wir nun aber gegebenenfalls nicht im voraus wissen können, wer ein Selbstmörder sein wird, so wird eine solche Untersuchung immer im hohen Grade nur vom Zufall abhängig sein. Stellen wir indessen alles zusammen, was in irgendeiner Weise Licht auf die „wirklichen“ Motive der Selbstmörder werfen könnte, so vermag ein solcher Versuch uns doch vielleicht dem Kern des Problems etwas näherbringen.

Statistisches.

Hier soll nun zuerst die Untersuchung unseres Vorgängers in aller Kürze referiert werden.

Das Material von *Saelan* enthält die in Finland während der Jahre 1841—1860, also im Verlauf einer 2 Jahrzehnte langen Zeitspanne verübten Selbstmorde. Nach den im Medizinalamt aufbewahrten Obduktionsprotokollen, belief sich die Anzahl der in dieser Zeit begangenen Selbstmorde auf 1440, was im Durchschnitt 1 Selbstmord auf 22510 oder 4,44 Selbstmorde auf 100000 Einwohner ausmacht. Hiervon kamen auf das erste Jahrzehnt durchschnittlich 1/23650, auf das zweite 1/21556, was also auch bei uns sich anderenorts in der Welt geltend machendem Zuwachs entspricht. Hinsichtlich der verschiedenen Jahreszeiten, in welchen diese Selbstmorde verübt wurden, geht aus der Statistik hervor, daß ihre Anzahl in den ersten und letzten Jahresvierteln am geringsten, in den wärmeren am größten war, mit meist in den Februar und Mai fallendem Minimum bzw. Maximum. Die zwischen Selbstmorden von Männern und Frauen bestehende Relation war 5,4 : 1. Auch stellte *Saelan* fest, daß mit zunehmendem Alter die Selbstmorde bei beiden Geschlechtern zunahmen, ein Umstand, der auch in anderen Statistiken jener Zeit seine Bestätigung findet. Was die Art des Selbstmordes betrifft, so dominiert damals absolut der Selbstmord durch den Strang, der 60,3% sämtlicher Fälle ausmacht. Die Anzahl der Selbstmorde durch Ertränkung machte 18,9%, durch Messer- oder Stichwunden 12,4%, durch Erschießen 7,5% und schließlich Vergiftungsfälle nur 0,9% (von diesen 0,8% Männer und 1,6% Frauen). Nicht eine einzige Frau nahm sich durch Erschießen das Leben. Da Selbstmord durch den Strang einigermaßen gleich häufig bei Männern und Frauen vorkam, macht sich also zwischen den beiden Geschlechtern nur insofern ein Unterschied geltend, als sich Frauen bei weitem häufiger als Männer, und zwar in 30,6% gegen 16,7% durch Ertränken das Leben nahmen, während auf der anderen Seite (zumeist der Oberklasse angehörende) Männer in 8,9% der Fälle, gegen 0% der Frauen zur Schußwaffe griffen. Andere Selbstmordarten kamen nach *Saelan* in der in Frage stehenden Zeit überhaupt nicht vor. Auch den Selbstmordsmotiven schenkt

Saelan seine Beachtung, indem er die damals in gewissen Kreisen herrschende Ansicht bekämpfte, der Selbstmord sei stets als Symptom einer Geistesstörung aufzufassen, und er führt auch einige Beispiele zur Begründung seines Standpunktes an. Er kommt jedoch, nach den im Obduktionsprotokoll verzeichneten Aussagen der Hinterbliebenen zu dem Schluß, daß etwa die halbe Anzahl der Selbstmörder seiner Statistik geisteskrank gewesen sein muß, obschon die Obduktion nichts diese Annahme Bestätigendes ergab. Zum Schluß mag auch noch bemerkt sein, daß in etwa 25% der Fälle der Genuß von starken Getränken mitgewirkt haben dürfte.

Da nun in Finnland seit *Saelan* keine weiteren Untersuchungen über Selbstmörder angestellt worden sind, dürfte es sich wohl der Mühe lohnen, zu untersuchen, inwiefern sich in dieser Beziehung bei uns die Sachlage verändert haben könnte. In unserem Vorhaben wurden wir durch den Leiter des Instituts, Herrn Prof. *Ernst Ehrnrooth* bestärkt, dem wir in diesem Zusammenhang unseren herzlichsten Dank aussprechen.

Material.

Das Material besteht aus den im Lauf der letzten 24 Jahre (1905 bis 1928) im hiesigen rechtsmedizinischen Institut obduzierten Selbstmördern. Die Mehrzahl der Protokolle ist von *Ehrnrooth* verfaßt und sie sind durchweg so genau und sorgfältig ausgearbeitet, daß sie sich zu einer wissenschaftlichen Arbeit verwenden lassen.

Das Material umfaßt im ganzen 923 Fälle: 736 Männer und 187 Frauen. Die Anzahl der Fälle, in denen bei der Obduktion etwas Pathologisch-anatomisches nachgewiesen werden konnte, beläuft sich auf 466. Diesen „positiven“ Fällen wurden jedoch ebenfalls solche anatomisch negative gezählt, in denen bei den betreffenden Individuen anamnestisch ein seelisch abnormer Zustand sicher vorlag, sowie die graviden und menstruierenden Frauen. Eine Behandlung des Materials lassen wir im weiteren Verlauf unserer Arbeit folgen, so daß in diesem Zusammenhang keine Einzelheiten besprochen werden sollen. Doch sei bemerkt, daß vom Jahre 1928 ab bei der Obduktion auch die Konstitution des Selbstmörders in Übereinstimmung mit *Kretschmers* Einteilung mit in Betracht gezogen wurde. Schon in diesem Zusammenhang soll ein bescheidenes Material derart untersuchter Fälle vorgelegt werden. Bevor wir jedoch zu einer Besprechung dieser letzteren übergehen, soll das Material zuvor vom rein statistischen Standpunkt aus behandelt werden. Dann sollen zugleich einige Zahlen über in unserem Lande im Zeitraum 1905—1927 verübte Selbstmorde angeschlossen werden.

Statistik.

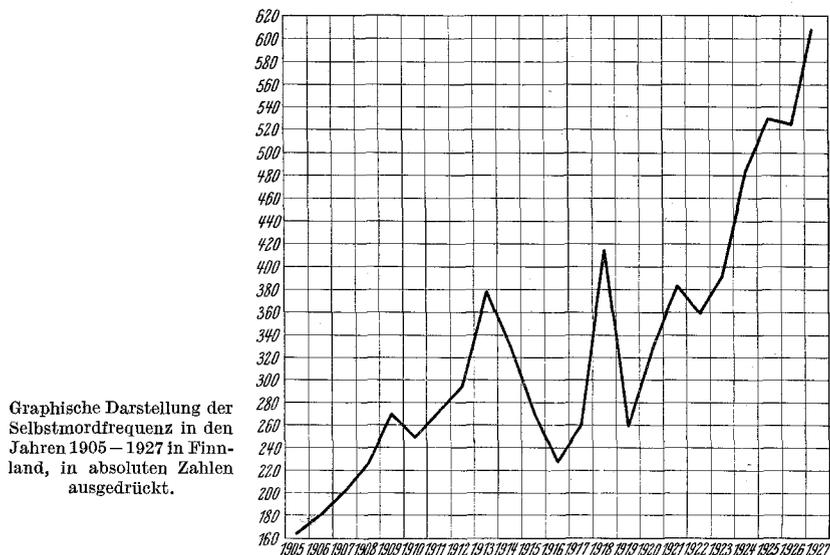
Die uns zur Verfügung stehenden Angaben über sämtliche in Finnland verübten Selbstmorde stammen aus dem statistischen Hauptamt in Helsingfors.

Tab. 1 und 2 enthalten die Anzahl der im ganzen Lande verübten Selbstmorde in absoluten Zahlen, Prozenten und graphischen Kurven.

Tabelle 1. Anzahl der Selbstmordfälle aus den Jahren 1905—1927 in Finnland.

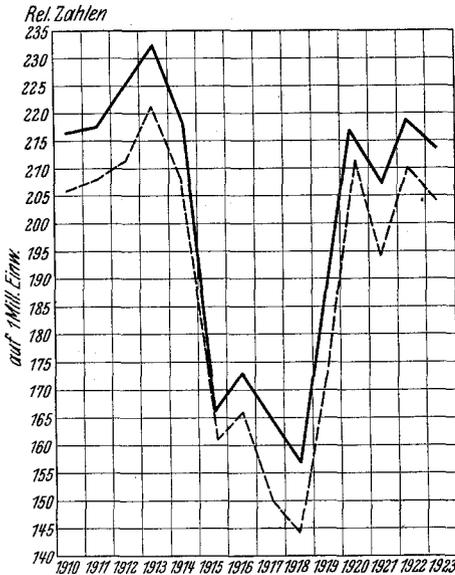
Jahr	Absolute Zahl für beide Geschlechter	Prozentual für beide Geschlechter	Absolute Zahl		Prozentual für	
			Männer	Frauen	Männer	Frauen
1905	162	2,0	—	—	—	—
1906	180	2,4	—	—	—	—
1907	203	2,7	—	—	—	—
1908	227	3,0	—	—	—	—
1909	270	3,6	—	—	—	—
1910	255	3,4	—	—	—	—
1911	273	3,6	—	—	—	—
1912	296	3,9	—	—	—	—
1913	378	5,0	—	—	—	—
1914	331	4,4	—	—	—	—
1915	274	3,6	—	—	—	—
1916	227	3,0	—	—	—	—
1917	260	3,6	—	—	—	—
1918	416	5,5	—	—	—	—
1919	259	3,6	—	—	—	—
1920	331	4,4	—	—	—	—
1921	382	5,1	306	76	80,0	20,0
1922	359	3,6	282	77	78,5	21,5
1923	394	5,2	317	77	80,5	19,5
1924	482	6,4	395	87	82,0	18,0
1925	531	7,0	424	107	80,0	20,0
1926	525	6,9	436	89	83,0	17,0
1927	614	8,1	506	109	82,0	18,0
	7629	100,0				

Tabelle 2.



Aus den Zahlen der Tab. 1 und noch deutlicher aus den Kurven Tab. 2 geht hervor, daß sich die Anzahl der Selbstmorde von 1905—1913 in stetigem langsamem Steigen befand, daß darauf 3 Jahre mit sinkender Tendenz folgen, nach welchen dann wiederum eine Steigerung einsetzt. Diese sinkende Tendenz fällt in die ersten Weltkriegsjahre und macht sich nach *G. Füllkrugs* im Jahre 1927 veröffentlichten Untersuchung, in den Statistiken der meisten europäischen Staaten, und zwar sowohl

Tabelle 3.



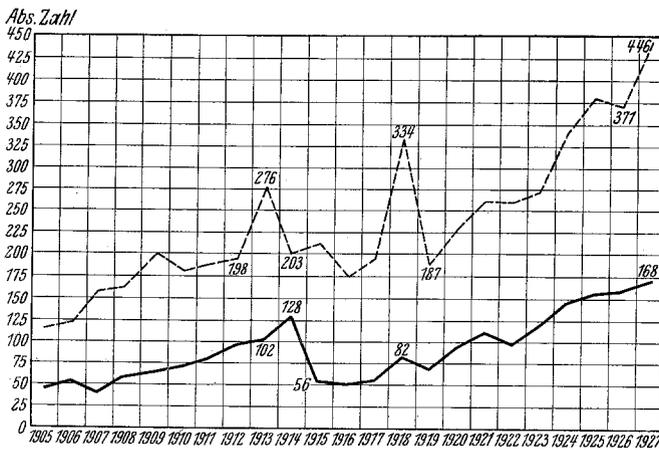
Relative Anzahl der im Deutschen Reiche (—) und Preußen (---) in den Jahren 1910—1923 verübten Selbstmorde pro 1 Million Einwohner (nach *Füllkrug*).

der kriegsbeteiligten als der neutralen, geltend. Nach Kriegsschluß steigt die Anzahl der Selbstmorde in den meisten Ländern wieder in die Höhe. Tab. 3 ist aus 2 Tabellen von *Füllkrug* zusammengestellt, welche die relative Anzahl der im Verlauf von 14 Jahren (1910 bis 1923) im Deutschen Reich und Preußen verübten Selbstmorde (pro Million) enthielten. Die Kurve in unserer Statistik für die entsprechende Zeit stimmt übrigens, abgesehen davon, daß bei uns das Jahr 1918 eine hohe Spitze aufweist, so gut wie vollkommen mit diesen Tabellen überein. In diesem Jahr herrschten in Finnland Bürgerkrieg und unruhige Zustände. Wir werden infolgedessen, bei einem Vergleich der Selbstmordanzahl in Finnland, sowohl den Einfluß

des Weltkrieges als auch des inneren Krieges in Betracht ziehen müssen. Während des Krieges *nahm* die Anzahl der Selbstmorde in den kriegsführenden Ländern entschieden *ab*, bei uns *stieg* sie während des Bürgerkrieges merkbar. Wenn auch Krieg immer eine schwere Heimsuchung für ein Volk bedeutet, so wird doch ein nach außen geführter Krieg im Vergleich zur deprimierenden Einwirkung eines inneren Krieges zugleich doch stets auch Begeisterung und Opferbereitschaft auslösen. Welcher Art die politischen Gründe des Weltkrieges immer gewesen sein mögen, den mit einbezogenen Völkern war er gleichbedeutend mit der Verteidigung des Vaterlandes. Der Bürgerkrieg in Finnland im Jahre 1918 war nur für einen Teil des Volkes ein Befreiungskampf; dem Volk als Ganzes betrachtet, galt er als ein Klassenkampf mit all den damit verknüpften

Schrecken. Ein nach außen geführter Krieg wird naturgemäß eine Heimsuchung, insbesondere für das unterliegende Volk sein, dessen Eigentum und Erwerbsquellen vom Gegner vernichtet werden, aber auch in allen kriegsführenden Ländern für diejenigen, die im Kriege Schirm und Schutz verlieren. Dies sind jedoch zum größten Teil Frauen und Greise, von denen erstere überhaupt nur relativ selten, und wenn, dann, wie weiterhin besprochen werden soll, meist aus anderen Gründen zum Selbstmord getrieben werden, letztere wiederum infolge von allerschwerster Krankheit ein größeres Sterblichkeitsprozent aufweisen, so daß hier die Anzahl der Überlebenden sowieso nur gering sein wird, also

Tabelle 4.



Absolute Selbstmordanzahl in Stadt (—) und Land (---) in den Jahren 1905—1927 in Finnland.

auch die unter ihnen vorkommenden Selbstmorde nicht ins Gewicht fallen. Die Altersklassen der Männer, auf welche die absolut größte Anzahl Selbstmörder kommt, sind einberufen, und sollten sich unter ihnen Selbstmordkandidaten befinden, so bietet sich diesen im Felde die beste Gelegenheit dazu, ihrem Leben, noch dazu mit der Helden- glorie, ein Ende zu machen. Die Arbeiterklasse, die das größte Selbst- mörderprozent aufzeigt, ist während des Krieges teils ins Feld einberufen, teils findet sie behufs Anfertigung von Kriegsbedarf in Fabriken Be- schäftigung, wodurch ihr genügende Arbeit und ein erträglicher Lebens- unterhalt geboten wird. Von diesem Gesichtspunkt aus läßt es sich unschwer verstehen, warum die Selbstmordanzahl während des Krieges relativ gering sein wird, ohne mit *Füllkrug* anzunehmen zu brauchen, daß in den unruhigen Kriegszeiten ein Teil der Selbstmorde unbeachtet bleibt. Bei einem Bürgerkrieg wird es sich anders verhalten. Im Lande

herrscht Verwirrung, Leben und Besitz friedlicher Einwohner sind in steter Gefahr und die Anhänger der unterliegenden Partei müssen einer mitleidslosen Unterdrückung gewärtig sein. Daher wundert es uns durchaus nicht, daß in solchen Zeiten die Anzahl der Selbstmorde groß sein wird. Bei einer Durchmusterung der Tab. 4, welche die absoluten Zahlen der Selbstmorde in Stadt und Land graphisch darstellt, bemerken wir, daß die große Anzahl der im Jahre 1918 verübten Selbstmorde von den zahlreichen, *auf dem Lande* verübten Selbstmorden herührt. Wollen wir wiederum genauer darüber Bescheid erhalten, in welcher Gegend unseres Landes die meisten Selbstmorde im Jahre 1918 vorkamen, so zeigt uns Tab. 5, daß im Vergleich zum Jahre 1917 die

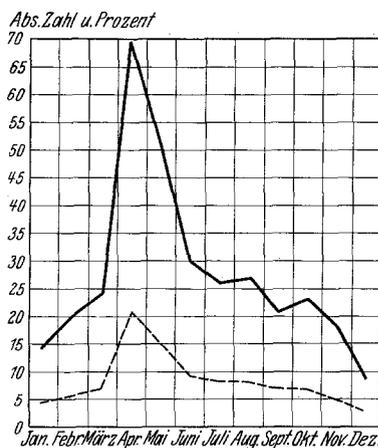
Tabelle 5. *Die Maximalzahlen von Selbstmorden in den verschiedenen Regierungsbezirken in den Jahren 1905—1920.*

Regierungs- bezirk	Anzahl der Selbstmorde des Jahres 1917	Anzahl der Selbstmorde des Jahres 1918	Zunahme (+) oder Abnahme (-)	Maximalzahl der Selbstmorde in den Jahren 1905—1920		Zunahme (+) oder Abnahme (-) im Vergleich zur Anzahl des Jahres 1918
				Jahr	Anzahl der Selbstmorde	
Uusimaa . . .	32	42	+ 31 %	1913	37	+ 14 %
Turku-Pori . .	27	41	+ 52 %	1913	37	+ 10 %
Häme	20	71	+ 255 %	1920	36	+ 97 %
Viipuri	38	71	+ 87 %	1920	58	+ 22 %
Mikkeli	19	30	+ 58 %	1909	23	+ 30 %
Kuopio	14	21	+ 50 %	1920	27	- 22 %
Waasa	35	33	- 6 %	1913	47	- 30 %
Oulu	14	24	+ 71 %	1913	23	- 4 %

Anzahl der Selbstmorde im Regierungsbezirk Häme im Jahr 1918 um 255 %, im Reg.-Bez. Viipuri um 87 %, im Reg.-Bez. Oulu um 71 %, im Reg.-Bez. Mikkeli um 58 %, im Reg.-Bez. Turku-Pori um 52 %, im Reg.-Bez. Kuopio um 50 % und im Reg.-Bez. Uusimaa um 31 % gestiegen war. Nur im Reg.-Bez. Waasa ging das Selbstmordprozent mit 6 % herab. Da nun aber eventuell aus irgendeinem Grunde die Anzahl der Selbstmorde im Jahr 1917 in diesem oder jenem Regierungsbezirk geringer als gewöhnlich gewesen sein könnte, wurden in der betreffenden Tab. 5 die höchsten Selbstmordziffern aus den Jahren 1905—1920 in den verschiedenen Regierungsbezirken angeschlossen, und bei einem Vergleich der derart erhaltenen Maximalwerte mit den Selbstmordziffern aus dem Jahre 1918 können wir auch gewisse Abweichungen von früher erhaltenen Relationsziffern feststellen. Die Zunahme im Reg.-Bez. Häme, wo sie 97 % beträgt, ist noch immer am höchsten, dann folgt der Reg.-Bez. Mikkeli mit 30 %, Viipuri mit 22 %, Uusimaa mit 14 % und endlich Turku-Pori mit 10 %. Die Reg.-Bez. Kuopio, Waasa und Oulu weisen einen Rückgang auf. Die Kämpfe im Jahr 1918 fanden in denjenigen

Regierungsbezirken statt, die eine Steigerung der Selbstmordanzahl angeben; die wichtigsten und blutigsten, die dann ausschlaggebend für den Ausgang des Bürgerkrieges waren, fielen in den Reg.-Bez. Häme. Am wenigsten wurden die Reg.-Bez. Uusimaa und Turku-Pori in Mitleidenschaft gezogen und hier sind denn auch die unbedeutendsten Steigerungen zu verzeichnen. Noch ein weiterer Umstand spricht für unsere Annahme, daß die Unbillen des inneren Krieges und insbesondere die Verzweiflung der im Kampfe unterliegenden Klasse das ihrige zu der überaus hohen Selbstmordziffer des Jahres 1918 beigetragen haben. Damals war das finnische Volk in 2 Lager geteilt: in dem einen standen die Bürgerschaft und die Bauernbevölkerung, also mit anderen Worten die besitzenden Klassen, und diese kämpften für die Befreiung Finnlands von der russischen Oberherrschaft, wozu sich dank der damals in Rußland ausbrechenden Revolution ein geeigneter Zeitpunkt darbot. Im entgegengesetzten Lager stand die Arbeiterklasse, das Proletariat, dem sich ebenfalls in jener Zeit eine einzigartige Gelegenheit zu bieten schien, mit Hilfe der in Finnland stationierten russischen revolutionären Soldaten, die besitzende Klasse zu unterdrücken und nach russischem Vorbild eine Proletariatsdiktatur zu proklamieren. Der Krieg trug also nicht nur den Charakter eines Befreiungskampfes, sondern er war zugleich ein Klassenkampf. Er begann im Januar 1918 und dauerte bis April, Mai desselben Jahres, wo die rote Armee endgültig geschlagen und die russischen Soldaten aus dem Lande vertrieben waren. Es scheint durchaus natürlich, daß die Verzweiflung der unterliegenden Partei im entscheidenden Augenblick ihren Höhepunkt erreichte; war man sich doch dessen völlig bewußt, daß sie nicht allein als besiegte Gegner, sondern vor allem als Landesverräter behandelt werden würden. Es war also vorauszusehen, daß, als im April und Mai 1918 sich der Kampf in den verschiedenen Teilen des Landes seiner Entscheidung näherte, die Anzahl der Selbstmorde ihr Maximum erreichen würde, da angesichts der Niederlage diejenigen, die sich einer sicher bevorstehenden Bestrafung entziehen wollten, lieber zum Selbstmord griffen. Bei einer Prüfung der Tab. 6 ergibt sich ohne weiteres, daß unsere Annahme

Tabelle 6.



Selbstmordanzahl in absoluten Zahlen (—) und Prozenten (---) im Jahre 1918 in Finnland monatlich dargestellt.

Der Krieg trug also nicht nur den Charakter eines Befreiungskampfes, sondern er war zugleich ein Klassenkampf. Er begann im Januar 1918 und dauerte bis April, Mai desselben Jahres, wo die rote Armee endgültig geschlagen und die russischen Soldaten aus dem Lande vertrieben waren. Es scheint durchaus natürlich, daß die Verzweiflung der unterliegenden Partei im entscheidenden Augenblick ihren Höhepunkt erreichte; war man sich doch dessen völlig bewußt, daß sie nicht allein als besiegte Gegner, sondern vor allem als Landesverräter behandelt werden würden. Es war also vorauszusehen, daß, als im April und Mai 1918 sich der Kampf in den verschiedenen Teilen des Landes seiner Entscheidung näherte, die Anzahl der Selbstmorde ihr Maximum erreichen würde, da angesichts der Niederlage diejenigen, die sich einer sicher bevorstehenden Bestrafung entziehen wollten, lieber zum Selbstmord griffen. Bei einer Prüfung der Tab. 6 ergibt sich ohne weiteres, daß unsere Annahme

zutreffend ist. Wir sehen, daß die absolute Anzahl der Selbstmorde angegebene Kurve im April einen hohen Gipfel hat, den sie auch noch im Verlauf des Mai beibehält und daß sie dann im weiteren Verlauf des Jahres langsam wieder sinkt.

Da es nun nicht ausgeschlossen ist, daß die betreffende Steigerung eventuell Kurvenschwankungen der durchschnittlichen Selbstmordanzahl in den verschiedenen Monaten entsprechen könnte, wollen wir die unterbrochene Kurve der Tab. 6, die den Prozentsatz der Selbstmorde in den einzelnen Monaten des Jahres 1918 angibt, mit der den durchschnittlichen Prozentsatz der Selbstmorde in Finnland in den einzelnen Monaten der Jahre 1905—1927 bezeichnenden Kurve in Tab. 7 vergleichen. Wir finden, daß in letzterer das Maximum in den Mai fällt, doch weist die Kurve keinen solchen steilen Gipfel wie die 1918er Kurve im April auf. Folglich haben die Selbstmorde in den vom Bürgerkrieg heimgesuchten Regierungsbezirken im Kriegsjahr merklich zugenommen und macht sich gerade in den entscheidenden Monaten ein hohes Maximum geltend. Mit vollem Recht darf man also die beiden Tatsachen, einerseits den Bürgerkrieg und andererseits die zahlreichen Selbstmorde jener Zeit in ein Ursachen und Folgeverhältnis zueinanderstellen.

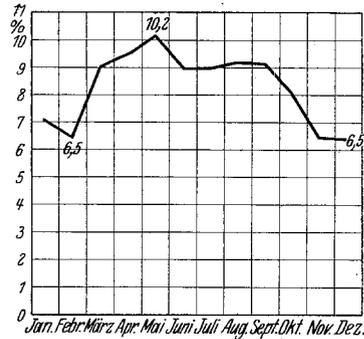
Wenn wir nun auch einigermaßen imstande sind, den Grund zu den verminderten Selbstmorden in den kriegführenden Staaten aufzudecken, so entsteht auf der anderen Seite die Frage, warum in den meisten neutralen Staaten die Anzahl der Selbstmorde während des Krieges abnahm? Damals verblieben nur die Kleinstaaten Europas neutral, deren Außenhandel durch den Krieg so gut wie total unterbunden war, so daß diese Länder so gut wie ausschließlich auf ihre Eigenproduktion angewiesen waren, wodurch gegebenenfalls dann die Industrie der betreffenden Länder auf gewissen Gebieten einen hohen Aufschwung nahm, was den Arbeitslosen wiederum reichliche Gelegenheit zu Arbeitsverdienst erbot. Auf der anderen Seite mußten diejenigen Industriezweige, die auf Anfertigung von zur Ausfuhr bestimmten Waren eingestellt waren, naturgemäß große Verluste erleiden, falls nicht ihre gesamte Produktion im Eigenlande Absatz fand. Trotz allem muß man diese Zeit als eine für den Arbeitsmarkt günstige bezeichnet werden. Was nun Finnland betrifft, so gestaltete sich dieser Zeitraum für unsere einheimische Industrie sehr günstig, da nämlich Rußland große Bestellungen in Finnland machte und außerdem im ganzen Lande Wallgrabenarbeiten organisierte, die eine große Menge Arbeiter beschäftigten. Nebenbei sei erwähnt, daß auch in den neutralen Staaten die Kriegszeit im Zeichen einer größeren Enthaltbarkeit in bezug auf starke Getränke stand als die Vor- und Nachkriegszeit; waren doch die Exportländer, in denen die veredelten Getränke hergestellt werden, beinahe sämtlich in den Krieg verwickelt, so daß an eine Ausfuhr nicht zu denken war. Und

schließlich ist es sehr wohl denkbar, daß in den neutralen Ländern irgendwie kompromittierte oder sonst unruhige Elemente sich an die verschiedenen fremden Fronten begaben. Die eben angeführten Ursachen werden wohl sämtlich eine Rolle gespielt haben, doch können sehr wohl auch noch anderweitige Gründe in Betracht kommen.

Im vorstehenden wurde bereits darauf aufmerksam gemacht, daß die die in den einzelnen Monaten des Jahres 1918 verübten Selbstmorde bezeichnende Kurve sich nicht mit der Kurve deckt, die den diesbezüglichen Mittelwert des Zeitraums 1905—1927 angibt. Werfen wir nun einen Blick auf Tab. 7, in welcher die Kurve die durchschnittliche Anzahl der in zuletztgenannter Periode verübten Selbstmorde in Prozenten für die einzelnen Monate aufgezeigt, so finden wir hier das Maximum im Mai, das Minimum im Februar und Dezember. Im allgemeinen haben alle Statistiken dargelegt, daß die Anzahl der Selbstmorde in den wärmeren Jahreszeiten größer als in den kalten ist und sind eine Menge mehr oder weniger gelungener Hypothesen für diese Erscheinung aufgestellt worden. Ich will jedoch hier nicht näher auf dieselben eingehen.

Vergleichen wir nun die Anzahl der Selbstmorde mit der Einwohnerzahl des Landes und berechnen wir ferner, auf wie viele Köpfe je ein Selbstmord kommt, so erhalten wir für die Periode 1905—1927:

Tabelle 7.



Darstellung der durchschnittlichen Prozentwerte der in Finnland verübten Selbstmorde in den Jahren 1905—1927, monatlich verteilt.

Tabelle 8.

Jahr	1 Selbstmord auf Einwohner	Selbstmordziffer auf 100000 Einw.	Jahr	1 Selbstmord auf Einwohner	Selbstmordziffer auf 100000 Einw.
1905	17852	5,60	1917	12873	7,77
1906	16299	6,14	1918	8009	12,49
1907	14654	6,82	1919	12877	7,77
1908	13272	7,53	1920	10166	9,84
1909	11331	8,83	1921	8907	11,23
1910	12216	8,18	1922	9569	10,45
1911	11556	8,65	1923	8806	11,07
1912	10799	9,26	1924	7251	10,93
1913	8550	11,70	1925	6641	15,06
1914	9877	10,12	1926	6778	14,75
1915	12046	8,30	1927	5835	17,14
1916	14648	6,80		10948	9,84

Zunahme begriffen, so daß, während *Saelan* in seiner Statistik nur 7,5% dieser Todesart angibt, sie in unserer Statistik die zweitgrößte Gruppe mit 30,4% bildet. Dann folgt der Selbstmord durch Ertränkung mit 10,5% und schließlich die Selbstvergiftung mit 9,1%. Andere Todesarten kommen nur selten vor.

Vergleichen wir nun die Selbstmordart bei den beiden Geschlechtern, so finden wir in den Städten den größten Unterschied bei den *Vergiftungselbstmorden*. Bei *Frauen* dominieren diese, indem sie hier die höchste Prozentziffer (38,4) ergeben. Dies war keineswegs immer der Fall, haben wir doch in *Saelans* Statistik als entsprechenden Prozentwert nur 1,6. In 2. Reihe steht bei *Frauen* der Selbstmord durch den Strang mit 22%. Dann folgt der Selbstmord durch Ertränkung mit 19,2%. An 4. Stelle steht gegenwärtig mit 12% der Selbstmord durch Erschießung, während bei *Saelan* die entsprechende Zahl 0 war. Bei *Männern* hat das Erschießen dem Erhängen den Rang abgelaufen und beträgt gegenwärtig bereits 37,6% gegen 36,7% Erhängungsselbstmorde. Die beiden letztgenannten Selbstmordarten werden von *Männern* allem Anschein bevorzugt, und kommen andere Arten unter ihnen nur selten vor. Doch seien hier auch noch 8% Vergiftungs- und 6,1% Ertränkungsfälle erwähnt. Der am meisten hervortretende Unterschied zwischen *Saelans* und unserer Statistik besteht also darin, daß heutzutage *Frauen* der Ertränkung andere Todesarten, vor allem Gifte und Erschießung, vorziehen, während *Männer* immer häufiger zur Schußwaffe greifen.

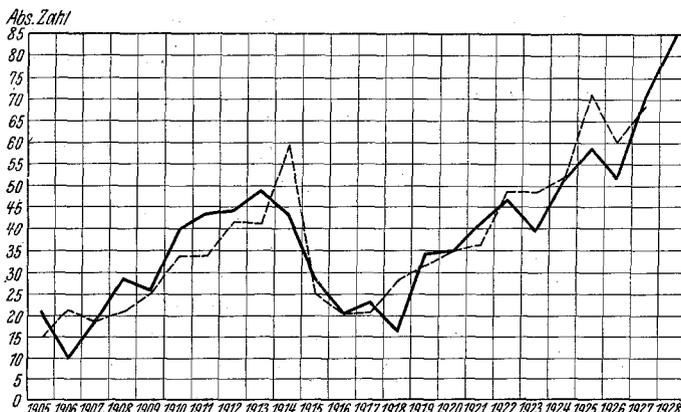
Zu weiteren Auseinandersetzungen gibt uns unsere, das gesamte Land umfassende Statistik keine Veranlassung, und wollen wir daher zu unserem eigentlichen Material, den in *Helsingfors* im Verlauf von 1905—1928 verübten, rechtsmedizinisch obduzierten Selbstmördern übergehen.

Sezierte Fälle.

A. Statistisches.

Bei einer Durchmusterung der Tab. 10, die die absolute Anzahl der in *Helsingfors* in den Jahren 1905—1928 (1927) verübten Selbstmorde nach Berichten der Obduktionsprotokolle (dicke Linie) und Notizen aus den Kirchenbüchern (unterbrochene Linie) enthält, treten uns die gleichen Umstände wie auf der das ganze Land umfassenden Tab. 2 entgegen, mit dem Unterschied, daß wir an der vorher besprochenen Stelle des Jahres 1918 keinerlei Steigerung, sondern im Gegenteil, einen tiefen Niedergang (sezierte Fälle) haben. Auch hier macht sich ein durch den Weltkrieg bedingtes Fallen und darauffolgendes Steigen geltend, welches in den 3 letzten Jahren immer steiler wird.

Tabelle 10.



Absolute Anzahl in Helsingfors verübter Selbstmorde in den Jahren 1905—1928 nach Berichten der Obduktionsprotokolle (—) und Kirchenbüchern (---).

Tab. 11 und 12 enthalten die absoluten Zahlen, Prozente und graphischen Kurven für die in Helsingfors im Verlauf der verschiedenen Monate der Jahre 1905—1928 verübten Selbstmorde. Die beiden Geschlechter sind folgendermaßen vertreten: 736 Männer und 187 Frauen.

Die graphische Kurve verläuft hier etwas anders als in der das gesamte Land betreffenden Tab. 7. Allerdings bezeichnet die Kurve in der einen die absoluten und in der anderen die Prozentwerte; in der Hauptsache aber weichen die Kurven voneinander ab, auch wenn man sie in Repräsentanten ein und derselben Größen

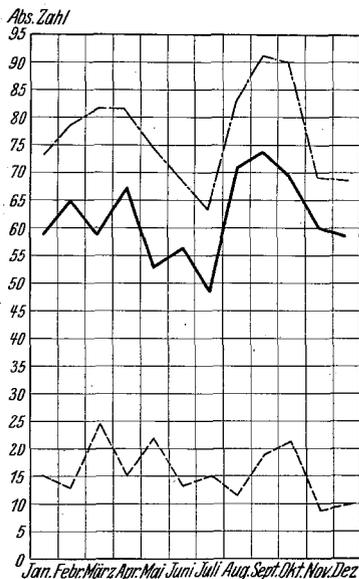
Tabelle 11. Anzahl der obduzierten Selbstmordfälle aus den Jahren 1905—1928 in Helsingfors, nach den Monaten geordnet.

	Absolute Zahl	Absolute Zahl	Absolute Zahl	Prozentual für beide Geschlechter in Helsingfors	Prozentual für beide Geschlechter im ganzen Lande
	Männer	Frauen	Zusammen		
Januar	58	15	73	8,00	7,10
Februar	65	13	78	8,50	6,50
März	58	24	82	8,75	9,00
April	67	15	82	8,75	9,50
Mai	53	22	75	8,00	10,20
Juni	56	13	69	7,50	9,00
Juli	48	15	63	7,00	9,00
August	71	12	83	9,00	9,30
September	73	18	91	9,85	9,20
Oktober	69	21	90	9,75	8,10
November	60	9	69	7,50	6,60
Dezember	58	10	68	7,40	6,50
	736	187	923	100,00	100,00

verwandeln würde. Bei einem Vergleich der Männer- und Frauenkurven wird man bemerken, daß sie eine im ganzen einander entgegengesetzte Richtung haben, mit Ausnahme der Zeit August-September und Oktober-November, wo sie in derselben Richtung, wenn auch nicht parallel, verlaufen. Das Maximum für Männer fällt in den September, ihr Minimum in den Juli; das Maximum für Frauen befindet sich im März und ihr Minimum im November. Maximum und Minimum der Kurve für beide Geschlechter zusammen decken sich mit denjenigen in der Kurve für Männer, was bei der viel größeren Anzahl der Männerselbstmorde nur ganz natürlich ist. Demnach wäre also die Anzahl der Selbstmorde in Helsingfors, woselbst etwa 11% aller im Lande verübten Selbstmorde vorkommen, im Herbst am größten und im Sommer am kleinsten. Ein Grund hierfür ist nicht leicht anzugeben. Ein gewisser Einfluß dürfte hierbei evtl. dem Umstand beizumessen sein, daß ein Teil der Stadtbevölkerung im Sommer immer aufs Land zieht und daß alle, die in der Stadt kein gesichertes oder nur schlechtes Auskommen haben, sich zu dieser Zeit aufs Land begeben, wo sich ihnen in dieser Jahreszeit reichlich Gelegenheit zu Arbeit und Verdienst bietet. Wir lassen uns hier nicht näher auf eine Untersuchung etwaiger Gründe zu dieser Erscheinung ein, da es sich dabei doch immer nur um bloße Vermutungen handeln kann.

Hinsichtlich des *Alters* der betr. Selbstmörder sei darauf hingewiesen, daß in den Obduktionsgesuchen des Polizeivorstehers in früheren Jahren eine Altersangabe meist fehlte, so daß es Sache des Obduzenten war, dasselbe abzuschätzen, was selbstverständlich nur approximativ geschehen konnte. Infolgedessen führten wir sämtliche im Obduktionsprotokoll mit dem Vermerk „jung“ versehene Individuen in eine Altersgruppe: „21—30“ zusammen. Mit dem Vermerk „mittleren Alters“ versehene Fälle kamen in die Gruppe „31—50“, und die nur vereinzelt Fälle, in denen es sich um ältere Personen handelte, wurden in die Altersgruppe „50—60“ eingereiht. Die Anzahl solcher ungewisser Fälle war jedoch nur relativ gering, abgesehen von der Gruppe „mittleren Alters“, wo sie etwa die halbe Anzahl ausmachten. Wir sahen uns daher veranlaßt, in sämtlichen hier folgenden Tabellen, wenn vom Alter die Rede ist, die beiden Jahrzehnte „31—40“ und „41—50“ zusammenzuführen, was bei einem Vergleich der Ziffern der betr. Tabellen nicht übersehen werden darf. Wo es sich um die Ausführung von Prozentwerte darstellenden Kurven handelte, teilten wir die die betreffenden zwei Jahrzehnte enthaltende Gruppe auf der Basis von mit einem Altersvermerk versehenen Fällen immer in 2 Teile, wie aus untenstehenden Tabellen zu ersehen ist .

Tabelle 12.



Monatliche Aufstellung der in den Jahren 1905—1923 in Helsingfors durchschnittlich verübten Selbstmorde.
 — = Männer, - - - = Frauen,
 ····· = beide Geschlechter in absoluten Zahlen.

In bezug auf die Anzahl der Selbstmorde bei den verschiedenen Geschlechtern zeigt uns Tab. 13, daß das Verhältnis von Männern zu Frauen ungefähr 4 : 1 entspricht. Nach der Statistik für das ganze Land ist der Unterschied im Jahre 1926 noch größer und zwar nahezu 5 : 1. Im Jahre 1927 war das Verhältnis etwa 4,5 : 1, in den anderen Jahren (1921—1927) deckt es sich jedoch einigermaßen mit den für Helsingfors geltenden Prozentziffern (Tab. 1). Der Statistik von *Saelan* zufolge bestand im Zeitraum 1841—1860 das Verhältnis 5,4 : 1. In Finnland begehen also Frauen im Vergleich zu Männern auch heute noch seltener einen Selbstmord als in den meisten anderen europäischen Ländern, wo die Relation 1 : 3 besteht, obschon sich auch bei uns dies Verhältnis für die Frauen unvorteilhafter zu gestalten beginnt.

Tabelle 13. *Selbstmorde in den Jahren 1905—1928 in Helsingfors, nach Alter und Geschlecht geordnet.*

Alter	Männer	Frauen	Absolute Zahl für beide Geschlechter	Prozentual für Männer	Prozentual für Frauen	Prozentual für beide Geschlechter
14—20	37	12	49	5,0	6,5	5,5
21—30	238	70	308	32,0	37,5	33,5
31—50!	321	76	397	44,0	41,0	43,0
51—60	88	15	103	12,0	8,0	11,0
61—70	25	6	31	3,5	3,0	3,3
71—80	6	1	7	1,0	0,5	0,7
über 80	1	—	1	—	—	—
Unbestimmt	20	7	27	2,5	3,5	3,0
Zusammen	736	187	923	100,0	100,0	100,0

Betreffs des Verhältnisses zwischen Männer- und Frauenselbstmorden in verschiedenem Alter weist Tab. 13 auf, daß in den beiden unteren Jahrzehnten der Relationsunterschied zwischen männlichen und weiblichen Selbstmorden kleiner als später, und zwar 3 : 1 beträgt. Was ferner die in verschiedenem Alter verübten Selbstmorde beider Geschlechter betrifft, so ist nach sämtlichen Statistiken die absolute Anzahl der Selbstmorde in der 2. Altersgruppe (21—30) am größten. Bei uns dürfte es sich analog hiermit verhalten, wenn wir aus obengenannten Gründen gezwungen waren, die 3. und 4. Gruppe zu vereinigen. Die Selbstmordanzahl beträgt in diesen beiden Altersklassen insgesamt 397, mit 244 Fällen bekannten Alters, oder etwa 61%. Nach diesen bekannten Fällen wäre das Verhältnis zwischen den Selbstmordziffern der 3. und 4. Altersklasse bei Männern 3 : 2, so daß, wenn wir die Gesamtanzahl der Männer in den betreffenden Altersgruppen hiermit dividieren, sich für die 3. Altersklasse 193 und für die 4. 128 Selbstmorde für Männer ergeben würde. Dagegen würde die auf Grund der bekannten Fälle für

Frauen berechnete Relationsanzahl zwischen der 3. und 4. Altersklasse 2 : 1 betragen, was also in absoluten Ziffern etwa 51 und 25 gleichkäme. Also auch unserer Statistik nach, werden, wenigsten absolut genommen, die Mehrzahl der Selbstmörder der 2. Altersklasse angehören. Relativ dürfte sich die Sachlage anders ausnehmen, denn auch schon alte Statistiker haben ganz richtig bemerkt, daß bei einem Vergleich der Selbstmordanzahl einer jeden Altersklasse mit der Anzahl der den entsprechenden Altersklassen angehörenden lebenden Individuen, Selbstmorde im weiter vorgeschrittenen Alter häufiger werden. In Ermangelung statistischer Angaben war es uns nicht möglich, diesen Umstand in unserem Material nachzuweisen. Bezüglich der in der Tab. 13 enthaltenen Ziffern mag auch noch darauf hingewiesen sein, daß in den beiden ersten Altersklassen Frauen relativ häufiger Selbstmord begehen als Männer.

Die Selbstmordart unterscheidet sich in der Statistik für die Stadt Helsingfors in gewisser Weise von der Statistik für das ganze Land. In letzterer ist die gewöhnlichste Selbstmordart für beide Geschlechter zusammen das Erhängen (42,2%), in Helsingfors dagegen steht der Gebrauch von Schußwaffen zu oberst (34,5%); dann folgt Erhängen mit einer etwas niedrigeren Ziffer (33,5%). Man beachte auch noch folgendes: In Städten und speziell in Helsingfors erschießen sich Frauen häufiger als auf dem Lande, wo der Selbstmord durch den Strang dominiert (34,4%), während wiederum in den Städten der Selbstmord durch Vergiftung der gewöhnlichste Frauenselbstmord ist (38,4%) (Tab. 9). Helsingfors zeichnet sich in dieser Beziehung vor anderen Städten aus, in dem sich hier die halbe Anzahl Selbstmörderinnen durch Vergiftung das Leben nehmen.

Tabelle 14. Die in Helsingfors sezierten Selbstmordfälle aus den Jahren 1905—1928, nach der Selbstmordart geordnet.

Selbstmord ausgeführt durch	Absolute Zahl		Zusammen	Prozentual bei Männern	Prozentual bei Frauen	Prozentual bei beiden Geschlechtern
	Männer	Frauen				
Schußverletzungen	297	22	319	40,0	12,0	34,5
Erhängen, Erwürgen, Erdrosseln . .	280	30	310	38,0	16,0	33,5
Vergiftungen	84	94	178	11,0	50,0	20,0
Ertränken	14	22	36	2,0	12,0	4,0
Schnitt- und Stichverletzungen . .	34	5	39	5,0	2,6	4,5
Überfahrenlassen	5	—	5	0,7	—	0,5
Sturz aus der Höhe	10	7	17	1,3	3,7	1,5
Kombiniert	12	7	19	2,0	3,7	1,5
Zusammen	736	187	923	100,0	100,0	100,0

In bezug auf andere Selbstmordarten erübrigt dann nur noch, den Selbstmord durch Ertränken zu erwähnen, der von weiblichen Selbstmördern auf dem Lande viel benutzt wird (29,4%). Auch in der Stadt Helsingfors ist diese Selbstmordart noch mit 12% vertreten. Auffallend ist, daß in Städten wohnende Frauen sich nur in 16% Fällen erhängten, während diese Selbstmordart auf dem Lande in 34,4% Fällen vorkam.

Schreiten wir nun zu einer Untersuchung der Selbstmordarten in den verschiedenen Altern in Helsingfors in den Jahren 1905—1928, so bemerken wir noch Tab. 15, in der wir nach *H. Pfeiffers* Vorbild pro

Tabelle 15. *Selbstmorde durch Erschießen in Helsingfors in den Jahren 1905—1928, nach Alter und Geschlecht geordnet.*

Alter	Männer	Frauen	Absolute Zahl für beide Geschlechter	Prozentual für Männer	Prozentual für Frauen	Prozentual für beide Geschlechter
14—20	21	2	23	7% 57%	10% 17%	7% 47%
21—30	130	10	140	43,7% 55%	45% 14%	44% 46%
31—50	115	10	125	39% 36%	45% 13%	39,2% 31%
51—60	17	—	17	6% 20%	—	5,3% 16%
61—70	6	—	6	2% 24%	—	2,0% 19%
71—80	1	—	1	0,3% 17%	—	0,3% 14%
Unbestimmt	7	—	7	2% 35%	—	2,2% 26,0%
Zusammen	297	22	319	100%	100%	100%

Altersklasse und Geschlecht doppelte Prozentzahlen berechnet haben, so daß der Zähler bzw. das Prozent im Verhältnis zur Gesamtanzahl der in der betreffenden Weise verübten Selbstmorde, der Nenner wiederum im Verhältnis zur Gesamtanzahl der Selbstmörder in der betr. Altersklasse angibt, daß die sich im Alter von 14—30 Jahren das Leben nehmenden Männer sich meistens, erschießen. Bei fortschreitendem Alter (Tab. 15) wird diese Selbstmordart immer seltener und an seine Stelle tritt der Selbstmord durch Erhängen, wie aus den Kurven der Tab. 17 zu ersehen ist. Die größte absolute Zahl für Selbsterschossene fällt in die 2. Altersklasse. Alte Frauen benutzten beim Selbstmord niemals eine Schußwaffe und bei Frauen belaufen sich in den 4 untersten Altersklassen die Erschießungsfälle auf nur etwa $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$ der in diesen Altersklassen verübten Selbstmorde. Die Kurve,

Tabelle 16. *Selbstmorde durch Erhängen in Helsingfors in den Jahren 1905—1928; nach Alter und Geschlecht geordnet.*

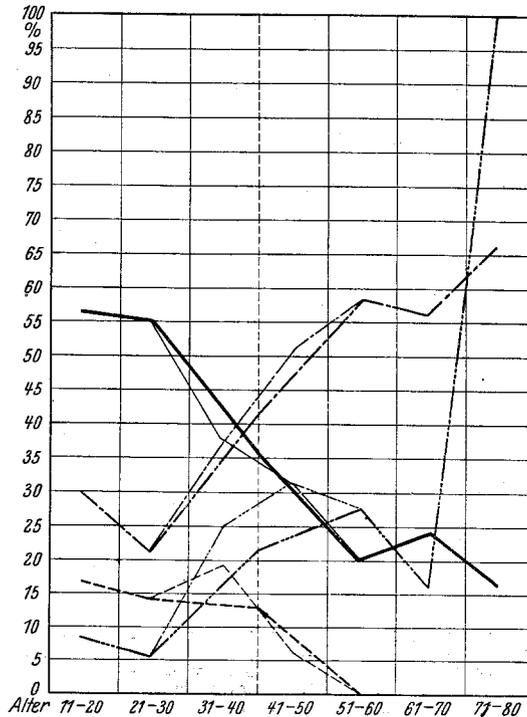
Alter	Männer	Frauen	Absolute Zahl für beide Geschlechter	Prozentual für Männer	Prozentual für Frauen	Prozentual für beide Geschlechter
14—20	11	1	12	4% 30%	3,3% 8%	4% 24,5%
21—30	53	4	57	18% 22%	13,4% 6%	18,3% 18,5%
31—50	133	17	150	47% 42%	56,7% 22%	48,3% 38%
51—60	51	4	55	20% 58%	13,4% 27%	18% 53%
61—70	14	1	15	5% 56%	3,3% 17%	4,8% 48%
71—80	4	1	5	1% 67%	3,3% 100%	1,6% 71%
Unbestimmt	14	2	16	5% 70%	6,6% 29%	5% 59%
Zusammen	280	30	310	100%	100%	100%

Tabelle 17.

welche die Prozentziffer für Selbstmord durch Erhängen angibt (Tab. 17), schneidet die Kurve der Selbstmorde durch Erschießen in nahezu rechtem Winkel und steigt bei zunehmendem Alter immer mehr in die Höhe. Nur anfangs läßt sich eine geringere Abnahme bemerken, da wo in der

Kurvenerklärung zu Tabelle 17. Das Diagramm zeigt die Prozentwerte der Selbstmorde durch Erschießen und Erhängen in den verschiedenen Altersklassen in Helsingfors (1905—1928).

— = männliche Erschießungsfälle; ····· = männliche Erhängungsfälle; --- = weibliche Erschießungsfälle; -·-·- = weibliche Erhängungsfälle. Die von den Hauptkurven abweichenden Linien bezeichnen Fälle mit bekanntem Alter in den bezüglichen Altersklassen.

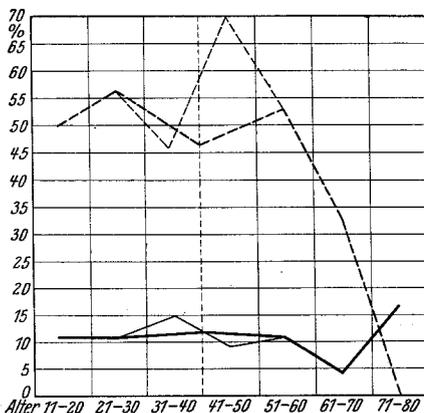


2. Altersklasse der Selbstmord durch Erhängen relativ etwas seltener vorkommt, desgleichen neigt sich die Kurve leicht beim Übergang des 6. in das 7. Jahrzehnt. Mit zunehmendem Alter wird also der Selbstmord durch Erhängen immer häufiger auf Kosten des Selbstmordes durch Erschießen. Die absoluten und prozentualen Werte der sich Erhängten befinden sich in Tab. 16.

Tabelle 18. *Selbstmorde durch Gift in den Jahren 1905—1928 in Helsingfors, nach Alter und Geschlecht geordnet.*

Alter	Männer	Frauen	Absolute Zahl für beide Geschlechter	Prozentual für Männer	Prozentual für Frauen	Prozentual für beide Geschlechter
14—20	4	6	10	4,8% 11%	6,3% 50%	5,5% 20%
21—30	25	40	65	30% 11%	43% 57%	36,5% 21%
31—50	39	36	75	47% 12%	38% 47%	42,5% 19%
51—60	10	8	18	11% 11%	8,5% 53%	10% 17%
61—70	1	2	3	12% 4%	2,1% 33%	1% 10%
71—80	1	—	1	1,2% 17%	—	0,5% 14%
Unbestimmt	4	2	6	4,8% 20%	21% 30%	4% 86%
Zusammen	84	94	178	100%	100%	100%

Tabelle 19.



In Helsingfors (1905—1928) verübte Vergiftungselbstmorde weiblichen (---) und männlichen (—) Geschlechts, prozentual auf die verschiedenen Altersklassen verteilt. Die abweichenden Linien wie in Tab. 17.

In Tab. 18 und 19, welche die prozentualischen Relationen der durch *Vergiften* entlebten Individuen beiderlei Geschlechts und verschiedenen Alters enthält, fällt uns sofort auf, in wie hohem Maße diese Selbstmordart beim weiblichen Geschlecht dominiert.

Während die Kurve für Männer ungefähr in der Gegend von 10% haltmacht, zeigt die Kurve für Frauen, daß in Helsingfors von Selbstmörderinnen im Alter zwischen 11 und 60 Jahren sich etwa die Hälfte der Anzahl vergiftet hat. Diese Kurve steigt im 5. Jahrzehnt bis auf 70%, wenn man der Berechnung die mit

Altersvermerken versehenen Fälle zugrunde legt. Mit dem 60. Jahr fällt die Kurve dann wieder jäh. Die entsprechende Kurve in unserem Material weicht ganz und gar von der Pfeifferschen Kurve ab: seine, die Anzahl der Giftselbstmörderinnen bezeichnende Kurve bleibt nur in den beiden untersten Altersklassen auf nahe 50%, um dann jäh zu fallen und gibt im Alter von 30—40 Jahren nur noch 2% an. In späterem Alter steigt sie dann wieder um einiges, ohne sich jedoch nennenswert von der Männerkurve zu unterscheiden. Pfeiffer erklärt dieses Phänomen aus der Erfahrung, daß die graviden Frauen in seiner Statistik, deren Alter in die zweite und dritte Klasse fällt, sich das Leben meist durch Vergiften nehmen (72%), und zwar, was Beachtung verdient: in 83% durch Einnehmen von Phosphor und in 17% durch Arsenik. Nun sind ja diese Gifte ganz allgemein wegen ihrer abtreibenden Eigenschaft bekannt und Pfeiffer hat allem Anschein nach Recht mit seiner Vermutung, daß es sich in den betreffenden Fällen weniger um Selbstmord als um versuchten Abort handelt. So kommt Pfeiffer zu dem Schlußsatz, daß „auch nicht der sekundäre Geschlechtscharakter, wie man allgemein annimmt, sondern die Gravidität das Weib dazu veranlaßt, zum Unterschiede vom Manne häufiger Gift und unter diesen wieder zwei recht gravierende — den Phosphor und das Arsenik — zu verwenden.“

Unsere Statistik ist nicht dazu geeignet, dieses als eine allgemein gültige Regel zu bestätigen. Wenn wir die Tab. 20, in der die bei den Selbstmorden beider Geschlechter benutzten Gifte in Prozenten

Tabelle 20. *Selbstmorde durch Gift, nach Art des Giftes, nach Geschlecht und den sexuellen Ausnahmeständen geordnet (Helsingfors).*

Gift	Männer	Frauen	Davon Gravide	Menstruierende	Ovarialcysten	Andere (beide Geschlechter)
Cyankalium	8= 9,5%	1= 1,1%	—	—	—	9= 6,60%
Carbol-Lysol	25=29,7%	50=53,2%	2=33,2%	11=64,7%	10=50%	52=38,50%
Morphium	16=19,0%	9= 9,5%	1=16,7%	—	2=10%	22=16,20%
Strychnin	2= 2,4%	3= 3,2%	1=16,7%	—	1= 5%	3= 2,20%
Arsen	3= 3,6%	1= 1,1%	—	1= 5,9%	—	3= 2,20%
Phosphor	—	1= 1,1%	1=16,7%	—	—	—
Kohlenoxyd	7= 8,3%	4= 4,1%	—	—	1= 5%	10= 7,40%
HCl	2= 2,4%	1= 1,1%	—	—	1= 5%	2= 1,50%
H ₂ SO ₄	1= 1,2%	2= 2,1%	—	1= 5,9%	—	2= 1,50%
HNO ₃	—	2= 2,1%	—	—	—	2= 1,50%
NaOH	2= 2,4%	2= 2,1%	—	—	—	4= 3,00%
Sublimat	1= 1,2%	1= 1,1%	—	—	1= 5%	1= 0,75%
Eisessig	—	1= 1,1%	—	—	—	1= 0,75%
Nitrobenzol	—	1= 1,1%	—	—	—	1= 0,75%
Veronal	9=10,7%	2= 2,1%	—	—	—	11= 8,15%
Adalin	1= 1,2%	—	—	—	—	1= 0,75%
Cocain	2= 2,4%	3= 3,2%	—	—	1= 5%	4= 3,00%
Chloroform	1= 1,2%	1= 1,1%	—	1= 5,9%	—	1= 0,75%
Heroin	1= 1,2%	—	—	—	—	1= 0,75%
Kupfer (+Arsen)	—	1= 1,1%	—	—	—	1= 0,75%
Kombin. Gifte (2—3)	3= 3,6%	8= 8,5%	1=16,7%	3=17,6%	3=15%	4= 3,00%
	84=100%	94=100%	6=100%	17=100%	20=100%	135=100%

aufgezählt sind, durchprüfen, so werden wir bemerken, daß die in *Pfeiffers* Statistik dominierenden Gifte bei unseren Frauen nur mit 1% vertreten sind! Das von finnischen Frauen bevorzugte Gift ist das Carbol (Lysol), womit sich über die Hälfte der Selbstmörderinnen das Leben nahm. Lysol ist durchaus kein Abtreibungsmittel, sondern ein faktisches Selbstmordmittel! Nur selten wurden von Frauen andere Gifte benutzt mit eventueller Ausnahme des Morphiums, das mit 9,5% vertreten ist. Bei uns ist die von Graviden bevorzugte Selbstmordart nicht, wie in *Pfeiffers* Material, die Vergiftung, sondern, wie aus Tab. 21 erhellt, das Ertränken, das mit 44% vorkam. Der Selbstmord durch Gift steht dann erst an zweiter Stelle mit 33%. Wollen wir indessen aus der Tab. 20 Aufschluß darüber erhalten, welchem Gift bei uns Gravidе den Vorzug geben, so finden wir, daß $\frac{1}{3}$ derselben Carbol, die übrigen Morphium, Strychnin, Phosphor oder auch mehrere Gifte gleichzeitig benutzten. In Finnland nahmen sich Gravidе, wenigstens nach den Angaben der Helsingforscher Statistik, also meistens durch Ertränken und Vergiftung das Leben, wobei in letztgenanntem Fall vorwiegend Mittel verwandt wurden, die das Leben direkt und nicht die Gravidität aufs Spiel setzen. In Finnland wird ein Abort im allgemeinen nicht durch chemische Mittel, sondern durch mechanischen Eingriff herbeigeführt, welche letzteren Fälle dem hiesigen rechtsmedizinischen Institut alljährlich zahlreiche Sepsisfälle liefern.

Was die Anzahl der sich vergiftenden Frauen im übrigen betrifft, so beträgt dieselbe in *Pfeiffers* Statistik nur 28%, bei uns 50%. In Finnland scheinen die Vergiftungsfälle bei Frauen ihr Maximum im Alter von 40—50 Jahren, also im Klimakterium (Tab. 19), wo eine Schwangerschaft ausgeschlossen ist, zu erreichen. Auf Grund unseres eigenen Materials müssen wir uns also, im Gegensatz zu *Pfeiffer*, der älteren Theorie anschließen, daß Selbstvergiftung ein weibliches Selbstmordmittel ist und daß in diesen Fällen der sekundäre Geschlechtscharakter im Unterschied vom Manne zum Ausdruck kommt.

Tab. 21 veranschaulicht die weibliche Selbstmordstatistik in Helsingfors im Verlauf der Jahre 1905—1928 mit Berücksichtigung sexueller Ausnahmезustände. Gravidе gab es knapp 10%, Menstruierende etwa $\frac{1}{4}$ aller Fälle und 18,7% waren Fälle mit cystischen Ovarien. Von Graviden war schon weiter oben die Rede. Bei Menstruierenden ist die häufigste Selbstmordart das Vergiften (39,5%), dann das Erhängen mit 23,3%, an 3. Stelle stehen die Erschießungsfälle und erst an 4. das Ertränken, welches die von graviden Frauen bevorzugte Selbstmordart war. Frauen mit großen cystischen Ovarien, die Störungen der inneren Sekretion vermuten lassen, vergifteten sich in 57%; also noch häufiger als menstruierende Frauen. Außerdem kämen dann hier noch Erschießungs- (17%) und Erhängungsfälle (11,5%) in Betracht. In der

Tabelle 21. Weibliche Selbstmörder in Helsingfors in den Jahren 1905—1928 nach Selbstmordart und sexuellen Ausnahmезuständen geordnet.

Selbstmordart	Gravide 9,6%	Menstruierende 23,5%	Ovarialcysten 18,7%	Geisteskranke 5,4%	Andere 42,8%
Erschießen . . .	1 = 6%	7 = 16,3%	6 = 17,0%	1 = 10%	7 = 8,6%
Erhängen . . .	2 = 11%	10 = 23,3%	4 = 11,5%	3 = 30%	11 = 13,6%
Vergiften . . .	6 = 33%	17 = 39,5%	20 = 57,0%	3 = 30%	48 = 59,2%
Ertrinken . . .	8 = 44%	6 = 13,9%	1 = 3,0%	2 = 20%	5 = 6,2%
Schnitt und Stich	—	—	2 = 5,5%	—	3 = 3,7%
Hinabstürzen . .	1 = 6%	—	1 = 3,0%	—	5 = 6,2%
Überfahren . . .	—	—	—	—	—
Kombiniert . . .	—	3 = 7,0%	1 = 3,0%	1 = 10%	2 = 2,5%
Zusammen . . .	18 = 100%	43 = 100,0%	35 = 100,0%	10 = 100%	81 = 100,0%

folgenden Spalte der Tabelle stehen dann die anamnestisch Geisteskranken, deren Anzahl jedoch nicht groß ist (5,4% der Fälle). Bei diesen dürften der Genuß von Gift und das Erhängen gleich beliebt sein (30%). Auch hier unterscheiden sich Frauen in gleicher Weise von Männern wie von Nichtgeisteskranken, denn, wenn wir die Tabelle 22 betrachten, in welcher geisteskranken männliche Selbstmörder je nach der Selbstmordart verzeichnet sind, so finden wir, daß bei den Männern hier wieder 2 Selbstmordarten dominieren, und zwar Erhängen und Erschießen. Der Hauptunterschied zwischen geisteskranken und nicht geisteskranken Männern beschränkt sich hauptsächlich darauf, daß bei ersteren viel häufiger Schnitt- (insbesondere Durchschneiden der Kehle) und Stichverwundungen (13,5%) vorkommen als bei nicht geisteskranken (5%); auch der Selbstmord durch Ertrinken dürfte bei geisteskranken Männern häufiger als bei nicht geisteskranken sein (8 und 2%).

Tabelle 22. Selbstmordart geisteskranker Männer in Helsingfors (1905—1928).

Selbstmordart	Absolute Zahl	Prozent
Erhängen	24	40,0
Erschießen	14	23,5
Schnitt und Stich	8	13,5
Ertrinken	5	8,0
Gift	4	6,5
Herabstürzen	2	3,5
Überfahrenlassen	1	1,5
Kombinierte	2	3,5
Zusammen	60	100,0

Die letzte Spalte der Tab. 21 betrifft Frauen, bei denen keine der in den anderen Spalten angeführten Veränderungen nachgewiesen werden konnte, selbstverständlich mit dem Vorbehalt, daß sich unter diesen

eventuell eine Anzahl geisteskranker Individuen befinden könnten. Auch hier können wir wieder feststellen, daß nahezu 60% sich das Leben durch Gift nahmen. Aus der Tab. 20 geht hervor, daß in sämtlichen vorgenannten Gruppen das Carbol (Lysol) unter den Giften dominiert.

Während Frauen, die sich durch Vergiftung umbringen, vorzugsweise zum Carbol (Lysol) und nur zuweilen zum Morphin greifen, sind die von Männern benutzten Gifte viel verschiedenartiger. Doch dominiert auch hier das Carbol mit nahezu 30%, dann kommt das Morphin mit 19%, Veronal 10,7%, Cyankalium 9,5% und Kohlenoxyd 8,3%. In bezug auf die Häufigkeit der benutzten Gifte bei beiden Geschlechtern ist die Reihenfolge dieselbe, nur haben hier das Kohlenoxyd und das Cyankalium den Platz gewechselt.

Kasuistisches.

Wie *Placzek* bemerkt, war *Heller* keineswegs der erste, der, wie *Pfeiffer* annimmt, den bei der Obduktion von Selbstmördern festgestellten pathologisch-anatomischen Befunden eine Beachtung würdigt, sondern bereits vor einem Jahrhundert hatte er Vorgänger. Da *Placzek* in seinem Werk: „Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung“ diese Untersuchungen — die der Vergessenheit entrissen zu haben, wir ihm verdanken — eingehend behandelt hat, wollen wir hier nicht näher auf dieselben eingehen, sondern beschränken uns darauf, nur ein weiteres Beispiel anzuführen. Im Jahre 1924 äußert sich *A. J. Krjukow*, mit Bezugnahme auf Selbstmörderschädel, an denen er Stigmata der Degeneration gefunden hat: auf dem Schädeldache Rauigkeiten, Unebenheiten, Usuren des Knochens bis zu Schreibpapierdicke, starke Abdrücke der Blutgefäße der Dura, scharfe Kanten und Eindrücke an der Basis des Schädels usw. Diese Befunde und nicht nur diese, sondern auch noch allerhand andere erwähnt *Emanuel Gottlieb Elvert* bereits in seinem im Jahr 1794 erschienenen Werke. So richtet *Elvert* u. a. seine Aufmerksamkeit auf die Kapazität des Schädels, ein Umstand, dem heute *Rieger* und *Reichardt* große Bedeutung beimessen. Bevor wir nun zu unserem eigenen kasuistischen Material übergehen, wollen wir im folgenden erst noch einen Überblick über die Untersuchungen und Ergebnisse unserer Vorgänger vorausszuschicken.

Arnold Heller obduzierte 300 Selbstmörderleichen und schließt auf der Basis der hierbei festgestellten pathologisch-anatomischen Befunde, daß etwa die Hälfte seines Materials in „unfreiem Geisteszustande“ gehandelt hatten und somit eigentlich nicht zu den Selbstmördern zu zählen waren. Etwas später kam *K. Ollendorf* auf Grund seines noch etwas umfangreicheren Materials (362 Fälle) zu ungefähr gleichartigen Ergebnissen: etwa 44% der obduzierten Selbstmörder wiesen nämlich derart schwere pathologisch-anatomische Veränderungen auf, daß ihre Zurechnungsfähigkeit infolgedessen stark in Zweifel gezogen werden konnte. *A. Brosch* obduzierte 327 militärische Selbstmörder und konnte unter diesen anatomisch

verschiedene Typen unterscheiden: *suicida aegrotans*, *dissimulans*, *pseudo-aggravans*, *naturalis* und *normalis*. Wichtiger als diese Einteilung dürfte unseres Erachtens der Umstand sein, daß *Brosch* und vor allem *J. Bartel* ihre Aufmerksamkeit auf die Konstitution der Selbstmörder richteten. Dem letzten Autor zufolge waren die Selbstmörder oft über ihr Alter hinaus entwickelte, übermittelgroße Individuen mit zumeist kräftigem Körperbau und gut entwickeltem Fettpolster; die großen parenchymatösen Organe sowie das lymphatische Gewebe waren stark entwickelt. Nach *Bartel* ist Status thymico-lymphaticus bei Selbstmördern sehr gewöhnlich; bei weiblichen Selbstmördern findet *Bartel* sehr häufig ein glattes, großes, mit Follikelcysten durchsetztes Ovar. Auch die Arbeiten von *Huber* und *E. Miloslawitch*, die jedoch in pathologisch-anatomischer Hinsicht nichts nennenswert Neues hinzuzufügen haben, mögen hier genannt sein. Im folgenden wollen wir auf die umfassende Untersuchung *Herman Pfeiffers* noch etwas näher eingehen, da dieselbe wohl die größte und gründlichste unter den auf der Basis anatomischer Methoden ausgeführten Arbeiten über Selbstmörder sein dürfte.

In seiner Zusammenfassung stellt *Pfeiffer* folgenden Schlußsatz auf: „Dreiviertel seines Selbstmördermaterials sind schwerkranke Menschen, deren geistige, sowie insbesondere körperliche Integrität durch die Erkrankung gelitten haben mußte.“

Von *Pfeiffers* 416 männlichen Selbstmördern waren nur 51, also 12 $\frac{1}{4}$ %, solche, in denen sich keine pathologisch-anatomische Veränderungen ergaben. Unter den pathologisch-anatomischen Befunden dominieren die des Zentralnervensystems und unter diesen steht wieder an erster Stelle eine ausgesprochene und diffuse *Leptomeningitis chronica fibrosa*, die bei 137 männlichen Selbstmördern konstatiert wurde. Sehr viel seltener war die *Pachymeningitis* mit nur 54 Fällen. An zweiter Stelle kommen die Veränderungen des Zirkulationsapparates — 28 Fälle —, an dritter der *chronische Alkoholismus* mit 23 Protokollen. Andere Krankheiten waren viel seltener. Auch *konstitutionelle* Veränderungen konnte *Pfeiffer* bei männlichen Selbstmördern finden, und zwar 22mal persistierende bzw. hyperplastische Thymusdrüsen, 8mal ein ausgeprägter Status lymphaticus und 19mal eine angeborene Enge der Aorta. Mit vorschreitendem Alter nimmt die Morbidität für beide Geschlechter zu; dasselbe gilt für männliche Alkoholiker, bei denen der Alkoholismus um so häufiger mit anderen, von ihm selbst unabhängigen und schweren Erkrankungen vereinigt erscheint, je älter der Selbstmörder ist, um uns schließlich das Bild einer schwer geschädigten Persönlichkeit zu bieten (*Pfeiffer*). Was wiederum *Bartels* „konstitutionelle Selbstmordneigung“ betrifft, so vertritt *Pfeiffer* die Ansicht, daß diese oft recht gewichtigen somatischen Abweichungen an sich nicht besonders für die Selbstmordneigung bestimmt sind als gerade „die Kombination solcher Anomalien mit Erkrankungen, die vielleicht, für sich genommen, an einem von den Eltern her nicht geschädigten Menschen, ohne so ernste Folgen zu zeitigen, vorübergegangen und von ihm überwunden worden wären“. Außerdem spricht *Pfeiffer* von einer „erworbenen und organisch bedingten Selbstmorddisposition, wo der Selbstmord als Endeffekt einer durch Jahre und Jahrzehnte sich vorbereitenden, um sich greifenden Erkrankungen angesehen werden muß, die als von außen kommend durch einen Wegfall dieser Schädigungen hätte vermieden werden können“.

Was nun die weiblichen Selbstmorde betrifft, so gibt es deren in *Pfeiffers* Kasuistik 141 Fälle. In 12 dieser Fälle konnte er keinerlei krankhafte Veränderungen nachweisen. *Pfeiffer* kommt in bezug auf Frauen zu demselben Schlusse wie in bezug auf Männer, daß nämlich $\frac{3}{4}$ der weiblichen Selbstmörder kranke Menschen sind, „von denen wir selbst nur annähernd normale psychische Reaktionsverhältnisse schon von anatomischem Gesichtspunkte aus nicht voraus-

setzen können, während ein weiterer Bruchteil immerhin beachtenswerte organische Störungen aufwies“. Nach *Pfeiffer* spielt bei der Frau, im Gegensatz zum Manne, der Sexualapparat vor der Menopause eine sehr wichtige Rolle, indem physiologische (Menstruation, Gravidität) und pathologische (entzündliche Erkrankungen der Genitalien) Ausnahmestände dieses Apparates mindestens als wichtige Teilfaktoren angesehen werden müßten, obgleich sie den Selbstmord an und für sich nicht erklären. Ebenso wie *Brosch* legt *Pfeiffer* ganz besonderes Gewicht auf eine Kombination verschiedener pathologisch-anatomischer Befunde, weil seiner Ansicht nach einer Zusammenwirkung derselben größere Bedeutung zukäme, als wenn sie gesondert für sich auftreten. Ehe wir derartige, von den Autoren auf der Basis ihrer Obduktionsbefunde gemachten Schlußfolgerungen einer Kritik unterziehen, schicken wir erst noch unser eigenes Material voraus.

Eigene Kasuistik.

Unsere Kasuistik enthält alle Fälle, bei denen die Obduktion irgendwelche makroanatomische Veränderungen in den Organen aufwies. Da eine tabellarische Aufstellung des Materials, wie dies *Pfeiffer* tut, zu viel Raum beanspruchen würde, sollen hier die einzelnen pathologisch-anatomischen Befunde einfach aufgezählt und die Anzahl der Fälle angegeben werden.

Im ganzen enthält unsere Kasuistik 466 Fälle, also etwa 50% aller obduzierten Selbstmörder (923). Davon sind 328 Männer und 138 Frauen. Zu den weiblichen Fällen wurden jedoch auch solche Fälle hinzugerechnet, in denen nur Gravidität oder Status menstrualis, ohne anderweitige pathologische Veränderungen, konstatiert werden konnten.

Zentrales Nervensystem.

Gesamtzahl der Veränderungen: 183.

Arteriosklerose der Hirngefäße	63 Fälle
Leichte A.	15
Mittelstarke A.	34
Starke A.	14
Leptomeningitis chronica fibrosa	37 „
Pachymeningitis „ „	28 „
Ependymitis granularis ventr. IV	19 „
Erweichungen	18 „
Atrophia cerebri	9 „
Hydrocephalus	4 „
Verkalkungen in Pia	2 „
„ in Dura	1 „
Meningitis tuberculosa	1 „
Tumor cerebri	1 „

Die Anzahl der obduzierten Individuen, bei denen die vorerwähnten pathologischen Veränderungen festgestellt wurden, belief sich auf 124, oder etwa 27% des kasuistischen Materials. Nur eine einzige Verände-

zung wurde bei 80 Selbstmördern gefunden und diese verteilt sich folgendermaßen:

Arteriosklerose der Hirngefäße	35 Fälle
und zwar: Leichte A.	8
Mittelstarke A.	23
Starke A.	4
Leptomeningitis chr. fibrosa.	12 „
Pachymeningitis „ „	10 „
Ependymitis granularis ventr. IV	7 „
Erweichungen	11 „
Verkalkungen der Pia	2 „
„ der Dura.	1 „
Meningitis tuberculosa	1 „
Tumor cerebri	1 „

Zweierlei Veränderungen kamen in 32 Fällen vor, und zwar:

Pachy- et Leptomeningitis chr.	6 Fälle
Leptomeningitis und leichte Arteriosklerose der Hirngefäße	4 „
„ „ mittelstarke „ „ „	3 „
„ „ starke „ „ „	3 „
„ „ Ependymitis granularis ventr. IV	3 „
„ „ Erweichungsherde.	1 „
Pachymeningitis und mittelstarke Arteriosklerose der Hirngefäße	2 „
„ „ starke „ „ „	2 „
Ependymitis gran. ventr. IV und leichte Arteriosklerose d. Hirngefäße	1 „
„ „ „ „ „ mittelstarke „ „ „	1 „
„ „ „ „ „ starke „ „ „	2 „
Erweichungen und leichte Arteriosklerose der Hirngefäße	1 „
Hydrocephalus int. und Atrophia cerebri	1 „
Atrophia cerebri und mittelstarke Arteriosklerose der Hirngefäße	1 „
„ „ „ Ependymitis granularis ventr. IV	1 „

In 10 Fällen kamen dreierlei Veränderungen vor, und zwar:

Pachy- et Leptomeningitis chr. und mittelstarke Arteriosk. d. Hirngef.	1 Fall
„ „ „ „ „ leichte „ „ „	1 „
„ „ „ „ „ Hydrocephalus int.	1 „
Pachymeningitis chr., Erweichungen und starke Arteriosk. der Hirngefäße	1 „
„ „ „ „ „ Atroph. cerebr. u. mittelst. Arteriosk. d. Hirngefäße	1 „
„ „ „ „ „ starke „ „ „	1 „
Erweichungen, Hydrocephalus int. und Ependymitis gran. ventr. IV	1 „
„ „ „ „ „ Atrophia cerebri und mittelstarke Arteriosk. d. Hirngef.	1 „
Ependymitis, „ „ „ „ „ „ „ „	1 „
Erweichungen, Hydrocephalus int. u. starke Arteriosk. d. Hirngefäße	1 „

Viererlei Veränderungen wies nur ein einziges Individuum auf, bei welchem folgendes festgestellt wurde: Pachy- et Leptomeningitis chr., Atrophia cerebri und Ependymitis gran. ventr. IV.

Schließlich kamen in einem Falle fünferlei Veränderungen vor, und zwar außer den im vorigen Fall aufgezählten auch noch Erweichungen.

70 Selbstmörder unserer Kasuistik, und zwar 59 Männer und 11 Frauen, waren ihrer Anamnese nach unzweifelhaft geisteskrank. In 45 Fällen von diesen wurden bei der Obduktion keine krankhaften Veränderungen im Zentralnervensystem konstatiert. Die übrigen 35 Fälle ergaben folgendes:

Pachymeningitis chr.	9
Leptomeningitis chr. fibrosa	3
Pachy- et Leptomeningitis chr.	6
Sklerose der Hirnarterien:	
leichte Sklerose	6
mittelstarke Sklerose	3
Paralytische Veränderungen (mikr.)	2
Oedema piaë et cerebri	1
Ependymitis granularis ventr. IV	1

Das Gewicht des Gehirns betrug beim Manne durchschnittlich 1545 g, bei der Frau 1377 g. Das schwerste Gehirn unter den männlichen Selbstmördern wog 1830 g, das der weiblichen 1620 g, das leichteste beim Manne 1270 g, beim Weibe 1170 g.

In 138 Fällen wurde das Volumen von Schädel und Gehirn gemessen. In 36 Fällen (etwa 26 %) machte sich insofern ein Mißverhältnis geltend, als das Volumen des Gehirns entweder gleich groß, wenn nicht größer als das des Schädels war. Die betreffenden Selbstmörder waren junge oder Individuen mittleren Alters. Ihrer Selbstmordart nach verteilten sie sich wie folgt:

Erhängen	19
Vergiften	12
Erschießen	2
Ertrinken	2
Schnittverletzungen	1

Bei der Vergiftung war in 8 Fällen Carbol (Lysol), in den übrigen Fällen Schwefelsäure, Sublimat, Arsenik und Kohlenoxyd je 1mal benutzt worden. Von sonstigen Befunden in den betreffenden Fällen mag noch erwähnt sein:

Struma	7
Thymus persistens	2
" " und Struma	1
Thyreoidea zu klein	1
Cystöse Ovarien	6
Enge Aorta	2

Wie aus obigem zu ersehen ist, haben wir nur augenfällige Mißverhältnisse aufweisende Fälle miteinbezogen, wobei sämtliche Fälle, die den von *Reichardt* aufgestellten Grenzwert nur wenig überschreiten, ausgeschlossen sind.

Sonstige körperliche Erkrankungen sind in unserer Kasuistik mit folgenden Ziffern vertreten:

Arteriosklerose (verschiedene Grade)	102 mal
Tub. pulmonum	48 „
Vitium cordis	43 „
Fettleber	12 „
Nephrosklerose.	9 „
Myomata uteri.	7 „
Cystae renis	6 „
Nephrolithiasis.	2 „
Cystitis	2 „
Cancer	2 „
Lues recens	2 „
Hydronephrose.	1 „
Tumor coli	1 „
Cysta lienis	1 „
Pneumonia	1 „
Pleuritis.	1 „
Angina tonsill.	1 „

Erwähnt sei auch noch:

Status thymico-lymphaticus.	20 mal
Thymus persistens	28 „
Status lymphaticus.	3 „
Struma	25 „
Enge Aorta (kleiner als 6 cm)	49 „

Unter den Frauen befanden sich 18 (13%) schwangere und 43 (31%) menstruierende Individuen. 56 Selbstmörderinnen hatten mehr oder weniger cystische Ovarien (40%); von diesen waren 16 im Status menstrualis. Die Anzahl der Fälle mit cystischen Ovarien sollte bei den Selbstmörderinnen eigentlich noch größer sein, denn in früheren Jahren sind leichtere Grade solcher Veränderungen nicht immer protokolliert worden. Bei 12 Selbstmörderinnen konnten Entzündungsprozesse in den Genitalen nachgewiesen werden.

Soweit unsere Kasuistik. Zu welchen Schlüssen berechtigt sie uns nun?

So gut wie alle Autoren, welche einen Aufschluß über das Selbstmordproblem auf anatomischem Wege anstrebten, kamen zu dem Ergebnis, daß die überwiegende Anzahl der Selbstmörder physisch und psychisch kranke Individuen waren. Natürlich entsteht dann sofort die Frage, welche Obduktionsbefunde die betreffenden Forscher zu dieser Schlußfolgerung in bezug auf den psychischen Zustand des Selbstmörders bewogen haben?

Wissen wir ja doch, auf welcher Stufe auch noch heute die pathologisch-anatomische Diagnostik der Geisteskrankheiten steht und daß

uns in dieser Beziehung auch die feinere histologische Untersuchung oft im Stiche läßt. Man kann infolgedessen nicht umhin sich zu wundern, wenn man hört, daß die betreffenden Forscher ihre Schlußfolgerungen ausschließlich auf *makroskopische* Befunde stützen.

Als Beispiel dafür, welche Tatsachen der Schlußfolgerung in bezug auf den geistigen Zustand der Selbstmörder als Grundlage dienen, mag folgendes angeführt sein: In der Kasuistik von *Pfeiffer* steht unter den pathologisch-anatomischen Befunden zuoberst *Leptomeningitis chronica fibrosa*. Der genannte Autor urteilt nun die Bedeutung dieser Affektion in folgender Weise ab: „Ich kann mich nun von der Überzeugung nicht losmachen, daß solche Befunde immer und unter allen Umständen, wenn auch nicht eine Unzurechnungsfähigkeit beweisen, so doch nicht ohne einen tiefgehenden, bestimmenden, wenn auch nur mittelbaren Einfluß auf den Ablauf der psychischen Funktionen sein können. Sind diese Häute (nämlich *Pia* und *Arachnoidea*) doch die ernährnde Matrix des nervösen Zentralorgans.“ Als Beleg für diese seine Annahme bezüglich der pathophysiologischen Bedeutung der in Frage stehenden Affektion zieht *Pfeiffer* den Umstand heran, daß die besagten Veränderungen mit vorschreitendem Alter, also in einer Lebensperiode, „wo der Mensch sich in seinen seelischen Leistungen, in der Stimmungslage, in dem Ablauf und der Wertigkeit von Affekten, hinsichtlich der Intelligenzáußerungen, des Neuerwerbs und der Bewahrung von Erinnerungsbildern so sehr und meist so wenig vorteilhaft von der jugendlichen Psyche unterscheidet“, immer gewöhnlicher werden (*Pfeiffer*). *Pfeiffer* weist noch auf den sonderbaren Parallelismus hin, daß mit höherem Alter nicht nur die Selbstmordneigung, sondern eben auch der Befund einer chronischen Affektion der weichen Hirnhäute prozentual zunimmt und zuletzt „das heute so wohl charakterisierte Bild des Alkoholikers in voller Harmonie mit dem gehäuften Auftreten der *Leptomeningitis chr. fibr.* steht“ (*Pfeiffer*). Er gibt uns auch noch Hinweise dafür, inwiefern die erwähnte Affektion in den weichen Hirnhäuten Störungen der Gehirntätigkeit herbeiführen kann. Eine Folge hiervon wäre nämlich die Ernährungsstörung des nervösen Zentralorgans, welche ihrerseits „auf das ganze Gefühls- und Denkvermögen des Betreffenden einen umstimmenden Einfluß hat . . . und insbesondere vereint mit anderen Erkrankungen zu einer Verfassung des Betreffenden führt, die eben die abnorme Reaktion auf widrige äußere Geschehnisse bedingt“.

Was nun zuerst die Benennung der in Frage stehenden Affektion betrifft, so muß diese schon an und für sich als irreleitend bezeichnet werden, da es sich hierbei ja nicht um einen infiltrativ-entzündlichen Prozeß, sondern vielmehr um eine Fibrose handelt. Vor allem überrascht jedoch *Pfeiffers* *post hoc ergo propter hoc*-Schlußfolgerung; daß, da mit zunehmendem Alter *Leptomeningitis chron. fibr.* immer gewöhnlicher wird, es gerade die in Frage stehende Affektion (Fibrose in den weichen Hirnhäuten) sein muß, die den senilen geistigen Störungen zugrunde liegt. Und da nun auch die Anzahl der Selbstmörder in höherem Alter prozentual zunimmt, so muß folglich auch dieses Phänomen in ursächlichem Zusammenhang mit den Verdickungen in den weichen Hirnhäuten stehen. *Pfeiffer* findet es ganz klar, daß die lokal entstehende Bindegewebszunahme in den weichen Hirnhäuten den Blut-

umlauf in den, in diesen Häuten liegenden Gefäßen schädigen würde. Aber wie? Treten doch diese Verdickungen nicht in den Arterien selbst, sondern außerhalb derselben auf! Weisen wir noch darauf hin, daß *Pfeiffers* Annahme von dem Vorkommen von Ernährungsstörungen in der Hirnrinde in den Fällen, wo Verdickungen in den weichen Hirnhäuten auftreten, faktisch nur eine „Annahme“ ist, welche er nicht versucht hat, mikroanatomisch nachzuweisen, so muß diese Erklärung als vollständig aus der Luft gegriffen bezeichnet werden.

Ohne weitere Bedenken wendet dann *Pfeiffer* seine obenangeführte Erklärung auch auf junge Selbstmörder an, bei denen Leptomeningitis chron. fibr. konstatiert werden konnte. Auch hier müßten dann im Gehirn Ernährungsstörungen entstehen, die mit denselben analogen seelischen Störungen wie im Senium verbunden seien, da ja die pathologisch-anatomische Grundlage identisch ist. Es dürften ebenfalls Störungen im Gefühlsleben entstehen, was dazu führt, daß die betreffenden Individuen unter dem Druck widriger äußerer Umstände abnorm reagieren und mußte dann ein, in derartigem Falle ausgeführter Selbstmord als in geistig krankhaftem Zustand vorgenommen betrachtet werden (*Pfeiffer*).

Nun sind bei Obduktionen Verdickungen sowohl in der harten als in den weichen Hirnhäuten auch bei Nichtselbstmördern ein ganz gewöhnlicher Befund. Auf Grund derartiger makroskopischer Befunde irgendwelche Schlüsse auf den psychischen Zustand des betreffenden Individuums zu ziehen, muß als leichtsinnig bezeichnet werden. Die Sache wäre eine ganz andere, wenn z. B. die mikroskopische Untersuchung ergeben sollte, daß die besagten Verdickungen sich von einer schweren (beispielsweise luetischen) Gehirnkrankheit herleiten.

Die Mehrzahl anderweitiger pathologisch-anatomischer Veränderungen im Zentralnervensystem, welche die bisherigen Forscher bei den Selbstmördern beschrieben haben, sind solche, daß man auf deren Basis nicht wagen könnte, allzu weitführende Schlußfolgerungen zu ziehen. So sind z. B. Erweichungsherde in bezug auf ihre Größe, Anzahl und Lokalisation wichtige Faktoren. In unserer Kasuistik kamen in 18 Fällen Erweichungen vor, die stets nur ganz geringfügig waren und dann entweder isoliert oder zu zweien, höchstens zu dreien in ein und demselben Gehirn auftraten und diese waren so lokalisiert, daß wir es auf Grund derselben nicht wagen dürfen, irgendwelche Annahmen möglicher neurologischer, geschweige denn psychopathologischer Symptome auszusprechen.

Das gleiche gilt auch für die übrigen, in unserer Kasuistik festgestellten pathologisch-anatomischen Befunde im Zentralnervensystem sowie für ihre verschiedenen Kombinationen. Da wir uns nicht auf mikroskopische Untersuchungen berufen können, sehen wir uns außer-

stande, irgendwelche Annahmen in bezug auf den Seelenzustand der Selbstmörder auf Grund der Obduktionen aufzustellen, insbesondere mit Berücksichtigung des Umstandes, daß in etwa 64% von den ihrer Anamnese nach sicher geisteskranken Selbstmördern makroanatomisch nichts Pathologisches im Zentralnervensystem nachgewiesen werden konnte. In Fällen, in denen z. B. eine starke Sklerose der Hirnarterien, Ependymitis granularis und Atrophie der Hirnrinde vorlagen, könnte man wohl psychische Störungen erwarten; doch dürfen wir uns auf Grund vereinzelter derartiger Fälle nicht zu allgemeinen Schlußfolgerungen verleiten lassen.

Auf der Basis der Obduktionsbefunde unseres Materials wagen wir es also nicht, irgend etwas über den psychischen Zustand der betreffenden Selbstmörder auszusagen und wir können uns nur über die Sicherheit wundern, mit welcher gewisse Autoren nach allerlei nichtssagenden makroskopischen Befunden Schlüsse auf den Seelenzustand der von ihnen obduzierten Selbstmörder gezogen haben. Gibt es doch Autoren, die in solchen Fällen so weit gehen, von einer Unzurechnungsfähigkeit zu sprechen! Wir wollen keineswegs in Abrede stellen, daß sich auch unter den Selbstmördern zahlreiche Geisteskranke befinden könnten. Das ist ja eine bekannte Tatsache. Es soll nur betont werden, daß die wissenschaftliche Untersuchung auch auf diesem Gebiete dieselben Anforderungen wie auf anderen Gebieten erfüllen müßte.

Was dann noch die in anderen Organen als im Zentralnervensystem nachgewiesenen Befunde betrifft, so steht in unserer Kasuistik Arteriosklerose obenan. Die meisten dieser Fälle sind jedoch nur recht leicht und die Veränderungen waren meist derart geringfügig, daß sie auf das subjektive Gesundheitsgefühl des Betroffenen kaum einen Einfluß gehabt haben können. Die Mehrzahl der Herzfehler sind mit Coronarsklerose verbunden und auch die meisten Herzfehler unserer Kasuistik gehören zu Myodegenerationen. Zur Lungentuberkulose gehören sämtliche Fälle unserer Kasuistik, in denen Tuberkulose konstatiert wurde. Auch hier waren es meist nur leichte Fälle, wo an der einen Lungenspitze ein begrenzter, oft schon alter, bereits verkalkter Herd vorkam; doch gab es auch einige Fälle, wo der Prozeß bereits den größten Teil beider Lungen affiziert hatte.

Den übrigen pathologisch-anatomischen Befunden kann infolge ihrer geringen Anzahl keine weitere Bedeutung beigelegt werden. Dagegen muß beachtet werden, daß etwa $\frac{1}{3}$ der weiblichen Selbstmörder unserer Kasuistik sich im Status menstrualis befand und daß cystische Ovarien bei Selbstmörderinnen sehr gewöhnlich waren, ein Umstand, auf den manche Autoren hinweisen.

Zum Schluß mag auch noch darauf hingewiesen sein, daß Status thymico-lymphaticus und insbesondere eine enge Aorta auch in unserer

Kasuistik nicht zu den Seltenheiten gerechnet werden müssen, wenn gleich wir in dieser Beziehung auch nicht so hohe Zahlen wie einige andere Autoren aufweisen können.

Ein Überblick über unser Material ergibt folgendes:

*Makroanatomisch können wir in etwa $\frac{1}{4}$ der Fälle pathologische Veränderungen im Gehirn oder dessen Häuten nachweisen, doch sind diese Veränderungen solcher Art, daß wir uns nicht für berechtigt halten, auf Grund derselben irgendwelche Schlüsse auf den psychischen Zustand der betreffenden Individuen zu ziehen. Von anderen körperlichen Krankheiten kommen bei Selbstmördern in erster Reihe Lungen- und Herzfehler sowie Arteriosklerose vor, also Krankheiten, die für den Patienten im allgemeinen mit keinem nennenswerten Leiden verbunden sind, so daß die Annahme des Selbstmordes als einer Folge von schmerzhaften körperlichen Leiden in unserem Material keine Stütze findet. Die Frauen begehen einen Selbstmord häufig im Menstrualstadium und sie haben oft große cystische Ovarien. Relativ verbreitet bei Selbstmördern ist *Thymus peristens* und *Status lymphaticus*, desgleichen beide zusammen, ferner enge Aorta und Veränderungen in der Thyreoidea.*

Im Vergleich mit den Ergebnissen der meisten sich der anatomischen Methode bedienenden Forscher, müssen unsere Resultate als recht dürftig bezeichnet werden. Doch beruht dieses keineswegs auf der exzeptionellen Beschaffenheit unseres Materials, sondern vielmehr auf einer vorsichtigeren Schlußfolgerung. Die anatomischen Befunde im Zentralnervensystem sind ungefähr dieselben, die z. B. Pfeiffer anführt, wir gehen aber nicht soweit, auf dermaßen schwachen Grundlagen wie er, die psychische Integrität der Selbstmörder zu bezweifeln oder direkt auf der Basis solcher Gründe ganz bestimmte Schlußfolgerungen zu ziehen. Wären diese wenigstens Ergebnisse sorgfältiger mikroskopischer Untersuchungen, so könnten sie eventuell einen Anspruch auf eine gewisse Berechtigung machen; so aber muß ihnen jeder wissenschaftliche Wert abgesprochen werden.

Ein viel größeres Interesse als die vorgenannten makroanatomischen Befunde in Gehirnen, Hirnhäuten und Schädeln von Selbstmördern, bietet die *Konstitutionsfrage*.

Ganz besondere Aufmerksamkeit hat man hierbei auf die lymphatische Konstitution gerichtet. Nach E. Miloslavitch können bei 80% der Selbstmörder Anzeichen einer lymphatischen Konstitution bemerkt werden. In derartigen Fällen findet der genannte Autor Entwicklungsstörungen an spezifischen Parenchymen, speziell an Lymphdrüsen und Sexualdrüsen mit gleichzeitiger Wucherung des Stützgerüsts. Nach A. Kellner läßt sich bei jungen Selbstmördern häufig ein Fortbestehen kindlich-embryonaler Verhältnisse nachweisen. Neste hebt die altbekannte Tatsache hervor, daß eine Aplasie der Nebennieren und Bildungsanomalien des Zentralnervensystems häufig vereint auftreten. Beim Status thymico-lymphaticus erscheinen nach Aussage des Autors die Nebennieren oft

verkleinert, woraus er dann schließt, daß in solchen Fällen bei Berücksichtigung gerade der erwähnten, zwischen Nebennieren und Zentralnervensystem obwaltenden Beziehung die Gehirnfunktion keine normale sein kann, so daß der Selbstmord unter derartigen Umständen auf Rechnung geistiger Abnormität gesetzt werden kann.

Unseres Erachtens hat die Hypothese *Nestes* wenig für sich, denn erstens hat *N.* keineswegs bewiesen, daß bei Individuen mit Status thymico-lymphaticus die Nebennierenverkleinerung ein regelmäßiger Befund sei und zweitens hat er seine Annahme auf eine andere Hypothese gebaut, nämlich auf die etwaige Kausalbeziehung zwischen der Nebennierenaplasie und den Entwicklungsstörungen des Zentralnervensystems, wobei die erstere das Primäre sei, was ganz unbewiesen ist. Als völlig theoretisch soll also die Vermutung *Nestes*, die Selbstmörder mit Status thymico-lymphaticus und Nebennierenverkleinerung seien aus obengenannten Gründen psychisch nicht normale Menschen, angesehen werden. Denn wenn es auch eine Tatsache ist, daß zwischen Nebennieren und dem sympathischen System eine enge Beziehung herrscht, folgt daraus doch keineswegs, daß irgendwelche Veränderungen oder nur makroanatomisch konstatierte etwaige Verkleinerung in den Nebennieren psychische Abnormitäten verursachen.

Ebenso unsicher ist ferner die Rolle der cystischen Ovarien bei weiblichen Selbstmördern. Ob in derartigen Fällen Störungen in der inneren Sekretion der Ovarien erwartet werden müssen, wissen wir nicht. Leichtere Grade sind wohl bedeutungslos, denn die Erfahrung zeigt, daß der Körper mit einem ziemlich geringen Teil funktionsfähigen Ovarialgewebes zurechtkommt, ohne daß etwaige Folgen in Erscheinung treten. Es gibt aber auch Fälle, wo die cystische Entartung beider Ovarien so hochgradig ist (nur makroskopisch!), daß man vielleicht berechtigt ist, Störungen davon zu erwarten. Junge Frauen, bei denen aus irgendeiner Ursache beide Ovarien operativ entfernt worden sind, werden unseres Wissens nicht besonders selbstmordgefährlich, und die Störungen, welche aus dieser Operation folgen, scheinen nicht solcher Art zu sein, daß daraus eine psychopathologische Erklärung für einen Selbstmord ohne weiteres erfolgt.

Hiermit wollen wir jedoch keineswegs behaupten, daß die innere Sekretion nichts mit dem Selbstmordproblem zu tun hat. Im Gegenteil. Die Endokrinologie ist aufs innigste mit der Konstitutionsfrage verknüpft und hat sicher große Bedeutung unter den „primären“ Selbstmordursachen. Bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft können wir aber von der Bedeutung der endokrinen Drüsen für die menschliche Psyche (und nicht nur für die Psyche in engerer Meinung, sondern für das ganze Nervensystem) nur schöne Theorien zusammenschmieden.

Soziologisches.

Wie zu erwarten, ist dem Selbstmordproblem, als einem sozial hochwichtigen Phänomen, von seiten der Soziologen ganz besondere Beachtung zuteil geworden. Immer wieder ist man auf dieser Seite bestrebt gewesen, die statistisch erwiesenen regelmäßigen Schwankungen

in der Selbstmordfrequenz und insbesondere der Ursache zur stetigen Steigerung der letzteren in den Kulturstaaten als eine Folgeerscheinung der sozialen Verhältnisse darzulegen. Diese Bemühungen haben indessen einen nur recht geringen Erfolg gehabt. Unsere Absicht ist nicht, diese Seite der Frage hier des Näheren zu prüfen, wir wollen sie nur vorübergehend streifen mit Angabe einiger der bekanntesten Forscher auf diesem Gebiete.

Salomon (1861) sah im Selbstmord ein natürliches Gegenmittel gegen den allzu großen Bevölkerungszuwachs, insbesondere wurde dieser Standpunkt jedoch von *Morselli* (1881) verfochten. Seiner Ansicht nach ist der Selbstmord „der gesetzmäßige und notwendige Erfolg der Gesetze der menschlichen Selektion und der Kulturentwicklung der Völker“. Nach *Morselli* ist der Selbstmord in der zivilisierten Gesellschaft ebenso unvermeidlich wie z. B. Elend oder Verbrechen. Der Kampf ums Dasein ist infolge der scharfen Konkurrenz heutzutage in der zivilisierten Gesellschaft unerbittlich. Um seine notwendigen Bedürfnisse zu befriedigen, ist der moderne Mensch dazu gezwungen, gegen sich ihm entgegenstehende Einflüsse zu kämpfen, und in diesem Kampf werden naturgemäß die Schwachen unterliegen. Wie ersichtlich, wendet *Morselli* die von *Darwin* für das Gebiet der Biologie aufgestellte Theorie auch auf die Soziologie an. Ein zweiter, bei der Zunahme der Selbstmorde einspielender wichtiger Faktor ist nach Ansicht desselben Autors der religiöse Zweifel: der Hang des Menschen zur Erforschung des Übersinnlichen und Übernatürlichen einerseits, und andererseits der immer mehr überhandnehmende Materialismus, der nur den Glauben an ein materielles Wohlergehen anerkennt. In den protestantischen Ländern sind letztgenannte Mißverhältnisse viel schlimmer als in den katholischen und sind infolgedessen (nach *Morsellis* Ansicht) in den ersteren Selbstmorde viel häufiger als in den letzteren. Diese Ansicht von *Morselli* wird sehr vom Philosophen *Masaryk* (1881) unterstützt, der außerdem auch noch den Fortschritt der Bildung und Zivilisation, die das Volk nur zu einer leeren, inhaltlosen Halbbildung verleiten und nichts für den Glauben Ersetzendes bieten, für die zunehmenden Selbstmorde verantwortlich macht. Nach *Masaryk* kommen bei wilden Völkern Selbstmorde selten vor, nehmen aber auch hier zu, sobald diese unter europäischen Einfluß und Kultur geraten. *Masaryk* legte zugleich dar, daß auch in Ländern mit noch niedriger Kultur Selbstmorde nicht so häufig wie in den großen Kulturländern sind, was z. B. mit der Statistik *Füllkrugs* im Einklang steht. Als beleuchtendes Beispiel mag folgende kleine Tabelle von *Füllkrug* dienen:

Schweiz	238
Frankreich	227
Deutschland	223
Österreich	217
Bulgarien	47
Irland	38
Spanien	37

Alle diese Zahlen bezeichnen die Fälle von Selbstmorden im Jahresdurchschnitt (1910—1913) auf 1 Million Einwohner berechnet.

Betreffend den Einfluß der Religion hat man immer in der Seltenheit der Selbstmorde bei den Juden, diesem, dem Glauben ihrer Vorväter

so treuem Volke, hingewiesen. Die im folgenden von *Füllkrug* angegebenen statistischen Zahlen aus den letztverflossenen Jahren in Preußen zeigen indessen, daß es sich heute anders verhält:

Selbstmordzahlen nach Konfessionen (nach *Füllkrug*):

Land	Beobachtungsjahre	Selbstmordziffern auf 1 Million bei den		
		Katholiken	Protestanten	Juden
Preußen. . .	1908—13	118	270	322
„ . . .	1914—18	86	216	349
„ . . .	1919—23	105	250	416

Aus obiger Tabelle geht hervor, daß der Selbstmord in Preußen am seltensten bei Katholiken und am häufigsten bei Juden vorkommt. *Füllkrug* führt dieses darauf zurück, daß die Juden in Preußen zum überwiegenden Teil vom Glauben ihrer Väter abgefallen und sich von ihrem Stamm getrennt und außerdem auch noch mit ökonomischen Schwierigkeiten zu kämpfen haben.

Obengenannte sowie anderweitige soziale Gesichtspunkte sind indessen nicht imstande, uns eine genügende Erklärung dafür zu liefern, warum nur ein Bruchteil der Individuen, die aller Voraussetzung nach zum Selbstmord greifen müßten, es tatsächlich auch tut, während die anderen alle ihre Beschwerden und Leiden lebenslang geduldig ertragen und unter Verhältnissen ihr Leben fristen, die einen freiwilligen Tod erklärlicher erscheinen lassen würden als ein Ertragen solcher schwierigen Verhältnisse. Die sozialen Verhältnisse lösen an und für sich nicht das Selbstmordproblem. Es gibt in der Welt kein so tiefes Elend, keine so schweren Leiden, welche ein Mensch auch ohne Selbstmord nicht ertragen könnte. Auch sind es gar nicht die Selbstmörder, welche wirklich in den elendesten sozialen Verhältnissen gelebt haben. Armut, Krankheiten, Scham, Furcht u. a. vermutete Selbstmordursachen erklären die Tat nicht, und wenn sie auch nicht ohne Bedeutung sind, die wirklichen Motive müssen wir jedoch bei den Selbstmördern selbst suchen.

Aus den Statistiken der Soziologen geht aber, wie oben ersichtlich, hervor, daß die Religion und die kulturelle Entwicklung des Volkes einen unbestreitbaren Einfluß auf die Frequenz der Selbstmorde haben. Je höher die Kultur in einem Lande, um so schärfer wird die Konkurrenz auf allen Gebieten und um so erbitterter der Kampf ums Dasein. Es ist also leicht zu verstehen, daß das Selbstmordmaterial, als ein schwach im Boden des Lebens und Daseins wurzelnder Baum, leichter in Stürmen als bei stillem Winde fällt. Daß die Anzahl der Selbstmorde in den katholischen Ländern relativ kleiner ist als in den protestantischen, läßt sich vielleicht dadurch erklären, daß die katholische Kirche viel fester als die protestantische jedes Einzelindividuum bindet. Der katholische Geistliche kann viel erfolgreicher die in Not geratenen trösten,

da er ein Vermittler zwischen Gott und Menschen und sogar imstande ist, Sünden zu vergeben. Dazu kommt noch, daß die katholische Kirche viel strenger als die protestantische die Selbstmörder verurteilt. Wir wollen uns jedoch nicht länger bei diesen soziologischen Aufklärungsversuchen des Selbstmordproblems aufhalten, sondern die Sache wieder vom medizinischen Gesichtspunkt betrachten.

Psychopathologisches.

Schon der große *Esquirol* hielt Selbstmörder für seelisch kranke Menschen und er hat bis auf den heutigen Tag zahlreiche Anhänger gefunden, unter denen *R. Gaupp* der hervorragendste ist. Gerade auf diesen Forscher wollen wir vor allem hinweisen, da seine Arbeit zu den bedeutendsten und vorzüglichsten auf diesem Gebiete gehört.

Er verfügt über ein hochinteressantes Material, das aus 124 wegen Selbstmordversuchs in die psychiatrische Klinik eingelieferten Personen besteht, das, wenn es auch nicht als einzig in seiner Art hingestellt werden darf, vor anderen den hoch einzuschätzenden Vorzug besitzt, von einem hervorragenden und kritischen Psychiater untersucht worden zu sein. Gerade derartige Untersuchungen sind hoehherwünscht, denn mehr als alles andere würden sie dazu beitragen, die faktischen Selbstmordmotive ans Licht zu ziehen, wobei wir unter diesem Begriff dasselbe verstehen wie *Gaupp* mit den „Ursachen“ des Selbstmordes. In Übereinstimmung mit letzterem möchten auch wir vermeintliche und faktische Motive zum Selbstmord streng auseinanderhalten (nach *Gaupp* zwischen den Motiven und Ursachen des Selbstmordes). Von *Gaupps* 124 Fällen, die sämtlich nur „wegen des Selbstmordversuchs in die Psychiatrische Klinik, also nicht als Geisteskranke aufgenommen waren“, war nach einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung nur *eine einzige* Person als psychisch normal zu betrachten, und dies war ein verlassenes Mädchen im 8. Schwangerschaftsmonat. 44 Individuen waren geisteskrank, also etwa 35%, 12 Epileptiker, 10 Hysteriker und 28 chronische Alkoholiker. Die übrigen waren Psychopathen („krankhafte Persönlichkeiten — wir nennen sie in der Regel kurz Psychopathen — von pathologischer Affektivität . . .“, *Gaupp*).

Nach *Gaupps* Vorbild hat *Reck* in der Stadt Bamberg im Verlauf von 10 Jahren Notizen über Individuen gesammelt, die mißlungene Selbstmordversuche ausgeführt hatten, und ist zu dem Schluß gekommen, daß 57,9% derselben geisteskrank, der Rest sonst psychisch anomal waren, da „ihre Motive in keinem harmonischen Verhältnis zu der verzweifelten Tat standen“.

Wassermeyer (1913) hat nach *Gaupps* Muster das Material der Kieler Psychiatrischen und Nervenlinik untersucht und berücksichtigt wie *Gaupp* nur Fälle, die wegen eines Selbstmordversuchs in die Klinik gebracht worden waren. Sein Material umfaßt 169 Fälle, davon 90 Männer und 79 Frauen. Unter diesen befanden sich 27 Männer (= 30%) und 57 Frauen (= 72%), die geisteskrank waren, der Rest war mehr oder weniger seelisch abnorm (chronische Alkoholiker, Epileptiker, Imbezille, Hysteriker, Gravide usw.). Das Material von *Wassermeyer* enthält also ausschließlich pathologische Fälle. Die Motive der der letztgenannten Gruppe angehörenden Selbstmordkandidaten standen im Widerspruch zu der verzweifelten Tat und letztere war im Affekt ausgeführte Augenblicksreaktion. Doch bemerkt *Wassermeyer*, daß, wenn auch sein Material als ein psycho-pathologisches bezeichnet werden muß, er trotzdem nicht die Behauptung aufstellen will,

daß alle Selbstmörder seelisch krank sein dürften, da seiner Meinung nach angenommen werden muß, daß normale Selbstmörder ihren Plan sorgfältig vorbereiten, um sich von vornherein vor einem Mißlingen desselben sicherzustellen.

Helenefriderike Stelzner hat katamnestic Angaben über 200 Frauen, die einen Selbstmord oder Selbstmordversuch unternahmen, gesammelt und kommt zu dem Ergebnis, daß nur in 31 Fällen derselben keinerlei krankhafte psychische Erscheinungen nachgewiesen werden konnten. Für alle Formen, mit einer einzigen Ausnahme, besteht nach *Stelzner* ein gemeinsames Merkmal, nämlich „eine Einengung aller psychischen Fähigkeiten, das Unvermögen, sich mit Hilfe des Willens, des Verstandes oder der Phantasie einen Ausweg oder eine Änderung des unhaltbaren Zustandes vorzustellen und mit Hilfe der Idee eines Auswegs sich dem Zwang der Selbstmordvorstellung zu entreißen“. Nicht nur die Überwertigkeit der letzteren, sondern auch vor allem das „Versagen aller Gegen- und Auswegsvorstellungen“ spielt nach *Stelzner* die entscheidende Rolle.

Das Untersuchungsmaterial von *Gaupp*, *Reck* und *Wassermeyer* ist ausschließlich aus Individuen zusammengesetzt, die einen nur *mißlungenen* Selbstmordversuch unternommen haben, so daß es nicht als Selbstmordmaterial im eigentlichen Sinne bewertet werden kann. In dieser Beziehung dürften diese Autoren nicht zu einer Identifizierung berechtigt sein und dieses wird z. B. von *Gaupp* auch nicht angestrebt. Das Verhältnis von Männern zu Frauen ist in dem obengenannten Material auch ein anderes als in den eigentlichen Selbstmordstatistiken Deutschlands, weil hier die Anzahl der Frauen verhältnismäßig größer ist, bei *Gaupp* sogar absolut größer als die der Männer, während das Verhältnis von Männer- zu Frauenselbstmorden in Deutschland etwa 3 : 1 ist. Scheiden wir die Geisteskranken und von den nicht ausgesprochen Geisteskranken die Epileptiker und chronische Alkoholiker ab, so bleiben in der Frauenkasuistik von *Gaupp* 10 Hysterische und 22 Psychopathen (und außerdem noch der normale Fall, von dem weiter oben bereits die Rede war) übrig. Es widerstrebt uns, zu glauben, daß diese jungen Mädchen wirklich die Absicht gehabt haben, sich das Leben zu nehmen. Von Hysterikern wird ja behauptet, daß bei ihnen ein gelungener Selbstmord ein Unglücksfall ist! Daß sie die Aufrichtigkeit ihres Vorhabens beteuern und auch wohl selbst daran glauben, ist eine andere Sache. Nichtgeisteskranken Individuen, die unter dem Eindruck eines heftigen Affektes Hand an sich selbst legen, wird es, wie auch *Gaupp* zugibt, im allgemeinen nicht voller Ernst damit sein, was ja auch durch die Erfahrung bestätigt wird, daß derartige Selbstmordkandidaten, nach *Gaupps* Aussage, späterhin sehr zufrieden mit dem Scheitern ihres Vorhabens sind. Wenn auch eine Anzahl der obenerwähnten, im Affekt ausgeführten Selbstmordversuche sehr wohl mit dem Tod endigen können, so ist man doch keineswegs berechtigt, daraus den Schluß zu ziehen, daß alle gelungenen Selbstmorde, insofern die Täter nicht direkt geisteskrank (bzw. Epileptiker oder Alkoholiker) waren, unter momentaner Reaktion verübte, unüberlegte, psycho-

pathische Handlungen sind. Auf die Behauptung *Recks*, die nicht direkt geisteskranken Selbstmörder müssen als psychisch abnorm angesehen werden, weil „ihre Motive in keinem harmonischen Verhältnis zu der verzweifelten Tat stehen“, kann man mit *Gaupp* antworten: „Die Gründe, die einen Menschen veranlassen, Hand an sich selbst zu legen, nimmt er mit sich ins Grab“.

Was *Stelzners* Anschauungen betrifft, gibt *Placzek* vollkommen zu, daß genannte Eigenschaften bei Selbstmördern sehr wohl eigen sind, doch sind sie, seiner Ansicht nach, keineswegs pathologisch. *Placzek* stellt seinerseits mit vollem Recht die Frage auf: Woher *Stelzner* denn weiß, daß diese Gegen- und Auswegsvorstellungen bei den Selbstmörderinnen versagten? Nach *Placzek* ist dies nicht der Fall, die Gegen- und Auswegsvorstellungen erscheinen bei diesen nur nicht ausreichend.

Es machen sich in bezug auf Selbstmörder zwei verschiedene Gesichtspunkte geltend. Der eine wird vorzugsweise von einigen Psychiatern und Rechtsmedizinern vertreten: diesem zufolge wären fast sämtliche Selbstmörder als mehr oder weniger psychisch abnorm zu bezeichnen, so daß von einem freiwilligen Tod kaum die Rede sein kann. Der andere ist der Standpunkt der Psychologen, Soziologen und Theologen, die einen freiwillig gewählten Tod für sehr wohl möglich halten. Diesem letzterwähnten Standpunkt schließen sich auch manche Ärzte an, welche keine so engen Grenzen für die normale Psyche, wie einige Psychiater sie aufstellen, anerkennen wollen (*Näcke, Steckel, Placzek* u. a.). *Placzek* spricht sogar von einem „physiologischen Selbstmord“, was von *Kratter* nicht gebilligt wird, da seines Erachtens der Selbstmord nie ein physiologisches Phänomen sein kann, was auch richtig ist. Nach *Kratters* persönlicher Ansicht ist es sehr wohl denkbar, daß ein Mensch selbst Hand an sich legen kann, ohne sich deshalb in einem krankhaften Zustand befinden zu müssen. Je mehr man jedoch mit derartigen Selbstmördern zu tun haben wird, desto mehr wird man, nach *Kratter*, sich davon überzeugen können, daß man sie als degeneriert beurteilen muß.

Eine einigermaßen genaue Angabe darüber, wie hoch sich der Prozentsatz der faktisch geisteskranken Selbstmörder stellt, ist kaum möglich. Welchen Wert haben die anamnesticen, von den Angehörigen des Verstorbenen erhaltenen Angaben? In zahlreichen Fällen kann aus denselben geschlossen werden, daß der Tote wahrscheinlich geisteskrank gewesen sein muß, natürlich unter dem Vorbehalt, daß wir uns auf die Glaubwürdigkeit der gelieferten Aussagen verlassen können und z. B. keine Veranlassung zu dem Verdacht vorliegt, daß der Tatbestand von den Betreffenden zwecks Erhaltung der Lebensversicherung während der Karenzzeit übertrieben wird. Sollte dieses nun auch ausgeschlossen sein, so sind die in dieser Weise erhaltenen Auskünfte

doch meist dermaßen unbestimmt, daß auf Grund derselben keinerlei sichere Schlüsse auf den Gemütszustand des Verstorbenen gezogen werden können. Hierzu kommt noch der Umstand, daß die Hinterbliebenen gern glauben und auch anderen einreden wollen, daß der Selbstmord nicht bei völlig normalem Geisteszustand verübt wurde, um nur keinen Verdacht einer etwaigen Schuld der Familienverhältnisse, welche nach der eigenen Ansicht natürlich stets die besten gewesen sind, aufkommen zu lassen. Absolute Zahlen werden wir also nicht erwarten können. Nach gewissen Statistiken (*Füllkrug* u. a.) sind etwa $\frac{1}{3}$ der Selbstmörder geisteskrank. Dank der fortgesetzt verbesserten Verhältnisse der Geisteskrankenpflege in den Kulturstaaten, sollte die Anzahl der geisteskranken Selbstmörder im Vergleich zu früher eher gesunken sein und wird auch wohl weiterhin immer mehr sinken, so daß die Zunahme der Anzahl der Selbstmordfälle nicht auf Kosten der Geisteskranken gesetzt werden kann.

Weil nicht die Geisteskrankheiten den Zuwachs der Selbstmordfrequenz erklären, hat man anderweitige Faktoren suchen müssen, um dieses Phänomen verstehen zu können. Es sind dann besonders zwei Dinge, welche seitens der Forscher als zum Selbstmord disponierende Momente angesehen worden sind, nämlich der Alkoholismus und die Psychopathie.

Der Alkoholismus.

Eine wie große Rolle der Alkoholismus in den Selbstmordstatistiken spielt, ist unaufgeklärt. Zuverlässige Zahlen gibt es nicht. Die Nachrichten der Hinterbliebenen können sowohl in positiver als negativer Hinsicht falsch sein. Sind wir vielleicht imstande, auf Grund der rechtsmedizinischen Obduktionen den Alkoholismus der Selbstmörder zu konstatieren?

In *Pfeiffers* Kasuistik sind die chronischen Alkoholiker mit 29,5% vertreten. *Pfeiffer* gründet seine Diagnose größtenteils auf anatomische Obduktionsbefunde, zuweilen wohl aber auch ohne solche, weil in der Spalte „Befund“ in seinen Tafeln oft nur einfach „Alkoholismus chron.“ zu finden ist. Vielleicht hat *Pfeiffer* in diesen Fällen nach Angaben der Angehörigen des Selbstmörders eine Diagnose gestellt.

Nun ist aber unseres Erachtens keineswegs sicher, daß die von *Pfeiffer* auf den chronischen Alkoholismus zurückgeführten pathologisch-anatomischen Befunde pathognomonisch sind. In Fällen, wo sich bei der Obduktion Adipositas, Leptomeningitis chron. diffusa, cor adiposum, Fettleber bzw. atrophische Cirrhose und chronischer Magenkatarrh ergaben, handelte es sich wohl meist um Alkoholiker, doch ist damit keineswegs gesagt, daß ein Individuum, welches diese Befunde aufweist, immer ein Alkoholiker gewesen sein muß. Können doch die

genannten Veränderungen sehr wohl auch durch andere Faktoren bedingt sein. Und umgekehrt: es gibt sicher chronische Alkoholiker, bei denen keine einzige von den obengenannten Veränderungen zu finden ist.

Sondern wir nun aus unserer eigenen Kasuistik chronische Alkoholiker nach den von *Pfeiffer* als für den chronischen Alkoholismus charakteristisch bezeichneten anatomischen Veränderungen aus, so ergibt sich folgendes: Fälle, bei denen sämtliche von *Pfeiffer* oben angegebenen Veränderungen angetroffen wurden, kommen hier gar nicht vor. Fälle, in denen dreierlei verschiedene Befunde nachgewiesen werden konnten, gibt es 2 (Pia-Fibrosen, Fettherz und Fettleber). Zweierlei Veränderungen fanden wir in 4 Fällen und nur eine der von *Pfeiffer* angegebenen Veränderungen (am häufigsten Pia-Fibrose oder Fettleber) kam bei 29 Individuen vor. Letztgenannte Gruppe verteilt sich in bezug auf das Alter folgendermaßen:

20—30 J.	30—40 J.	40—50 J.	Über 50 J.	Alter unbekannt
4	6	6	12	1

In dieser Gruppe sind also vorzugsweise bejahrte Individuen und Personen mittleren Alters enthalten. Unter ihnen gab es nur zwei Fälle, wo bei der Obduktion kein Alkoholgenuß konstatiert wurde. Ob wir es hier mit chronischen Alkoholikern zu tun haben, wissen wir nicht.

Rechnen wir nun in unserem, im ganzen 923 Fälle enthaltenden statistischen Material alle diejenigen Fälle zusammen, in denen das Vorhandensein von Alkohol im Körper bewiesen wurde, so ergeben sich 220 Fälle — und zwar 200 Männer und 20 Frauen. Bei den Obduktionen von im Zeitraum 1905—1928 in Helsingfors durch Selbstmord verstorbenen Individuen wurde danach in 23,8% nachweislich Alkohol festgestellt, und zwar bei Männern in 27% und bei Frauen in 10%. Ihrem Alter nach verteilen sie sich folgendermaßen:

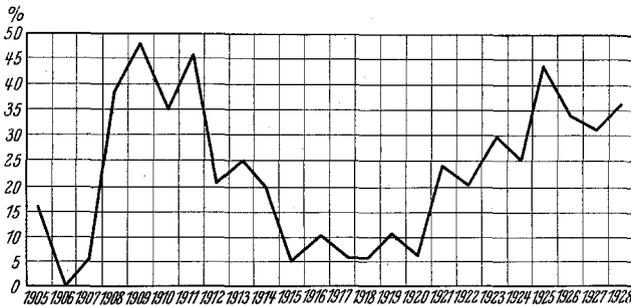
14—20	5
21—30	71
31—50	105
51—60	33
61—70	5
71—80	0
Unbestimmt.	1

Vergleichen wir die obenstehenden Ziffern mit der Anzahl der in den entsprechenden Altersklassen an Selbstmord verstorbenen Individuen, so erhalten wir folgende Prozentwerte:

14—20	10 %
21—30	23 %
31—50	26 %
51—60	32 %
61—70	16 %
71—80	0 %

Wie ersichtlich, nimmt die Anzahl der Individuen, bei denen bei der Obduktion Alkohol nachgewiesen wurde, mit fortschreitendem Alter bis zum 60. Lebensjahr immer zu, wonach sie wieder abnimmt. Da nun aber die Feststellung von Alkohol in den Leichen meistens nur in ganz grober Weise geschah (entweder auf Grund sich aus den inneren Organen verbreitenden Alkoholgeruchs oder infolge einer am Mageninhalt vorgenommenen Jodoformreaktion), so ist es wohl denkbar, daß geringere

Tabelle 23.



Die Kurve bezeichnet die Prozentzahlen der männlichen Selbstmorde in Helsingfors in den Jahren 1905—1928, bei denen Alkoholgenuß (bei der Obduktion) festgestellt wurde.

Alkoholmengen sich einer Feststellung entzogen haben. Auch muß noch mit in Betracht gezogen werden, daß der Alkohol im lebenden Organismus ziemlich bald (gewöhnlicher Konsum bereits im Verlauf von 24 Stunden) oxydiert, so daß in Fällen, wo der Selbstmord nicht zu einem schnell eintretenden Tode führt, der Alkohol beim Eintritt des Todes bereits geschwunden ist. In der Leiche hält sich der Alkohol viel länger, was wir wiederholt bei quantitativen Blutanalysen konstatieren konnten. Die Anzahl der Individuen, die Alkohol zu sich genommen hatten, kann also tatsächlich etwas höher eingeschätzt werden.

Nun ist aber noch keineswegs gesagt, daß die in Frage stehenden Individuen sämtlich chronische Alkoholiker, ja nicht einmal Alkoholiker überhaupt gewesen sein müssen. Liegt doch die Annahme sehr nahe, daß ein Selbstmordkandidat sich Mut trinkt oder daß die schon halb beschlossene Tat im Rausch plötzlich ausgeführt wird.

Die graphische Kurve in Tab. 23 gibt die Prozentzahlen für die Jahre 1905—1928 derjenigen Männer in Helsingfors an, die bei der Obduktion

vorhergegangenen Alkoholgenuß ergaben. Obgleich die betreffenden Zahlen sich nicht auf Alkoholiker, sondern auf Personen beziehen, die kurz vor ihrem Tode Alkohol zu sich genommen hatten, so kann immerhin ein dermaßen großer Teil derselben zu den Alkoholikern gerechnet werden, daß sie auf die Schwankungen der Kurve einen ausschlaggebenden Einfluß haben müssen. Auch diese Kurve weist einen starken Niedergang während des Weltkrieges auf und steigt nach Abschluß desselben wieder an, in Übereinstimmung mit der, die Anzahl der Selbstmorde bezeichnenden Kurve (Tab. 10). Der Import geistiger Getränke nach Finnland war während des Krieges mit großen Schwierigkeiten verbunden, und infolgedessen nahm der Verbrauch derselben in diesem Zeitraum in so hohem Maße ab, daß der Alkoholkonsum damals nur etwa $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ pro Kopf von dem betrug, was in den Vorkriegsjahren verbraucht worden war. Die genannte Tabelle zeigt uns, daß bei den in den Jahren 1908—1911 vorgenommenen Obduktionen auf 2 männliche Selbstmörder immer einer mit konstatiertem Alkoholgenuß kam, während im Zeitraum 1915—1918 die entsprechende Zahl nur $8\frac{1}{2}\%$ betrug. Nach dem Kriege stieg dann die Kurve treppenförmig wieder in die Höhe, ungeachtet des im Jahre 1919 in Finnland sanktionierten Prohibitionsgesetzes (welches der Einschmuggelung von starken Getränken keinen Riegel vorzuschieben vermocht hat), ohne indessen vorläufig noch die Maximalwerte der Jahre 1909 und 1911 erreicht zu haben.

Auf Grund unseres Materials wagen wir, besonders wegen des Mangels anamnesticcher Angaben, nicht, den Anteil der Alkoholiker im Selbstmordmaterial zu schätzen. Andere Autoren haben einige diesbezügliche Zahlen aufgestellt. Nach der schon weiter oben gegebenen Kasuistik von *Gaupp* betrug die von chronischen Alkoholikern gemachten Selbstmordversuche 22,6% oder bei alleiniger Berücksichtigung der Männer 40% von seinen Selbstmordkandidaten. Einer ähnlichen Kasuistik von *W. Oppler* zufolge betrug die Selbstmordversuche von männlichen Alkoholikern vor dem Krieg (1909—1913) etwa 33%, nach dem Krieg (1920—1924) etwa 16%. *Sieberts* Material wiederum bezieht sich auf Individuen, die sich das Leben faktisch nahmen, und unter diesen ist der Alkoholismus mit nur 9,5% vertreten. Hieraus geht hervor, daß die gelungenen Selbstmorde von chronischen Alkoholikern auch nicht annähernd die Prozentwerte für die Selbstmordversuche derselben erreichen. Man könnte natürlich daran denken, daß die relative Häufigkeit der mißlungenen Selbstmordversuche chronischer Alkoholiker darauf beruht, daß sie gewöhnlich im betrunkenen Zustande ausgeführte unvorbereitete Affekthandlungen sind, aber dies erklärt doch nicht genügend, warum z. B. die Selbstmordversuche der an einer akuten Alkoholpsychose erkrankten Individuen viel öfter gelingen, und doch sind diese

ebenfalls unvorbereitete Augenblicksreaktionen. Letztere sind aber wirklich mit Kraft ausgeführte verzweifelte Versuche, sich aus unerträglichen psychischen Qualen zu befreien, während die Selbstmordversuche chronischer Alkoholiker oft so ausgeführt sind, daß man von der Aufrichtigkeit der Tat nicht überzeugt werden kann.

Das Verhältnis zwischen dem Alkoholkonsum und der Selbstmordfrequenz in einem Lande ist nicht immer ganz einfach, wie aus folgender Tabelle *Füllkrugs* (seine Tab. 71) hervorgeht:

Pro Kopf der Bevölkerung in Litern.

Im Jahresdurchschnitt 1906—1910:

Staat	Branntwein 50%	Wein	Bier	Selbstmorde im Jahresdurchschn. auf 1 Mill. Einw. 1910—1913
Deutschland	7,29	4,76	104,98	223
Österreich	7,40	19,70	52,20	217
Schweiz	3,82	55,65	69,01	238
Dänemark	10,44	1,50	36,16	187
Frankreich	8,82	144,00	37,20	227
Bulgarien	0,62	25,70	3,48	47
Japan	0,60	0,04	0,47	185

In den Jahren 1919—1922:

Deutschland	2,56	3,19	47,7	210
Österreich	3,34	20,50	45,7	245
Schweiz	7,53	51,96	30,3	220
Dänemark	1,12	1,45	69,6	140
Frankreich	4,64	143,20	25,8	225
Bulgarien	1,20	15,40	2,0	40
Japan	0,09	0,16	1,8	193

Man beachte, daß die in der 1. Abteilung der Tabelle befindlichen Jahreszahlen der Selbstmorde sich nicht auf denselben Zeitraum wie die angegebenen Alkoholkonsummengen, sondern auf die 4 darauffolgenden Jahre beziehen. Für den ersten Zeitraum (1906—1910) darf jedoch im großen ganzen angenommen werden, daß die Selbstmordzahlen um ein geringes niedriger waren. Was können wir nun aus dieser Tabelle ersehen? Zuerst muß hervorgehoben werden, daß hier nur von Branntwein, Wein und Bier und nicht auch z. B. von Kognak, Whisky und Rum die Rede ist, welche letztere entweder gänzlich fortgelassen oder vielleicht in der Rubrik „Wein“ miteinbezogen worden sind. Diese Getränke spielen jedoch bei Trinkgelagen eine große Rolle, so daß im Fall einer Nichtberücksichtigung derselben, die in der Tabelle angegebenen Alkoholmengen nicht den Anspruch darauf erheben können, dem faktischen Alkoholkonsum zu entsprechen. Nichtsdestoweniger kann man auf Grund der in der Tabelle enthaltenen Zahlen gewisse interessante Beobachtungen machen: Das einigermaßen nüchterne

Japan ist in den Jahren 1910—1913 mit ungefähr derselben Selbstmordzahl vertreten wie Dänemark, wo in den vorhergegangenen Jahren (1906—1910) mehr Branntwein als in irgendeinem anderen der angeführten Länder Europas konsumiert wurde. In Österreich nahm der Branntweinverbrauch nach dem Krieg um mehr als die Hälfte des in den Jahren 1906—1910 verbrauchten Branntweins ab und doch nahmen die Selbstmorde zu. In der Schweiz verdoppelte sich nach dem Kriege der Branntweinkonsum (bei allerdings um die Hälfte abnehmendem Bierkonsum) und trotzdem zeigt die Anzahl der Selbstmorde eine fallende Tendenz. In Deutschland ist in den Nachkriegsjahren eine auffallende Herabsetzung des Konsums von alkoholischen Getränken zu konstatieren und doch hatte diese Tendenz zur Nüchternheit kaum einen Einfluß auf die Anzahl der Selbstmorde. Trotzdem also der Konsum von starken Getränken in den meisten Ländern nach dem Weltkrieg abnahm, was auf Rechnung einer zunehmenden Enthaltensamkeit gesetzt werden darf, scheint letztere kaum einen Einfluß auf die Anzahl der (in demselben Zeitraum verübten) Selbstmorde gehabt zu haben.

In bezug auf die Länder mit Alkoholverbot, die Vereinigten Staaten und Finnland, muß den diesbezüglichen in diesen Ländern veröffentlichten Zahlen jede Bedeutung abgesprochen werden. Sie entsprechen nämlich auch nicht im entferntesten dem Tatbestand, da die unbegrenzten Mengen des eingeschmuggelten Alkohols in diese statistischen Angaben natürlich nicht miteinbezogen werden konnten. Was unser Land betrifft, so muß als eine bedauerliche Tatsache zugegeben werden, daß hier gegenwärtig wohl mehr als vor dem Alkoholverbot starke Getränke und nur von entschieden minderwertiger Qualität (96proz. Spiritus) konsumiert werden. Im Gegensatz zu uns hat *Prinzing* in Norwegen seit dem Abstinenzgesetz eine Senkung der Selbstmordfrequenz konstatieren können, was er dem genannten Gesetze zum Verdienst rechnet. Bei uns ist die Selbstmordanzahl trotz dem Prohibitivgesetz jährlich unaufhaltsam gestiegen.

Wir dürfen aber nicht vergessen, daß bei der Beurteilung der anti-sozialen Bedeutung des Alkohols die Frage nicht von besonderer Wichtigkeit ist, wieviel Alkohol verbraucht, sondern in wie großen Maßen er mißbraucht wird. Die nach dem Weltkrieg eingetretene Verminderung des Alkoholverbrauchs beruht wohl hauptsächlich auf wirtschaftlichen Verhältnissen, wobei natürlich diese Verminderung nicht den Alkoholikern zugerechnet werden kann. Letztere finden immer Mittel zur Anschaffung geistiger Getränke. Wenn wir also aus obiger Tabelle sehen, daß trotz der Abnahme des Alkoholverbrauchs in den meisten Ländern die Selbstmorde nicht in gleichem Maße geringer geworden sind, so braucht dieses nicht zu beweisen, daß der Alkohol

beinahe bedeutungslos für die Selbstmorde ist, weil nicht der Verbrauch, sondern Mißbrauch des Alkohols für den Selbstmord von Bedeutung ist. Daß der Mißbrauch der alkoholischen Getränke bei uns während des Alkoholverbots nicht vermindert ist, geht auch daraus hervor, daß die Anzahl der chronischen Alkoholiker in den meisten Irrenanstalten mindestens nicht kleiner geworden ist (*Ehrnrooth*).

Müssen nun Alkoholiker als selbstmordgefährlich betrachtet werden? Individuen, welche einer akuten Alkoholpsychose anheimfallen, sind es ganz zweifellos im allerhöchsten Grade. Ein durch hochgradiges Angstgefühl und unvorbereitet auftretende Sinnestäuschungen hervorgerufenen Grauen macht uns den verzweifelten Schritt leicht erklärlich. Wie steht es aber mit den chronischen Alkoholikern im psychiatrischen Sinne?

Der chronische Alkoholismus disponiert einen Menschen nicht gerade zu Gewalttätigkeiten gegen die eigene Integrität, sondern vielmehr gegen diejenige anderer Individuen. Der chronische Alkoholiker wird sich nicht die Schuld an seinem Elend zuschreiben, er entschuldigt im Gegenteil sein Laster mit den verschiedensten Motiven, taxiert sich durchaus nicht für einen unterwertigen Menschen, Ehemann und Bürger, sondern prahlt, wie jedermann weiß, mit oft recht zweifelhaften Vorzügen. Er übertreibt mit Vorliebe seine Arbeitsbürde und seine Fähigkeiten, er erkennt auch in den allerkritischsten Lagen keine Schwierigkeiten an und befindet sich in völliger Unkenntnis seines zunehmenden Verfalls. Andererseits hat er ein scharfes Auge für die Mängel anderer Personen, insbesondere seiner eigenen Ehehälfte. Die sich stets steigernde Affektlabilität, gepaart mit einem immer zunehmenden sittlichen Verfall, machen den chronischen Alkoholiker zu einer ständigen Gefahr für seine nächste Umgebung, nicht aber besonders für ihn selbst, obgleich die Selbstmorddrohungen zum täglichen Gespräch gehören. Es liegt uns fern, zu bestreiten, daß, wie es *Gaupp* darstellt, ein chronischer Alkoholiker im betrunkenen Zustand aus einer häufig direkt lächerlichen Veranlassung nicht in einen starken Affekt geraten könnte, der einen Selbstmordversuch auslöst. Letzterhand wird es sich dabei doch wohl um ein Mittel handeln, „die unverständige Frau“ zu erschrecken. Dies geht auch daraus hervor, daß, wie oben schon erwähnt, die Selbstmordversuche chronischer Alkoholiker viel häufiger sind als die gelungenen Selbstmorde derselben.

Ehrnrooth hat bei uns statistisch gezeigt, daß die Anzahl der Verbrechen während der Alkoholverbotszeit sehr gewachsen ist und bringt dies in Verbindung mit dem Schmuggel und dem Mißbrauch geistiger Getränke, wie es ohne Zweifel der Fall ist. Ein derartiger Zuwachs an Selbstmorden von Alkoholikern würde sicher nicht erzielt werden, auch wenn uns ganz genaue Zahlen zur Verfügung ständen.

Diejenigen Alkoholiker aber, bei denen die durch den chronischen Alkoholmißbrauch verursachten typischen seelischen Veränderungen noch nicht zutage getreten sind, welche aber sozusagen sozial als Alkoholiker anzusehen sind, Individuen, die ihren eigenen Zustand noch zu beurteilen vermögen, die z. B. sich des durch sie verschuldeten Elends klar bewußt sind, können oft sich selbst gefährlich werden. Der Selbstmordgedanke wird immer zur Hand sein, wenn jemand sich quälende Selbstvorwürfe machen muß. Die Rolle, welche der Alkohol und der Alkoholismus bei Selbstmorden unweigerlich spielen, beruht wohl größtenteils auf der großen sozialen Bedeutung des Alkohols. Der Alkohol führt seine Opfer in Konflikte mit sich selbst und mit ihrer Umgebung. Das Laster wird zu großer Zeitvergeudung und zu unbedachten und leichtsinnigen Handlungen, zu verhängnisvollen Versäumnissen und zu elenden Familienverhältnissen Anlaß geben. Aber der Alkohol kann seinen Anteil am Selbstmord auch dann haben, wenn das betreffende Individuum kein Alkoholiker ist. So kann eine Person, welche sich mit Selbstmordplänen trägt, zu deren Ausführung sie sich jedoch aus allerhand Gegenmotiven (z. B. Angst) nicht entschließen kann, ihren Vorsatz im trunkenen Zustande ausführen.

Kann nun also der große Zuwachs an Selbstmorden in den Kulturländern seine Erklärung im Alkoholmißbrauch finden? Jederzeit ist dieses Genußmittel mißbraucht worden, ohne daß es in demselben Grade wie die Selbstmorde zugenommen hätte. Die Sache ist viel verwickelter. Da nun aber der Alkohol bei diesem Zuwachs unweigerlich eine Rolle spielt, so liegt wohl auch die Schlußfolgerung nahe, daß ein Mißbrauch dem Menschen bei den veränderten Gemeinschaftsverhältnissen in den Kulturländern immer verhängnisvoller geworden ist. Infolge des unerhörten Aufschwungs der mechanischen Entwicklung schrumpft die Bedeutung des Einzelindividuums immer mehr zusammen und es wird in immer höherem Grade von anderen abhängig. Ein Versäumnis, dem ehemals keinerlei Bedeutung beigemessen wurde, kann ihm unter den gegenwärtigen Gesellschaftsverhältnissen verhängnisvoll werden. Dieses gilt aber nicht nur für den Alkoholiker, sondern für alle, welche aus irgendeiner Ursache im Kampf ums Dasein untergehen.

Psychopathie.

Wie liegt nun die Sache in bezug auf Psychopathen? Nach den Psychiatern sind die Psychopathen reichlich unter den Selbstmördern vertreten und bilden beinahe das ganze nichtgeistesranke Selbstmordmaterial (*Stelzner*). Sind es nun die Psychopathen, welche an dem Zuwachs der Selbstmordfrequenz schuld sind? Und inwiefern? Man könnte dieses vielleicht folgendermaßen zu erklären versuchen.

Je komplizierter sich das Gemeinschaftsleben gestaltet, was ja in den Kulturländern fraglos der Fall ist, um so schroffer treten die negativen Eigenschaften des Individuums zutage und um so kleiner werden seine Erfolgsaussichten. Daraus folgt, daß eine immer größere Anzahl psychopathischer Individuen allein schon *gesellschaftlich* psychopathisch werden. Psychopathen, welche früher bei den herrschenden einfacheren Verhältnissen noch als „normal“ oder zum mindesten vom gesellschaftlichen Standpunkt aus für brauchbare Elemente galten, werden unter den gegenwärtigen komplizierten Bedingungen nicht mehr imstande sein, dieses Ansehen aufrechtzuerhalten. Hierauf dürfte zum großen Teil die scheinbare Zunahme der psychopathischen Persönlichkeiten in den Kulturstaaten beruhen.

Dürfen nun aber Psychopathen als selbstmordgefährlich bezeichnet werden? Auch in bezug auf diese Frage dürfen wir uns keinerlei Verallgemeinerung zuschulden kommen lassen. Der eine wird es sein, der andere nicht. Wir sind keineswegs zu der summarischen Schlußfolgerung berechtigt, daß ein Psychopath eo ipso selbstmordgefährlich sein muß, auch wenn wir annehmen dürften, daß unter dieser Individuenklasse relativ häufig Selbstmorde vorkommen. Gibt es doch unter ihnen zahlreiche Elemente, die auch unter den unerträglichsten Verhältnissen gar nicht an einen Selbstmord denken und welche in dieser Beziehung bei weitem indolenter als normale Individuen sind! Noch schwieriger als in bezug auf Geisteskranke gestaltet sich die Beantwortung der Frage nach dem Kontingent der Psychopathen bei der Selbstmörderzahl. Beachtung verdient, daß gleich den chronischen Alkoholikern viel häufiger Selbstmordversuche als Selbstmorde von Psychopathen ausgeführt werden. Es wird mit den Psychopathen wohl ungefähr die gleiche Bewandnis wie mit den Alkoholikern haben: diese geraten infolge ihres Alkoholismus, jene infolge ihrer Psychopathie in eine gesellschaftlich unhaltbare Lage. In beiden Fällen wird die ganze Persönlichkeit des Individuums — die auch bei Psychopathen nicht über einen Kamm geschoren werden darf — über die jeweilige Reaktion entscheiden.

Wir sind nun der Meinung, daß es unter den nichtgeisteskranken Selbstmördern auch Psychopathen gibt, daß der Selbstmörder aber nicht entweder ein Geisteskranker oder ein Psychopath zu sein braucht. Die Tat, obgleich eine unnatürliche Reaktion des Menschen, ist kein Symptom von Psychopathie. Unter den nichtgeisteskranken Selbstmördern können sich chronische Alkoholiker und Psychopathen befinden, ein Teil sind aber Menschen, die mit keiner psychiatrischen Diagnose gestempelt werden können. Verhielte es sich nicht so, so wäre das ganze Phänomen an sich keineswegs zu beklagen, da in solchem Falle der Selbstmord einem gesunden Ausscheidungsmittel gleichgestellt werden könnte. Es dürfte vom nüchternen Vernunftstandpunkt durchaus nicht

als ein Nachteil für die Gesellschaft bezeichnet werden, wenn Elemente, die ihr nur Unkosten ohne entsprechenden Nutzen verursachen, aus ihr ausscheiden; so mindestens im jetzigen Stande der psychiatrischen Therapie. Es verhält sich wohl anders damit. Wenn sich auch nicht in Abrede stellen läßt, daß ein recht großer Teil der Selbstmörder aus Existenzen besteht, deren Verlust die Gesellschaft von dem Utilitätsstandpunkt aus nicht zu beklagen braucht, so geht dieselbe Gesellschaft durch den Selbstmord sicherlich einerseits größerer Werte verlustig als sie andererseits eventuell aus ihm Vorteil zieht.

Das Selbstmordproblem läßt sich nicht dadurch lösen, daß man nur Selbstmorde untersucht, sondern wir müssen vor allem den Selbstmörder selbst als Untersuchungsobjekt nehmen. Dieses ist aber, wie ein jeder ohne weiteres versteht, ganz besonders schwierig. Von den mißlungenen Selbstmorden weiß man nie sicher, ob tatsächlich ein Selbstmord beabsichtigt war, nur in bezug auf Geisteskranke ist wohl die Tat öfters wirklich beschlossen worden. Wir wollen uns hier nicht näher in die seelische Analyse geisteskranker Selbstmörder vertiefen, so interessant das auch wäre und so wenig untersucht es auch ist. Manche Autoren begnügen sich, nur zu konstatieren, daß irgendein Selbstmörder geisteskrank ist, als wäre alles damit erledigt. Aber wir wissen ja, daß nur ein Teil der Geisteskranken selbstmordgefährlich ist. Auch unter den Geisteskranken reagieren verschiedene Individuen auf (mindestens scheinbar) gleiche Umstände verschieden. Von 2 Paranoikern schützt sich der eine gegen vermutete Verfolger, der andere legt Hand an sich selbst. Doch wissen wir nie sicher, was wirklich in der Psyche solcher Geisteskranken geschieht, was für Umstände als faktische Selbstmordmotive in erster Hand in Frage kommen. So z. B. scheinen in manisch-depressiven Verstimmungen, wo, wie längst bekannt, die Selbstmordgefahr besonders groß ist, vor allem solche Patienten selbstmordgefährlich zu sein, welche sich starke Selbstvorwürfe machen. Zwar besitzen wir keine diesbezüglichen statistischen Zahlen; unsere Auffassung gründet sich auf die Erfahrung als Irrenanstaltsarzt. Obgleich aber etliche psychotische Symptome besonders zum Selbstmord zu disponieren scheinen, kann man jedoch zu keinem anderen Schluß kommen, als daß die prämorbidie Persönlichkeit der betreffenden Kranken ein wichtiges Moment ist.

Wir wollen jetzt untersuchen, ob die Psychologen etwas dargelegt haben, was Klarheit in die Frage von der Persönlichkeit der Selbstmörder bringt.

Psychologisches.

Wir lassen im folgenden die Ansichten einiger Autoren, und zwar solcher, folgen, die den medizinischen Gesichtspunkt beachten. Manche

teilen die Ansicht *Gaupps*, daß der Selbstmörder als psychisch nicht normaler Mensch zu betrachten ist.

So unterscheidet *Hector Rieti* dreierlei pathologische Selbstmordmechanismen: 1. die Störungen des Gemeingefühls, 2. die Egozentrität, und 3. die Unbewußtheit oder triebhafte Form. Allen drei Arten ist Willensschwäche oder vollständige Perversion des Willens gemeinsam. *P. Gartner* spricht von einem „Todesinstinkt“, der ebenso wie der Lebensinstinkt einem jeden Menschen innewohnt. Beim Selbstmord überwältigt der Todesinstinkt bei der betreffenden Person den Lebensinstinkt. Nach *M. Fleury* wäre die Ursache zum Selbstmord ein Angstzustand (angoisse) oder richtiger ein Zustand, den er mit „cafard“ bezeichnet: ein der Melancholie verbundener Angstzustand. Er bezweifelt, daß es überhaupt einen Selbstmord bei klarem Verstand und ruhiger Überlegung geben könnte. *Roalfe* behauptet, daß Selbstmörder häufig den Wunsch hegen, an ihrer Stelle eine andere Person zu töten (als Bedeutung einer Symbolhandlung). *G. Rolle* bekämpft die Annahme, daß der Selbstmord die Handlung eines entweder psychisch abnormen Menschen oder eines Feiglings sein muß und gibt dem Mangel an menschlicher Teilnahme die Schuld daran. Seiner Ansicht nach ist der Selbstmord „ein Sieg des Schmerzes über den geschwächten Selbsterhaltungstrieb“. Er stellt sogar eine Formel auf, mit deren Hilfe sich die Selbstmordgefahr berechnen ließe, nämlich $S = \frac{R}{C}$, wo C der Kausalfaktor und R die Resistenzkraft (eine variable individuelle Größe, zusammengesetzt aus den Einzelresistenzen gegenüber verschiedenen schädlichen Faktoren) ist. *E. Waxberg* vertritt die Ansicht, daß ein Mensch nie einen Selbstmord begehen wird, solange er noch eine Spur von Gemeinschaftsgefühl besitzt, nach dessen Verlust immer noch eine gewisse negative Beziehung zu der gleichen Gemeinschaft existiert, die sich in Selbstmorddrohungen äußert und die den Charakter des Ressentiments trägt. Wo seelisches Leiden in Frage kommt, handelt es sich nach *Waxberg* nicht um Reize, auf die nicht anders reagiert werden kann, sondern um Menschen, die nicht anders reagieren können bzw. aus einer durch charakterologisch fixierte starre Bedingungen verursachten Beeinträchtigung ihrer Anpassungsfähigkeit heraus, nicht anders reagieren wollen. Die Psychoanalytiker gehen von der Voraussetzung aus, daß bei Selbstmördern das „Über-Ich“ einen aggressiven sadistischen Charakter habe, bei welchem sich die Gewalttat gegen die eigene Person richtet. Dieses dürfte z. B. der Fall bei Personen sein, die in ihrem Leben große Enttäuschungen erlebten, wodurch ihre Libido eingedämmt und auf eine frühere teilweise Instinktstufe zurückgedrängt wird und sich gegen das eigene Ich richtet. So erklären sich Fälle, wo ein Individuum z. B. aus Furcht vor Strafe oder Verlust der Ehre einen Selbstmord begeht, durch ein hoch entwickeltes Über-Ich, wobei eine übertriebene sadistische Strenge mitwirkt und der Mensch sich selbst durch den Selbstmord strafft. Vom Standpunkt der Psychoanalytiker aus kommt ebenfalls dem lieblosen Verhalten der Umwelt dem Selbstmordkandidaten gegenüber eine Bedeutung zu, denn *Sadger* behauptet, daß niemand einen Selbstmord begehen wird, solange er noch die Hoffnung auf Teilnahme nicht verloren hat. *L. Puusepp* behauptet bei der Behandlung von Selbstmorden bei Schülern, daß der Selbsterhaltungstrieb im jugendlichen Alter schwächer entwickelt ist als im späteren Alter und stellt dieses in Zusammenhang mit innersekretorischen Störungen, da seiner Ansicht nach der Instinkt zum Leben durch die innersekretorischen Drüsen bedingt wird. Woher *Puusepp* dies weiß, ist uns ein Geheimnis. *G. Hultkvist* denkt an eine befördernde Beeinflussung durch Zeitungsreferate von Selbstmorden auf die Anzahl der Selbstmörder.

Wenn wir jetzt die obengenannten psychologischen Gesichtspunkte etwas näher betrachten, kommt man wohl kaum zu einer anderen Auffassung, als daß die Resultate ziemlich anspruchslos sind. Völlig phantastisch lautet z. B. *Gartners* Gerede von einem „Todesinstinkt“. Einen solchen Instinkt kennt die Biologie nicht. Einige Autoren haben zwar darauf hingewiesen, daß es auch in der Tierwelt Selbstmorde gibt. Das ist ein großer Irrtum, der auf einer unrichtigen Erklärung von Erscheinungen beruht, was ja sehr häufig bei einer Bewertung von Tierhandlungen vom menschenpsychologischen Standpunkt aus der Fall ist. Was für einen Sinn hat nun z. B. die Vermutung, daß ein Schmetterling in die Flamme fliegt, um sich zu töten! Oder, daß ein Hund nach dem Tode seines Herrn den Selbstmord durch Verweigerung von Nahrungsaufnahme begeht. *Fleurys* „cafard“ sagt nichts. Selbstverständlich muß ein Mensch, der an den Selbstmord denkt, in einem Angstzustand sein. Was ist nun ein „mit Melancholie verbundener Angstzustand“? Ist das ein psychotischer Zustand? Danach wären also alle Selbstmörder geisteskrank. *Wezbergs* Annahme, daß niemand einen Selbstmord begeht, solange er noch eine Spur von Gemeinschaftsgefühl besitzt, ist kein Unsinn. Worauf aber beruht dieser Verlust von Gemeinschaftsgefühl? Nach unserer Ansicht beruht er auf gewissen Charaktereigenschaften bei diesen Personen; ein solcher Verlust von Gemeinschaftsgefühl entsteht z. B. als Reaktion intravertierter „Komplex-Charaktere“ auf ungünstige äußere Ereignisse.

Die Psychoanalytiker haben im Selbstmordproblem einen geeigneten Boden für ihre theoretischen Interpretationen gefunden und kennen, wie überhaupt auf allen Gebieten der Menschenpsychologie, keine Schwierigkeiten, sämtliche Phänomene zu verstehen. So z. B. verstehen die Psychoanalytiker die Selbstmordgefahr depressiver Kranken folgendermaßen: Hinter den Selbstvorwürfen solcher Kranken liegt ein tiefes Bedürfnis nach Mitleid und Teilnahme der Umwelt; durch ihre Selbstanklagen versuchen sie, wenn auch mehr unbewußt, ihre Mitmenschen zu größerer Teilnahme zu bewegen, und wenn ihnen dieses nicht genügend gelingt, begehen sie den Selbstmord, teils, um damit eine noch größere Anteilnahme herauszufordern, teils, um sich für ihre ehemalige Einsamkeit (z. B. durch Verlust einer lieben Person) zu rächen. Dieser Erklärung wollen wir keineswegs beitreten, erstens, da es sich um eine Psychose handelt, bei der für eine normale Psyche vollkommen fremde Faktoren mit einspielen und zweitens, weil es unseres Erachtens auch psychologisch nicht richtig ist, anzunehmen, daß ein Mensch durch Selbstvorwürfe die Anteilnahme der Umwelt zu gewinnen versucht, wenn es behaglichere Mittel gibt, dasselbe zu erreichen, wie die Hysteriker uns lehren. Die Umstände, welche von solchen Kranken als Grund für ihre Schwermut angegeben werden, sind auch meist solche, die einem nor-

malen Menschen nur lächerlich vorkommen, wenn sie nicht einfach Wahnvorstellungen sind. Solche Umstände, wie z. B. unglückliche Liebe, der Verlust einer lieben Person, treffen wir, im Gegensatz zu Psychoanalytikern, ziemlich selten in den Anamnesen von Melancholikern. Auch wäre es nicht denkbar, daß die betreffenden Individuen durch einen wirklichen Selbstmord mehr Mitleid zu wecken versuchen, denn dadurch verlieren sie ja die Möglichkeit, es selber genießen zu können. Die Selbstmordversuche von Hysterikern entstehen wohl meistens aus dergleichen Motiven. Sie enden aber nur selten tödlich, was ja auch die Absicht ist. Dagegen stimmt wohl die Erklärung von Psychoanalytikern, daß bei Kinderselbstmorden oft der Wunsch zum Selbstmord führt, sich für ihre Leiden an den Eltern rächen zu können, indem sie sich vorstellen, daß ihre Tat Sorge, Reue und Mitleid hervorrufen wird.

Über den Körperbau und den Charakter der Selbstmörder.

Wie schon aus obigem hervorgeht, können wir uns nicht den Autoren anschließen, welche alle Selbstmörder für psychopathologische Individuen halten. Wir können uns vom Eindruck nicht losmachen, daß manche von diesen Autoren von dem Vorurteile ausgehen, daß eine Person, die in einer so abnormen Art zu reagieren vermag, psychisch nicht völlig normal sein kann. So scheinen z. B. viele Rechtsmediziner eifrig nach pathologischen Veränderungen zu fahnden, als wäre es selbstverständlich, daß es solche immer geben muß und daß diese irgendwie mit dem Selbstmordproblem zusammenhängen müssen. Zwar ist es wichtig, daß allen Obduktionsbefunden Aufmerksamkeit gewidmet wird; strengere Kritik in bezug auf die Beurteilung der Bedeutung von allerlei Veränderungen ist aber unbedingt am Platze.

Die Geisteskranken machen einen bedeutenden Anteil der Selbstmörder aus. Man kann diesen Anteil wohl auf etwa 40% von sämtlichen Selbstmördern schätzen. Aber der Rest? Was für Individuen bilden die 60%? Sind vielleicht auch sie psychisch dermaßen abnorm, daß ihre Tat als Reaktion eines kranken Gehirns angesehen werden muß?

Die nichtgeisteskranken Selbstmörder sind manchmal für psychisch minderwertige Individuen, Alkoholiker, Psychopathen usw. gehalten worden. Nehmen wir aber an, daß die Sachlage so ist und daß als Voraussetzung zur Tat eine pathologische Affektivität notwendig ist, so erklärt dieses noch nicht, warum hier die eigene Person zum Objekt für die Gewalttat wird.

Wenn wir wieder annehmen, daß der Selbstmörder kein seelisch kranker Mensch sein muß, wie könnte man dann die Tat vom normalpsychologischen Standpunkt verstehen? Eins ist jedoch sicher, nämlich, daß es keine allgemeinen Selbstmordmotive gibt, solche, die von

Laien immer zur Erklärung der Taten gefordert werden. Sie erklären nichts. *Weaxberg* hat recht, wenn er behauptet, daß es sich nicht um Umstände handelt, auf die nicht anders reagiert werden kann, sondern um Menschen, die nicht anders reagieren können. Wir haben schon früher darauf hingewiesen, daß wir bei diesen Personen einige charakterologische Eigenschaften finden, die unseres Erachtens geeignet sind, ein bißchen Licht in das Mysterium des Selbstmordes zu werfen.

Die Charakterologie hat in den letzten Jahren sowohl bei Psychologen als bei Psychiatern immer wachsende Beachtung gefunden, und wenn sie auch noch völlig im Entwicklungsstadium ist, hat sie jedoch viele psychiatrische Anschauungen gewaltig beeinflußt. Der Charakterologie fehlt aber noch das einwandfreie Fundament und die verschiedenen Theorien scheiden sich wesentlich voneinander. So theoretisch es auch ist, sich dem Selbstmordproblem auf charakterologischem Wege zu nähern, so ist es doch dieser Weg, der in der Zukunft weiter führen wird als die bisherigen Methoden.

Wir werden hier nicht näher in die verschiedenen theoretischen Standpunkte der Charakterologen eingehen. *Kretschmer*, *Kraus*, *Kronfeld*, *Ewald*, *Hoffmann*, *Birnbaum*, *Kahn*, *Stern* u. v. a. haben beachtenswerte Untersuchungen ausgeführt. Über *Kretschmers* Typen ist viel diskutiert worden, einige Autoren haben sich sogar völlig negativ zu diesen verhalten (*Gruhle*, *Kolle* u. a.). Doch muß auf Grund der großen Anzahl von Arbeiten, die diese Frage behandeln, als bewiesen angesehen sein, daß *Kretschmers* Typen nicht auf Rassenabweichungen beruhen, sondern daß es eine größere Affinität zwischen dem leptosomen Habitus und Schizoid einerseits und dem pyknischen Habitus und Cycloid andererseits gibt. Da die Typenuntersuchung nach *Kretschmers* Einteilung in den letzten Jahren den allerverschiedensten Gebieten angepaßt worden ist, sind auch wir auf die Idee gekommen, das Selbstmördermaterial nach *Kretschmers* Methode zu untersuchen, zumal, weil diesbezügliche Arbeiten, soweit wir wissen, noch nicht ausgeführt worden sind. Unser Material umfaßt jedoch nur 77 Individuen, welche in der Ordnung, wie sie obduziert wurden, ohne irgendwie die Fälle zu wählen, untersucht sind. Hieraus ergab sich, daß die verschiedenen Typen folgendermaßen in unserem Material vertreten waren:

Reine Typen 57 Fälle = etwa 72%.

Athletischer Habitus	26 = 45,6%
Leptomer „	23 = 40,4%
Pyknischer „	5 = 8,8%
Dysplastischer „	3 = 5,2%
	<hr/>
	57 = 100,0%

Gemischter Habitus 20 Fälle = 28%.

Unser Material ist jedoch allzu dürftig, um zu irgendwelchen Schlußfolgerungen zu berechnen. Dazu kommt noch, daß in Finnland keine anthropologischen Messungen unter der Bevölkerung nach *Kretschmers* Methode ausgeführt worden sind, so daß wir nicht wissen können, wie diese Typen im finnischen Volke repräsentiert sind. Dessenungeachtet muß die unerwartet kleine Anzahl Pykniker in unserem Material überraschen. Es scheinen die Pykniker auch unter den Selbstmördern ebenso schwach repräsentiert zu sein wie z. B. unter den Verbrechern, bei denen die athletischen und leptosomen Körperbauformen dominieren (*K. Böhmmer*, *S. Blümkow*). Nun müssen wir uns aber erinnern, daß die körperbaulich pyknischen Menschen den allergrößten Teil der Depressiven (wenigstens von manisch-depressiven Depressiven) bilden, welche, wie längst bekannt, in hohem Grade selbstmordgefährlich sind. Wie ist die geringe Anzahl von Pyknikern in unserem Selbstmördermaterial zu erklären? In unserem kasuistischen Material hatten wir, wie früher erwähnt, 70 Fälle, wo die Selbstmörder, nach den anamnestischen Daten, als geisteskrank zu beurteilen sind, aber unter diesen war, auf Grund der Anamnese, kein einziger typischer Fall von manisch-depressiver Depression. Es ist anzunehmen, daß die Melancholiker früh ins Krankenhaus eingeliefert werden, und dieses wieder, weil diese Kranken auch von den Laien als geisteskrank erkannt und zum Arzt gebracht werden, vielleicht auch daß diese Kranken am Anfang der Krankheit meistens so gehemmt sind, daß sie nicht fähig sind, einen Selbstmord zu begehen, bevor sie in der Irrenanstalt interniert worden sind. Unter den chronisch Depressiven gibt es wieder eine bedeutende Menge Individuen mit einem leptosomen Körperbau.

Wir dürfen also nicht vergessen, daß es unter den Leptosomen und Athletischen in unserem Material wahrscheinlich verhältnismäßig mehr geisteskrank Individuen gibt als unter den Pyknikern, weil ja die beginnenden Schizophrenien von Laien selten als Geisteskrankheiten erkannt werden und die Patienten besonders in früheren Stadien dieser Krankheit Hand an sich legen. Aber auch dieses mitgerechnet, muß der leptosome und der athletische Körperbau bei nicht Geisteskranken in unserem Material dominieren. Es wäre wünschenswert, dergleiche Untersuchungen mit umfangreicherem Material auszuführen. Wenn es aber richtig ist, daß die letztgenannten Körperbauformen bei den geistig gesunden Selbstmördern dominieren, so kann man wohl daraus mit aller Reserve den Schluß ziehen, daß das schizothyme Temperament unter den Selbstmördern allgemeiner ist als das cyclothyme.

A priori ist es schon leicht zu glauben, daß die Sache so liegt, daß nämlich ein schizothymes Temperament mehr als ein cyclothymes zum Selbstmord disponiert. Die ersteren sind meistens introvertierte, oft äußerst gefühlslabile Individuen, welche leicht in sich selbst, unter Bildung

von Assoziationskomplexen und „überwertigen Ideen“, versinken und aus dem realen Leben, um ihre Komplexe und ihre Überempfindlichkeit zu bewahren, ausscheiden. Daß solche Individuen, welche das „Gemeinschaftsgefühl“ leicht verlieren, den Selbstmord eher begehen als die fröhlichen cyclothymen Gesellschaftsmenschen, ist von jedermann leicht zu verstehen.

Doch begeht nur ein Bruchteil solcher schizothymen Menschen den Selbstmord; selbst unter schweren und sogar elenden äußeren Umständen und inneren Konflikten braucht der Schizothyme nicht mit Selbstmord zu reagieren. Es müssen also vielleicht noch unbekannte Faktoren mitspielen, Faktoren, welche den tiefsten Kern des Problems bilden. Unserer Auffassung nach ist dieses in Abweichungen im Bereiche der *Vitalgefühle*, als Grund- und Lebensstimmung (*Birnbaum*), zu suchen, Abweichungen im Bereiche der *primitiven Gefühlselemente*, wodurch die betreffenden Individuen das Leben und das ganze Dasein anders als die „gewöhnlichen“ Menschen empfinden. Dieses ist nun nicht so zu verstehen, daß diese Individuen z. B. immer schwermütige Menschen seien, welche nur mit Selbstmordgedanken umhergehen, sondern wir müssen uns die Sache vielmehr so denken, daß sie ganz wie andere Menschen sein können, vielleicht fröhliche und gesellschaftliche Individuen sind, daß sie aber doch in sich selbst irgend etwas Unbehagliches empfinden, welches vielleicht darauf beruht, daß die physiologischen Reize, die durch die Funktionen der verschiedenen Organe und überhaupt durch den Lebensprozeß in unserem ganzen Organismus entstehen und in den Subcortex einströmen, die aber normaliter keine bewußten Empfindungen verursachen, sondern nur ein unbestimmtes physisches Wohlbefinden hervorrufen, bei den in Frage stehenden Individuen umgekehrt ein unbestimmtes Unwohlsein verursachen, etwas, das die betreffenden Individuen nicht verstehen können, welches aber ihnen das Leben unangenehm macht und die Lebenslust verringert. Vielleicht beruht darauf wieder ein schwächerer Selbsterhaltungstrieb, so daß man wohl sagen könnte, daß die Selbstmörder den Keim für den Selbstmord von Geburt an in sich tragen. Die obengenannten vitalen Gefühle bilden aber die Grundelemente für das Temperament und den Charakter, so daß Abweichungen im Bereiche dieser Grundelemente unbedingt von Bedeutung für das ganze höhere Gefühlsleben des Menschen sein müssen. Wir können uns wohl vorstellen, daß diese Individuen einen abweichenden „Resonanzboden“ für alle Empfindungen und Gefühle haben, einen Resonanzboden, der dunkle und tiefe Mollklänge und Dissonanzen oder völlig leere Töne gibt und sie des Vermögens beraubt, einmal das Gefühl von Vergnügen und Lebenslust zu erleben. Ob es zur Tat kommt oder nicht, ist von mehr sekundären Faktoren abhängig. Solche Faktoren sind z. B. bei Geisteskranken einige quälende Symptome,

wie z. B. Verfolgungswahn und Selbstvorwürfe, hypochondrische Wahnideen und peinliche Halluzinationen (besonders, wenn sie mehr akut entstehen und drohende Gehörshalluzinationen sind, wie bei der Alkoholhalluzinose), bei chronischen Alkoholikern, Psychopathen und normalen Menschen allerlei Not und Elend, Sorge und Qual. Hiermit wollen wir jedoch keineswegs behaupten, daß die obengenannten Eigenschaften eine *Conditio sine qua non* für einen Selbstmord sein müssen. Wir geben gern zu, daß es wohl Fälle geben kann, wo ein „gewöhnlicher“ Mensch in kritischen Verhältnissen Hand an sich selbst legen kann. Aber die Ausnahmen bestätigen ja nur die Hauptregel.

Zuletzt wollen wir noch vorübergehend das eigentümliche Verhältnis zwischen den männlichen und weiblichen Selbstmorden behandeln. Wie soll man die relative Häufigkeit der männlichen Selbstmorde erklären? Es ist von den meisten Autoren aufgestellt und als allgemein richtig anerkannt worden, daß dieses einerseits auf der Abneigung des weiblichen Geschlechts gegenüber Gewalttaten überhaupt und ihrer größeren Abscheu beruht, die sie zwingt, ihre Leiden ohne Selbstmord zu tragen, andererseits auf dem Umstand, daß der Kampf ums Dasein für den Mann viel schwerer ist und daß es der Mann ist, der die wirtschaftlichen Bürden tragen muß und sich verantwortlicher fühlt als das Weib. Unserer Ansicht nach ist diese Erklärungsweise jedoch nicht völlig befriedigend, denn es gibt doch z. B. unzählige Familien, wo es in der Wirklichkeit die Frau ist, welche in der Ehe die wirtschaftlichen Sorgen trägt und wo der Mann nur ein Schmarotzer ist, wie z. B. in den meisten Alkoholikerfamilien, wo die Frau noch die Roheit ihres Ehegatten zu ertragen hat. Auch müssen wir in Zweifel ziehen, ob der Kampf ums Dasein für die unverheirateten, sich selbst ernährenden Frauen weniger schwer ist als für die Männer. Den größeren Abscheu des weiblichen Geschlechts wollen wir auch nicht ohne weiteres anerkennen. Unseres Erachtens sind es andere Umstände, die hier eine noch größere Rolle spielen, nämlich 1. die *Kinder*, welche die Mutter nicht verlassen will und welche sie nicht umbringen kann, weil ihre mütterliche Liebe sie hieran hindert, und 2. das Vermögen der Frauen, in viel höherem Grade als die Männer sich auch widrigen Verhältnissen zu unterwerfen, also ihr *größeres Resignationsvermögen*. Als scheinbare Selbstmordmotive spielen bei Frauen ganz andere Momente eine entscheidende Rolle als bei Männern. Bei Männern sind es vor allem widrige wirtschaftliche und andere soziale Verhältnisse, bei Frauen wieder z. B. eine uneheliche Schwangerschaft, vielleicht auch schwere Enttäuschungen in Liebesverhältnissen. Wenn gleich wir nun keine direkten Beweise dafür besitzen, so sind wir doch zu der Auffassung gekommen, daß das weibliche Selbstmordmaterial in viel größerem Maße psychopathologisch ist als das männliche. Die Anzahl der geisteskranken Selbstmörder dürfte doch ungefähr gleich

groß bei beiden Geschlechtern sein! Bei Männern jedoch ein wenig größer wegen des häufigeren Auftretens von akuten Alkoholpsychosen. Nehmen wir z. B. an, daß etwa 30% von den männlichen Selbstmördern geisteskranke Individuen sind, also 30 Fälle von 100 männlichen Selbstmorden. Diesen lassen wir eine etwas kleinere Anzahl geisteskranker Selbstmörderinnen entsprechen, sagen wir z. B. 20 solche. Wenn nun das Verhältnis von Männer- zu Frauenselbstmorden (bei uns) etwa 4 : 1 ist, so bekommen wir 25 weibliche Selbstmörder auf 100 männliche. Die Anzahl der geisteskranken Selbstmörderinnen (20 Fälle) machen dann etwa 80% von sämtlichen weiblichen Selbstmördern. Für beide Geschlechter bekommen wir dann wieder 40% geisteskranke Selbstmörder, was wohl die wirkliche Sachlage ziemlich nahe streift.

Die Zunahme der Selbstmordfrequenz in den Kulturländern beruht unseres Erachtens vor allem auf dem Entstehen von verschiedenartigen neuen sozialen Mißverhältnissen, welche die gewaltige Entwicklung der Großindustrie mit der zunehmenden Mechanisierung aller Arbeit mit sich bringt, Mißverhältnissen, deren Besserung nur ganz langsam vor sich geht. Die immer zunehmende Konkurrenz auf allen Gebieten zwingt den Menschen, kühl nur nach dem eigenen Wohl zu streben und unbarmherzig seine Mitmenschen zu unterdrücken. Dadurch geraten immer größere Mengen auch zum Selbstmord disponierter Individuen in sozial unhaltbare Verhältnisse, sei es denn, daß sie wegen ihres Alkoholismus, ihrer Psychopathie oder eines sich vor dem Kampf und dem realen Leben scheuenden Charakters untergehen. Hierzu kommt noch, daß die schmerzlos, schnell und sicher tötenden Schußwaffen, welche immer mehr als Selbstmordmittel beliebt geworden sind, jetzt so allgemein verbreitet und billig sind, daß ein jeder sie ohne Schwierigkeit auch zu diesem Zweck anschaffen kann.

Zusammenfassung.

A. Statistisches.

1. Die Anzahl der Selbstmorde in Finnland ist, wie in den anderen Kulturstaaten, stetig gewachsen. Während des Weltkrieges nahm sie auch bei uns ab, ist aber in den Nachkriegsjahren rapid wieder gestiegen, wie in den meisten europäischen Ländern. Im Bürgerkriegsjahre (1918) wurden in Finnland besonders viele Selbstmorde verübt.

2. Das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Selbstmorden ist in unserem Lande während der letzten Dezennien für die Frauen ungünstiger geworden und steht jetzt auf etwa 4 : 1.

3. Die Selbstmordfrequenz erreicht in Finnland ihr Maximum im Mai und ihr Minimum im Februar und Dezember.

4. Die gewöhnlichste Selbstmordart im ganzen Lande für beide Geschlechter ist das Erhängen. Die Selbsterschießung ist im Laufe der

Jahre immer gewöhnlicher geworden. In den Städten hat das Erschießen schon die größte Prozentzahl für Männer erreicht, für die Frauen dagegen das Vergiften. Die jungen Männer töten sich gewöhnlich durch Erschießen, die älteren lieber durch Erhängen. In Helsingfors begeht die Hälfte der Selbstmörderinnen Selbstmord durch Vergiften und ganz überwiegend mit Lysol. Der Selbstvergiftungstod erreicht bei uns das Maximum bei Frauen von 40—50 Lebensjahren. Das Erschießen ist auch bei den Frauen in den jetzigen Zeiten beliebt geworden.

B. Kasuistisches.

5. Makroanatomisch haben wir in 27% der kasuistischen Fälle Veränderungen im Zentralnervensystem gefunden. Diese Veränderungen sind aber derart, daß sie zu keinen Schlüssen betreffs des psychischen Zustandes der Selbstmörder berechtigen. Unter den Veränderungen dominieren Leptomeningitis chronica fibrosa und leichte Arteriosklerose der Hirngefäße. Von sonstigen körperlichen Krankheitszeichen sind Arteriosklerose, Herzfehler und Lungentuberkulose am häufigsten zu treffen.

6. Thymus persistens und Status thymico-lymphaticus sind bei den Selbstmördern gewöhnlich, ebenso enge Aorta und Thyreoideaveränderungen.

7. Ein Drittel der Selbstmörderinnen unserer Kasuistik war bei der Tat im Menstrualstadium. Etwa die Hälfte (vielleicht noch mehr) unserer weiblichen Selbstmörder hatten leichtere oder schwerere cystische Veränderungen in den Ovarien.

C. Soziologisches, Psychopathologisches und Psychologisches.

8. Der Alkohol hat keinen so einwandfreien direkten Einfluß auf die Selbstmordfrequenz wie allgemein angenommen wird, sondern seine Bedeutung hier ist mehr von indirekter Natur, indem der Alkoholmißbrauch schlechte soziale Verhältnisse schafft und auf diese Weise scheinbare Selbstmordmotive bereitet.

9. Die Zunahme der Selbstmordfrequenz in den Kulturländern muß wohl vor allem durch die mit der Entwicklung der Großindustrie und der Mechanisierung aller Arbeit entstehenden sozialen Mißverhältnisse und die wachsende Konkurrenz auf allen Gebieten erklärt werden.

10. Ein Teil der Selbstmörder ist nicht geisteskrank oder sonst psychisch abnorm.

11. Chronische Alkoholiker (im psychiatrischen Sinne) sind nicht als besonders selbstmordgefährlich anzusehen.

12. Das weibliche Selbstmordmaterial ist wahrscheinlich in viel höherem Grade psychopathologisch als das männliche. Der Unterschied in der Selbstmordfrequenz beider Geschlechter beruht wohl vor

allen auf der Größe des nicht geisteskranken männlichen Selbstmordmaterials.

13. Nach unserem dürftigen Material dominieren bei den Selbstmördern athletischer und leptosomer Körperbau.

14. Die primären Ursachen zum Selbstmord sind wohl in den psychisch charakterologischen Grundelementen, besonders im Bereiche der Vitalgefühle, zu suchen.

Literaturverzeichnis.

- Alpy, E.*, De la répression du suicide. Paris 1910. — *Bartel, J.*, Zur pathologischen Anatomie des Selbstmordes. Wien. klin. Wschr. **1910**, Nr 14, 495. — *Birnbaum, K.*, Der Aufbau der Psychose. Handb. d. Geisteskrankheiten v. O. Bumke. Spez. Teil I — Charakterologie. Fortschr. Neur. **1929**, H. 4, 183. — *Blinkov, S.*, Zur Frage nach dem Körperbau des Verbrechers. Mschr. Kriminalpsychol. **1929**. — *Böhmer, K.*, Untersuchungen über den Körperbau des Verbrechers. Mschr. Kriminalpsychol. **1928**. — *Brosch, A.*, Die Selbstmörder, mit bes. Berücksichtigung der milit. Selbstmörder und ihrer Obduktionsbefunde. Leipzig-Wien **1909**. — *Broukhansky, N.*, Les suicides et la personnalité des suicidés. Ann. Méd. lég. etc. **6** (1926). — *Delannoy, R. M.*, Selbstmorde und Selbstmordversuche in Wien im Jahre 1926. Statist. Mitt. d. Stadt Wien. — *Durkheim, E.*, Le suicide. Etude de sociologie. Paris **1930**. — *Ehrnrooth, E.*, Hjärnvolum och kranialkapacitet. Finska Läk.sällsk. Hdl. **71** (1929) — Förbudslagen och alkoholistfrekvensen i Finland. Finska Läk.sällsk. Hdl. **70** (1928) — Våra livförsäkringsbolags avtal gällande självmord begånga av sinnessjuka. Finska Läk.sällsk. Hdl. **69** (1927). — *Esquirol*, Dictionnaire des sciences méd. Art. suicide — Des maladies mentales 1838. — *Eulenburg, A.*, Schülerelbstmorde. Z. pädag. Psychol. **1907**. — *Ewald*, Charakter u. Temperament und ihre körperliche Grundlage. Erg. Med. **10** (1927). — *Falret*, Du suicide et de l'hypochondrie. Paris **1822**. — *Fleury, M. de*, La conception moderne du suicide. Bull. Acad. Méd. **92**, 1160—1174 (1924). — *Füllkrug, G.*, Der Selbstmord in der Kriegs- und Nachkriegszeit. Schwerin i. Meckl. **1927**. — *Garrisson, G.*, Le suicide dans l'antiquité 1885. — *Gartner, P.*, Die Rolle von Lebensinstinkt u. Todesinstinkt usw. Ref. Zbl. Psych. **43**, 1656 (1926). — *Gawpp, R.*, Klin. Untersuchungen über Ursachen und Motive des Selbstmordes. Vjschr. gerichtl. Med. **33**, Suppl. (1907). — *Heller, A.*, Zur Lehre vom Selbstmorde nach 300 Sektionen. Münch. med. Wschr. **1900**, Nr 47, 1653. — *Hoffmann, H.*, Die seelischen Grundlagen des Charakters. Hirsch: Konstit. u. Charakter — Reaktive Psychosen u. Neurosen. Fortschr. Neur. **1929**, H. 4 — Charakter und Umwelt. Berlin 1928. — *v. Hoffmann-Haberda*, Lehrbuch der gerichtl. Med. — *Jakob, A.*, Normale u. pathol. Anat. u. Histol. des Großhirns. Allg. Teil. **1927**. — *Jung, C. G.*, Die psychologischen Typen. Zürich 1921. — *Kahn*, Die psychopathischen Persönlichkeiten. Handb. d. Geisteskr. von Bumke **5** (1928). — *Kellner, A.*, Über Selbstmord vom ärztlichen u. anthropol. Standpunkt. Z. Neur. **29** (1915). — *Kinberg, O.*, Aktuelle kriminalitätsproblem. Stockholm 1930. — *Kraepelin, E.*, Psychiatrie. 1909. — *Kratter, J.*, Zur Psychologie u. Psychopathologie des Selbstmordes. Arch. f. Psychol. **59** (1918). — *Kraus*, Medizinisches über die Beziehungen von Konstitution usw. Hirsch: Konstitution u. Charakter. — *Krjukow, A. J.*, Zur Deformation des Schädels bei Selbstmördern. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **7** (1926). — *Kretschmer, E.*, Körperbau u. Charakter. Berlin 1921. — *Kössler, M.*, Selbstmord u. Tötung auf Verlangen. Wien u. Leipzig 1925. — *Mauz, Fr.*, Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig 1930. — *Miloslavitch*, Ein

Beitrag zur path. Anat. der milit. Selbstmörder. Virchows Arch. **208** (1912). — *Morselli*, Il suicidio, saggio di statistica morale comparata. Milano 1879. — *Modszien, K.*, Beitrag zur Lösung des Selbstmordproblems. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **6** (1925). — *Neste*, Die Beziehungen des Status thym. lymph. zum Selbstmord von Soldaten. Arch. f. Psychol. **60** (1919). — *Oppler, W.*, Die Zunahme der Suicidversuche u. ihre Gründe. Arch. f. Psychol. **82** (1928). — *Pfeiffer, H.*, Über den Selbstmord. Jena 1912. — *Placzek*, Selbstmordverdacht u. Selbstmordverhütung. Leipzig 1915. — *Puusepp, L.*, Selbstmord bei Schülern. Tartu 1926. — *Reichardt*, Hirnswellung. Allg. Z. Psychiatr. **75** (1919) — Schädel u. Gehirn. Teil I: Der Schädel. Arb. psych. Klin. Würzburg 1909. — *Riegel*, Die Meßstange. Arb. psych. Klin. Würzburg **1918**, H. 9. — *Rieti, H.*, Über die Pathogenese des Selbstmordes. Rev. Criminologia etc. **1925**. — *Roalfe, R.*, The psychology of suicide. J. abnorm. a. soc. Psychol. **23** (1928). — *Rolle, G.*, La genesi del suicidio. Osp. magg. **1928**, 16. — *Saelan, Th.*, Om själfmordet i Finland etc. Akad. afhandling. Helsingfors 1864. — Selbstmord. Sonderheft f. Z. psychoanal. Pädag. **1929**. — *Siebert, H.*, Betrachtungen über den Selbstmord. Msch. Psychiatr. **1918**. — *Stelzner, Helene-friderike*, Analyse von 200 Selbstmordfällen. Berlin — Die psychopathischen Konstitutionen. Berlin 1911. — *Wassermeyer*, Über Selbstmord. Arch. f. Psych. **50** (1913). — *Weichbrodt, R.*, Der Selbstmord. Abh. Neur. usw. **1923**, H. 22. — *Weisberg, E.*, Zur Psychologie des Selbstmordes. Nervenarzt. **1** (1928). — *Vogl, K.*, Die Philosophie des Freitodes. Leipzig. — U. v. a.