

ALTERN UND SUIZIDALITÄT IM HEUTIGEN JAPAN

Julius Popp und Johannes H. Wilhelm

AGEING AND SUICIDE IN CONTEMPORARY JAPAN

Abstract: While the suicide rates in Japan have been particularly high for many years, they reached a new peak in 2007. As a population group, older people substantially contributed to this grim record. According to National Police Agency statistics, the most common individual motives for suicide were health and financial problems. With the ageing of Japanese society and the ongoing socio-economic transformations, more and more people are affected by such problems. The fact that a growing number of elderly people judge their own lives not worth living and bring it to an early end seems to be symptomatic, at least in part, of the situation of the elderly.

Culturally specific issues, such as the reluctance to talk about psychological problems or to seek professional help, represent important obstacles both for the treatment of suicidal tendencies and for suicide prevention in Japan. Moreover, primary care practitioners as well as clinical physicians lack adequate education in both diagnosing and treating psychological problems in general, or suicidal thoughts and behaviour in particular. Since previous attempts by the authorities to implement suicide-prevention measures proved ineffective, in 2007 the Japanese government put into action a comprehensive and ambitious plan to lower the suicide rate by 20 per cent within the next ten years. Meanwhile, numerous regional projects and self-help organizations have emerged and attained the first successes in increasing the quality of life of the elderly and bringing down the number of suicides in this age group.

Based on a selective review of recent medical and sociological literature and an evaluation of epidemiological data, this article offers an overview of the essential trends and characteristics of suicide among the elderly in Japan, including aspects specific to rural areas. In addition, the particular situation in the markedly affected prefecture of Akita is sketched to illustrate how regional measures of suicide prevention have been successfully implemented.

Keywords: Altern, Suizid, Einflussfaktoren, Präfektur Akita, Prävention

1 SUIZID UND SUIZIDALITÄT IM HEUTIGEN JAPAN

Zwischen 1997 und 1998 kam es in Japan fast zeitgleich mit dem Höhepunkt der bereits seit Beginn des Jahrzehnts anhaltenden ökonomischen Krise zu einem dramatischen Anstieg der Suizidraten, der als der schlimmste in der Geschichte des Landes gilt (siehe Abb. 1). Seitdem zeigte sich noch kein Rückgang dieser Entwicklung: Jedes Jahr nahmen

sich landesweit über 30.000 Menschen das Leben. Im Jahr 2007 wurde mit 33.039 polizeilich erfassten Suiziden – das sind 2,9 Prozent mehr als im Vorjahr – ein neuer Rekordwert erreicht (Naikakufu 2008: 2).¹

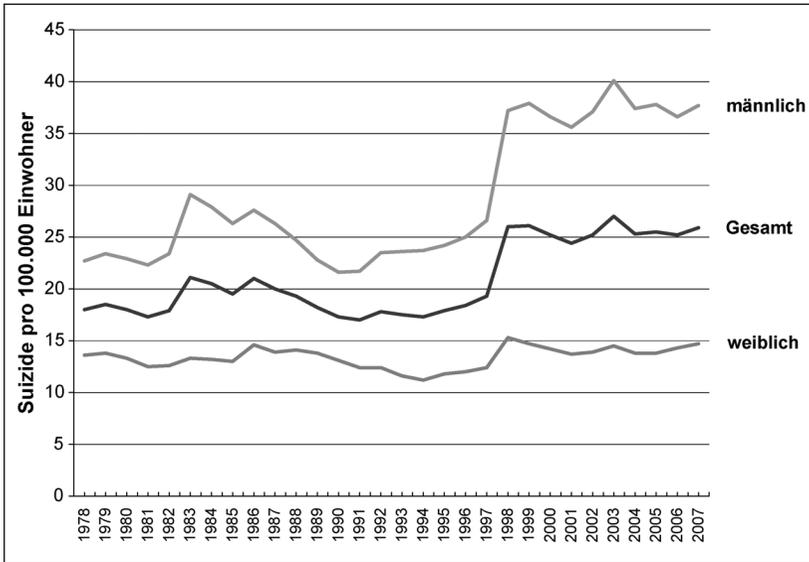


Abb. 1: Suizidraten nach Geschlecht in Japan 1978–2007

Quelle: Naikakufu (2008: 5), erstellt anhand der polizeilichen Statistiken.

Da diese Angaben auf ärztlichen bzw. gerichtsmedizinischen Angaben beruhen und Selbsttötungen zum Teil nicht als solche erkannt oder aus Rücksicht vor den Angehörigen als natürliche Todesursache gemeldet

¹ Es ist an dieser Stelle erwähnenswert, dass in Japan zwei unterschiedliche Suizidstatistiken durch offizielle Institutionen erhoben werden, nämlich vom Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (Kōsei Rōdōshō, *Jinkō dōtai tōkei*) sowie durch die Polizei (*Jisatsu no gaiyō shiryō*). Beide landesweiten Erhebungen basieren auf Daten, die auf regionaler Ebene gesammelt werden. Einer der wesentlichen Unterschiede besteht darin, dass das Kōsei Rōdōshō die Angaben der Einwohnermeldeämter zur Grundlage nimmt, während die Polizei sich am Fundort orientiert (vgl. Naikakufu 2008: 72–73). Des Weiteren können die polizeilichen Erhebungen im Nachhinein korrigiert werden, wenn etwa zunächst ein natürlicher Tod angenommen wird, er sich zu einem späteren Zeitpunkt aber als Suizid herausstellt. Das vom Cabinet Office (Naikakufu) jährlich herausgegebene *Weißbuch der Suizidprävention* sowie seine zahlreichen Einzelberichte ziehen beide Statistiken in unterschiedlicher Weise als Grundlage heran. Aus diesem Grund können die statistischen Angaben leicht variieren.

werden, ist von einer relevanten Dunkelziffer an Suiziden auszugehen. Die Zahlen der Suizidversuche ohne Todesfolge ließen sich allenfalls grob schätzen, da Suizidversuche nicht systematisch polizeilich gemeldet und erfasst werden. Sie dürften um ein Vielfaches höher als die Suizidzahlen liegen.

Im internationalen Vergleich nimmt Japan damit weiterhin einen der Spitzenplätze bei den Suizidraten ein. Während die durchschnittliche Suizid-Inzidenz für das Jahr 2007 weltweit nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation bei 16 pro 100.000 Einwohner und in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 11,34 lag, betrug sie in Japan 25,9 (Naikakufu 2008: 5).

Das Phänomen Suizidalität hat es in allen geschichtlichen Epochen, Kulturen, Gesellschaftsformen und Bevölkerungsschichten gegeben, jedoch in sehr unterschiedlicher Ausprägung. Moderne integrative Erklärungsansätze zur Entstehung von individuellem suizidalen Denken und Verhalten basieren weitgehend auf dem bio-psycho-sozialen Modell (Engel 1977: 129–137) und damit auf der Annahme, dass Suizidhandlungen als Folgen dynamischer Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren zu verstehen sind. Jenseits von individueller Veranlagung, lebensgeschichtlichen Belastungs- und Krisensituationen oder psychischen Störungen, die zu suizidalem Verhalten führen oder diese begünstigen können, stellt sich angesichts der Zahlen im heutigen Japan die Frage nach denjenigen kulturellen, sozialen und ökonomischen Faktoren, die die beobachteten Trends zu mehr Suiziden mitbestimmen. Die Bemühungen der letzten Jahre, diese Faktoren und ihre Bedeutung zu beschreiben, haben nicht nur ein besseres Verständnis des Phänomens und seiner Besonderheiten zum Ziel, sie sind auch eine wesentliche Voraussetzung für das Implementieren wirksamer Suizidpräventionsprogramme. Dabei konnten zahlreiche epidemiologische Studien zunächst vor allem Assoziationen oder Korrelationen verschiedener Parameter mit den Suizidraten, der Suizidmortalität (Watanabe 2001; Fukuda, Nakamura und Takano 2005; Yamamura 2007; Chen, Choi und Sawada 2008; Koo und Cox 2008; Yamasaki *et al.* 2008) sowie mit Einstellungen zu suizidalem Verhalten oder zur psychiatrischen Behandlung zeigen (Domino und Takahashi 1991; Redsch *et al.* 2006; Kaneko und Motohashi 2007). Mit der subjektiven Bedeutung einzelner Faktoren für die Suizidenten haben sich hingegen nur wenige psychologische Autopsiestudien weitergehend beschäftigt (Watanabe 2001; Fushimi, Sugawara und Shimizu 2005; Nishi *et al.* 2005). Dass diese Faktoren kausal bei der Entstehung von suizidalem Verhalten wirken, kann letztlich nur durch entsprechende erfolgreiche Interventionsansätze gezeigt werden.

Basierend auf einer Literaturrecherche aktueller medizinischer und soziologischer Studien sowie der Auswertung epidemiologischer Untersuchungen werden im Folgenden Besonderheiten des Phänomens Suizid in der älteren Bevölkerung in Japan diskutiert. Darüber hinaus wird am Beispiel der außerordentlich stark betroffenen Präfektur Akita dargestellt, welche Aspekte in ländlichen Regionen bedeutend sind und mit welchem Erfolg erste, modellhafte Maßnahmen zur Suizidprävention bisher umgesetzt wurden.

2 ALTERN UND SUIZIDALITÄT – SOZIOÖKONOMISCHE UND GESUNDHEITS- BEZOGENE FAKTOREN

Nur etwa ein Drittel der Suizidenten hat ein Dokument, beispielsweise einen Abschiedsbrief, hinterlassen (Naikakufu 2008: 21). Soweit aus diesen Mitteilungen zu schließen ist, waren die wichtigsten individuellen Beweggründe für Suizidhandlungen vor allem gesundheitliche und finanzielle Probleme (siehe Abb. 2).² Weitere, deutlich seltener dokumentierte Gründe waren familiäre, berufliche und partnerschaftliche Probleme. Die in den Medien besonders oft beklagten Schulprobleme bei Jugendlichen sind insgesamt betrachtet statistisch eher unbedeutend (Naikakufu 2008: 16).

Gesundheitliche und finanzielle Probleme sind Bürden, die mit dem Älterwerden der japanischen Gesellschaft immer mehr Menschen zu tragen haben und besonders in dieser Bevölkerungsgruppe in vielen Fällen gemeinsam auftreten und sich gegenseitig verstärken. Tatsächlich war 2007 die Altersgruppe der Menschen von 60 Jahren und älter mit 12.107 Suiziden – das entspricht 36,6 Prozent aller Fälle – und einem Zuwachs der Suizidrate um 8,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr außerordentlich stark betroffen. Dass im Verhältnis auffällig viele und immer mehr Senioren das eigene Leben als nicht mehr lebenswert erachten und es selbst beenden, erscheint damit als symptomatisch für zumindest einen Teil der älteren Generation.

Noch mehr als die meisten Industrienationen erlebt Japan eine dramatisch schnelle Alterung seiner Gesellschaft mit einem seit dem Zweiten

² Diese Auswertung entspricht nicht einer detaillierten Autopsiestudie, vielmehr erfolgte hauptsächlich eine einfache kategoriale Zuordnung der einzelnen Fälle. Bei der Interpretation dieser Angaben sollte außerdem berücksichtigt werden, dass subjektiv erlebte bzw. in Abschiedsbriefen oder Testamenten kommunizierte Motive für Suizide nicht zwingend den tatsächlichen, zugrunde liegenden Problemen oder Auslösern der Suizidhandlungen entsprechen.

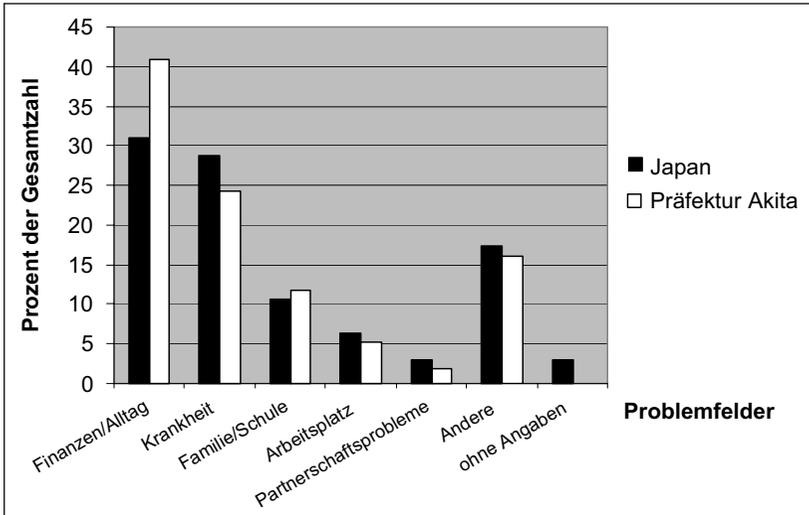


Abb. 2: **Suizidmotive in Japan und der Präfektur Akita (2004–2006)**

Anm.: Von der Gesamtanzahl zwischen 2004 und 2006 (insgesamt 97.032 Personen) wurden jene Fälle mit Abschiedsbrief oder Testament (31.269 Personen) berücksichtigt.

Quelle: Naikakufu (2008: 21), auf Grundlage der polizeilichen Statistiken.

Weltkrieg stetig wachsenden Bevölkerungsanteil alter Menschen. Waren 1950 noch 4,9 Prozent der Bewohner Japans älter als 65 Jahre, sind es heute etwa 22 Prozent. In zehn bis zwölf Jahren wird voraussichtlich jeder vierte Japaner dieser Altersgruppe angehören. Diese Entwicklung ist zum einen durch eine anhaltend niedrige Geburtenrate, zum anderen durch die in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegene Lebenserwartung bedingt. Während 1947 die Lebenserwartung für Frauen 54,0 Jahre und für Männer 50,1 Jahre betrug, lag sie 2008 bei 86,1 Jahren für Frauen und 79,3 Jahren für Männer (Kōsei Rōdōshō 2009). Mit der erhöhten Lebenserwartung sieht sich der Einzelne vor neuen Herausforderungen gestellt, zu denen nicht nur finanzielle Sorgen, die Berentung und der Verlust des Lebenspartners oder langjähriger Freunde, sondern auch das vermehrte Auftreten altersassoziierter Erkrankungen mit körperlicher und geistiger Behinderung gehören (Takahashi 1995: 106).

Die Veränderungen sozioökonomischer Rahmenbedingungen können eine relevante Rolle dafür spielen, wie das Älterwerden erlebt wird und die damit verbundenen Herausforderungen bewältigt werden. Eine der Folgen der Wirtschaftskrise am Ende des letzten Jahrhunderts war der Arbeitsplatzverlust vieler Senioren, vor allem älterer Männer. Im Jahr 2006

waren immerhin noch 68,8 Prozent der Männer im Alter von 60 bis 64 Jahren und 49,5 Prozent der 65- bis 69-jährigen Männer berufstätig. Jedoch gab in einer Umfrage jeder zweite unter den nicht arbeitenden Männern an, weiterhin arbeiten zu wollen und auf einen Job zu hoffen. Dem gegenüber hatten im gleichen Zeitraum nur 42,3 Prozent der 60- bis 64-jährigen und 28,5 Prozent der 65- bis 69-jährigen Frauen eine Arbeitsstelle. Von den nicht mehr berufstätigen Frauen in diesen Altersgruppen hofften etwa 20 bzw. 30 Prozent, wieder eine Arbeitsstelle zu finden (Naikakufu 2007: 25). Diese Unterschiede legen nahe, dass die rasche Veränderung sozioökonomischer Parameter wie etwa die zunehmende Erwerbslosigkeit zumindest kurzfristig einen deutlicheren Einfluss auf die Suizidzahlen und -raten der Männer haben könnte. Eine epidemiologische Studie, die in Iwate, einer Präfektur mit vergleichsweise hohen Suizidraten, durchgeführt wurde, zeigte für Frauen – jedoch nicht für Männer – eine Assoziation hoher individueller Depressionsscores (ausgeprägten depressiven Symptomen entsprechend) mit einer hohen Suizidmortalität (Nishi *et al.* 2005: 53). Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass für Männer, die deutlich höhere Suizidraten aufweisen, die Suizidmortalität außer durch psychiatrische Diagnosen wie der Depression auch durch sozioökonomische Faktoren maßgeblich beeinflusst wird. In einer jüngeren Studie wurden anhand von Zeitreihenanalysen die Effekte mehrerer sozialer Indikatoren auf die Suizidmortalität in verschiedenen Altersgruppen der japanischen Bevölkerung in den Jahren 1953 bis 1996 untersucht. Die Suizidmortalität war in der Gruppe alter Männer (65 Jahre und älter) mit den Faktoren Erwerbslosigkeit, Scheidungsrate, Beteiligung von Frauen am Arbeitsleben und Bevölkerungsanteil alter Menschen assoziiert (Yamasaki *et al.* 2008: 543–547).³ Diese Zusammenhänge wurden zum Teil auch in anderen Untersuchungen besonders deutlich für Männer nachgewiesen; es fanden sich aber auch Hinweise dafür, dass Frauen ebenfalls – wenn auch in unterschiedlicher Weise und in deutlich geringerer Masse – betroffen sind (Yamamura 2007: 11–12; Chen, Choi und Sawada 2008: 144–146; Koo und Cox 2008: 171–173). Allgemein scheinen sozioökonomische Faktoren in Japan im Vergleich zu anderen OECD-Ländern einen stärkeren Einfluss auf die Suizidraten zu haben (Chen, Choi und Sawada 2008: 147). Zu diesen Faktoren werden vor allem Einkommensungleichverteilung, Bruttoinlandsprodukt, Wirtschaftswachstum und Erwerbslosigkeit gezählt, aber auch Scheidungsrate, Beteiligung von Frauen am Arbeitsle-

³ Über den Zusammenhang zwischen Beteiligung von Frauen am Arbeitsleben und Suizidmortalität kann nur spekuliert werden. Eine mögliche Erklärung wäre, dass eine höhere Beteiligung von Frauen am Arbeitsleben die Chancen auf einen Arbeitsplatz für ältere Männer reduziert.

ben, Alkoholkonsum, usw. Insgesamt unterstützten die verschiedenen Untersuchungsergebnisse die Annahmen, dass verschlechterte sozioökonomische Bedingungen in den letzten Jahren einen wesentlichen Beitrag zu den hohen Suizidraten in der älteren Bevölkerung Japans geleistet haben und dass eine Verbesserung gerade dieser Bedingungen einer der Ansätze für Suizidpräventionsprogramme sein sollte.

Das Vorhandensein integrationsfähiger sozialer Strukturen oder Ressourcen in der Gemeinde kann im mittleren Lebensalter vor allem für die Suizidalität von Frauen von Bedeutung sein; schließlich sind sie häufiger als Männer nicht oder nur in Teilzeit berufstätig, haben dadurch mehr freie Zeit und beteiligen sich weniger oft am berufsbezogenen sozialen Leben (Yamamura 2007: 11). In höherem Alter, nach dem Ende der Berufstätigkeit, werden private und nachbarschaftliche soziale Beziehungen für beide Geschlechter zunehmend wichtig für eine hohe Lebensqualität. Gerade nach einem arbeitsintensiven Berufsleben sind die Verrentung oder der Verlust des Arbeitsplatzes im Alter einschneidende Ereignisse. Die Notwendigkeit, das Leben danach sinnvoll zu gestalten, erleben viele Senioren als eine besondere Herausforderung. Neben den damit verbundenen finanziellen Sorgen erfordert sie vom Betroffenen eine radikale Umstellung von einer sozialen Stellung im Beruf zu einer meist weitgehend auf die familiären und persönlichen sozialen Kontakte beschränkten Rolle. Ein fehlendes oder unbefriedigendes soziales Netzwerk wird in dieser kritischen Situation zu einem wesentlichen Auslöser oder aufrechterhaltenden Faktor für Depression und Suizidalität. Umgekehrt können tragfähige Beziehungen innerhalb der Familie, im Freundeskreis oder in der Gemeinde entscheidend helfen, ein als sinnvoll erlebtes „neues Leben“ im Alter zu gestalten (Watanabe 2001: 125, 129). In diesem Zusammenhang dürften rapide Veränderungen der traditionellen Familienstruktur und Rollenverteilung ebenfalls relevant sein. Diese sind gekennzeichnet durch das Verschwinden der bisherigen, den älteren Generationen noch vertrauten Formen des Familienlebens und der hauptsächlich positiv besetzten sozialen Rollen älterer Menschen in der Familie und in der Gemeinschaft (Watanabe, Hasegawa und Yoshinaga 1995; Watanabe 2001: 129–131). Dass auch die Beziehungen außerhalb der Familie leiden, legt eine kürzlich im Auftrag der Regierung durchgeführte Erhebung nahe. Im Vergleich mit früheren Untersuchungen zeigte sich, dass ältere Menschen deutlich weniger enge persönliche Beziehungen zu ihren Nachbarn pflegen (Naikakufu 2007: 29).

Gesundheitliche Probleme waren neben den ökonomischen oder finanziellen Suizidmotiven die wichtigsten Beweggründe, die sich landesweit für die registrierten Suizide in den Jahren 2004–2006 ermitteln ließen. In einer umfangreichen Vergleichsuntersuchung zu suizidalem

Verhalten bei älteren Einwohnern in den Präfekturen Akita und Okinawa (den Präfekturen mit der landesweit höchsten bzw. niedrigsten Suizidrate) wurden die Sorgen um die körperliche und geistige Gesundheit als eine der wesentlichen mit Suizidgedanken und vollzogenem Suizid assoziierten Einflussgrößen hervorgehoben. Ältere Menschen in der Präfektur Akita schienen sehr besorgt darüber zu sein, wie sie in ihrer sozialen Umgebung wahrgenommen werden. Sie gaben an, sich in der Familie und der Gemeinde sicher und respektiert zu fühlen, solange sie gesund waren und hart arbeiten konnten. Wenn sie jedoch bedingt durch schwere Erkrankungen ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen konnten, neigten sie dazu, sich zurückzuziehen und entwickelten Depressionen mit lebensmüden Gedanken. Die meisten älteren Menschen gaben Ängste davor an, ihre physische und geistige Leistungsfähigkeit und damit ihre Arbeitsfähigkeit durch Krankheiten zu verlieren; entsprechend oft suchten sie ihre Ärzte auf. Für die im Rahmen dieser Studie erfassten und retrospektiv analysierten Suizidfälle galt Ähnliches: Die meisten Suizidenten (87 %) hatten unter einer somatischen Erkrankung gelitten und den Verlust ihrer Gesundheit anscheinend als große Last empfunden (Watanabe 2001: 124–125). Eine weitere Studie, die verschiedene mit Depressionen assoziierte Faktoren bei Senioren untersuchte, fand für die subjektive Einschätzung der eigenen körperlichen Gesundheit die stärkste Assoziation mit depressiven Symptomen (Kaneko *et al.* 2007: 587). Die Sorgen älterer Menschen um ihre Gesundheit und Selbständigkeit scheinen auch landesweit von Bedeutung zu sein. Obwohl sich, verglichen mit Ländern wie den USA, Deutschland, Frankreich oder Südkorea, in Japan mehr Senioren als „gesund“ bezeichnen, ist der Anteil älterer Menschen, die häufig medizinische Dienste in Anspruch nehmen, gestiegen und im internationalen Vergleich sehr hoch. In einer 2006 durchgeführten, für Japan repräsentativen Umfrage gaben 56,8 Prozent der befragten älteren Personen an, „nahezu jeden Tag“ bis „etwa einmal im Monat“ medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen (Naikakufu 2007: 18).

3 EINSTELLUNG GEGENÜBER SUIZIDALITÄT UND PSYCHISCHER KRANKHEIT IN DER ÄLTEREN BEVÖLKERUNG

Wichtige Hindernisse für die individuelle psychiatrische Behandlung von Suizidalität und für die Implementierung von Maßnahmen zur Suizidprävention in Japan stellen kulturelle Besonderheiten dar, wie eine gewisse Akzeptanz des Suizids als ein möglicher Ausweg aus einer ansonsten als ausweglos oder unhaltbar erlebten Situation. Dass das

Thema Suizid in den letzten Jahren eine Mediatisierung erfahren und Betroffenheit in der Öffentlichkeit ausgelöst hat, ist weniger ein Anzeichen dafür, dass die hohe Suizidrate älterer Menschen weithin als Problem gesehen wird. Vielmehr waren es meist neue, spektakuläre Suizidmethoden oder die gemeinsamen Suizide Jugendlicher nach Verabredung in Internet-Suizidforen, die für Schlagzeilen sorgten. Die Ergebnisse einer Vergleichsstudie zur Einstellung gegenüber Suizid und Suizidalität bei japanischen und US-amerikanischen Medizinstudenten zeigten, dass die japanischen Studienteilnehmer eher bereit sind, ein Recht auf Suizid anzuerkennen und die Selbsttötung als unter gewissen Umständen normales Verhalten gutzuheißen (Domino und Takahashi 1991: 349–358). Dies lässt vermuten, dass der Suizid in Japan tendenziell auch als ein frei gewählter Tod, als unter bestimmten Umständen gar die beste Handlungsoption in einer kritischen Lebenslage verstanden wird und damit als ein moralischer Akt der Selbstbestimmung. In (wenn auch eher) seltenen Fällen, zum Beispiel wenn der Suizident eine berühmte Persönlichkeit des öffentlichen Lebens ist, kann der Suizid sogar als Ausdruck von besonderem Mut und als konsequenter Akt gelebter individueller Freiheit gedeutet und damit glorifiziert werden, wohingegen die Pathologisierung des Suizidaktes eine (ggf. posthume) Entwertung und Stigmatisierung des Suizidenten bedeutet. Auch aus diesem Grund lehnen Betroffene und ihre Angehörigen es oft ab, Suizidalität im Kontext einer psychischen Störung oder Krankheit, wie etwa einer Depression, zu deuten (Kitanaka 2008: 152–174; Takahashi 1997: 139). So ergab eine in der Präfektur Iwate in Gemeinden mit hohen Suizidraten durchgeführte Untersuchung, dass ca. 16 Prozent aller Teilnehmer eine permissive Einstellung gegenüber Suizid hatten und 60 Prozent unwillig waren, bei Depression einen Psychiater aufzusuchen (Nishi *et al.* 2005: 53–54).

Das Stigma der psychiatrischen Diagnose mag zumindest teilweise auch die mangelnde Bereitschaft erklären, über eigene psychische Probleme zu berichten oder professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gerade ältere Menschen ziehen es vor (wenn sie sich überhaupt aufgrund solcher Probleme an einen Arzt wenden), lieber den Hausarzt aufzusuchen und nicht einen Psychiater. Oft klagen depressive ältere Menschen dem Arzt gegenüber über die unterschiedlichsten körperlichen Beschwerden, ohne psychische Probleme zu erwähnen. Nach typischen Depressionssymptomen wie gedrückte Stimmung, Insuffizienzgedanken und -gefühle, Ängste, pessimistische und lebensmüde Gedanken gefragt, neigen sie sogar dazu, diese zu verneinen oder zu verharmlosen. In der Folge werden daher trotz wiederholter Untersuchungen nicht die richtigen Diagnosen gestellt und nur die körperlichen

Symptome behandelt. Patient, Angehörige und entsprechend ihr Hausarzt sind in vielen Fällen zunächst einer Meinung: Eine psychiatrische Untersuchung wird abgelehnt (Takahashi 1995: 107; Takahashi 1997: 139; Kitanaka 2008: 152–174).

Hinzu kommt, dass unabhängig vom expliziten Wunsch der Betroffenen und ihren Angehörigen auch viele Allgemeinärzte und manche Psychiater Suizidalität nicht zwingend als pathologisch und damit überhaupt erst als behandlungsbedürftig einschätzen. Das gilt vor allem für Patienten, bei denen weniger ein biologischer Erklärungsansatz ihrer Symptomatik nahe liegt und die schwierigen Lebensbedingungen den Wunsch, sich das Leben zu nehmen, für den Untersucher „nachvollziehbar“ erscheinen lassen (Kitanaka 2008: 152–174). Diese ambivalente Haltung gegenüber Suizidalität könnte erklären, warum japanische Allgemeinärzte im Vergleich zu ihren deutschen Kollegen weniger bereit sind, in ihrem beruflichen Alltag etwas zur Vorbeugung suizidaler Handlungen zu unternehmen und insgesamt über ein sehr mangelhaftes Wissen über die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten verfügen (Redsch *et al.* 2006: 163–165).

4 SUIZIDALITÄT IN LÄNDLICHEM UMFELD

Als einer der wichtigen Gründe für die hohe Suizidalität unter älteren Menschen in Japan wird die Auflösung der traditionellen Familienstruktur angenommen (Watanabe, Hasegawa und Yoshinaga 1995: 258–259). Letztere war durch das Zusammenleben und durch enge interpersonelle Beziehungen mehrerer Generationen bestimmt und wies den Alten eine respektierte und insgesamt privilegierte Rolle zu (Watanabe 2001: 130–131). Die bereits erwähnten, zum Teil rasanten Veränderungen sozialer Beziehungsmuster und Gemeindestrukturen traten in den letzten Jahrzehnten besonders deutlich in ländlichen, vorwiegend landwirtschaftlich geprägten und ökonomisch benachteiligten Regionen in Erscheinung. Verarmung, Arbeits- und Perspektivlosigkeit gingen einher mit der Abwanderung jüngerer Generationen in die urbanen Zentren und trugen damit erheblich zur Auflösung der Mehrgenerationenfamilie und des Gemeindelebens bei. Besonders in den Jahren der Wirtschaftskrise konnten viele kleinere Familienbetriebe nicht überleben – oft, weil Nachfolger fehlten. Die Entvölkerung der betroffenen Landesteile zog so nicht nur die weitere ökonomische, sondern auch eine bisweilen dramatische soziale Verarmung nach sich. Die Ergebnisse einer epidemiologischen Studie unterstreichen die Bedeutung der sozioökonomischen Faktoren für die Suizidalität im ländlichen Umfeld:

Während in städtischen, dicht bewohnten Regionen mit hohen Einkommen und hohem Bildungsniveau der Bevölkerung die Krebsmortalitätsraten höher waren, zeichneten sich ländliche, sozioökonomisch benachteiligte Regionen vor allem durch höhere Suizidraten aus. Des Weiteren zeigte sich bei der ländlichen Bevölkerung eine Abnahme der schlaganfallbedingten und eine Zunahme der unfall- und suizidbedingten Mortalität (Fukuda, Nakamura und Takano 2005: 103–108).

So auch im Falle der Präfektur mit der höchsten Suizidrate Japans: Die im Nordosten der Insel Honshū gelegene Präfektur Akita ist bekannt für Reisanbau sowie kalte, schneereiche Winter und kurze Sommer. Die Wirtschaft ist hauptsächlich durch Landwirtschaft, Waldwirtschaft und Fischerei geprägt. Der Bevölkerungsanteil alter Menschen ist hier höher als im Landesdurchschnitt (siehe Abb. 3) und nimmt weiter zu, während die Gesamtbevölkerung der Präfektur eher sinkt. Die Suizidraten entsprachen in den 1960er Jahren etwa dem Landesdurchschnitt, stiegen später deutlich an und erreichten schließlich über Jahre hinweg Rekordwerte für ganz Japan mit z. B. 42,0 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2002 und 37,2 im Jahr 2007 (siehe Abb. 4).

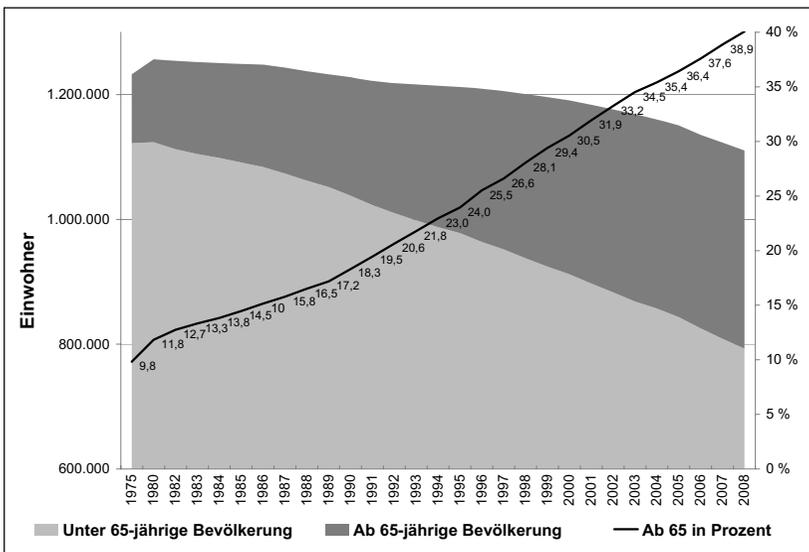


Abb. 3: Bevölkerungsentwicklung der Präfektur Akita 1975–2008

Quelle: Akita-ken (2008: Tab. 2–2).

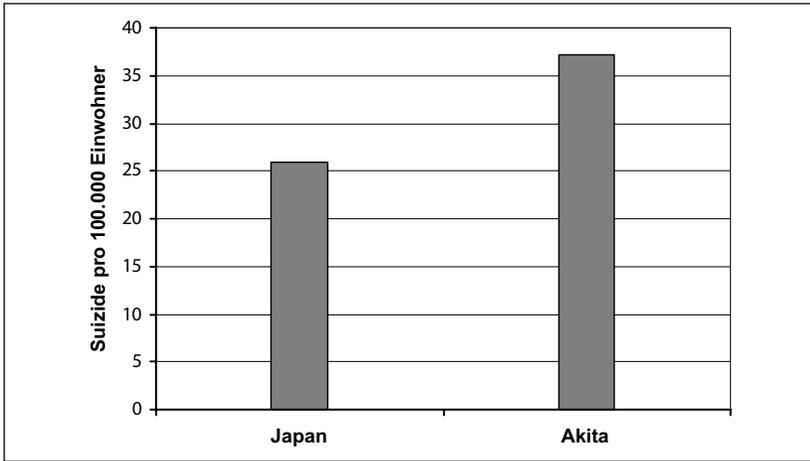


Abb. 4: Suizidraten in Japan und der Präfektur Akita 2007

Quelle: Naikakufu (2008: 19).⁴

Um den Anstieg der Suizidraten in Japan allgemein und in der Präfektur Akita im Besonderen besser verstehen und präventiv intervenieren zu können, wurden in den letzten Jahren zahlreiche, vor allem epidemiologische Studien in der Region durchgeführt. Nach Angaben der Ärztevereinigung der Präfektur Akita (Akita-ken Ishikai) im Rahmen einer Untersuchung von Suizidfällen zwischen 2001 und 2002 waren die am häufigsten berichteten Probleme der Betroffenen ökonomischer oder finanzieller Art. Depression, in vielen Fällen mit deutlich ausgeprägter Symptomatik, war die am häufigsten gestellte psychiatrische Diagnose (Fushimi, Sugawara und Shimizu 2005: 299–301). In einer Untersuchung, die Personen aller Altersgruppen einschloss, konnte aufgezeigt werden, dass vor allem ältere Männer mit niedrigem Bildungsniveau nur ungenügend über Depressionen informiert waren und eine inadäquate Haltung dazu hatten. Eine generelle Akzeptanz von Suizid zeigte sich bei 13,1 Prozent aller Befragten, wobei vor allem Männer und Personen mit deutlich ausgeprägter depressiver Symptomatik dazu neigten, einen Suizid als Option zu akzeptieren (Kaneko und Motohashi 2007: 118–119). Eine weitere, ebenfalls in der Präfektur Akita durchgeführte Studie fand bei älteren Einwohnern ländlicher Gemeinden eine ca. zehnpromtente Prävalenz depressiver

⁴ Die statistischen Rohdaten sind in der Druckausgabe nicht enthalten, sondern lediglich online zugänglich unter: <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/white-paper/w-2008/html/honpen/part1/csvfiles/z1-22.csv> (letzter Zugriff: 13.02.2009).

Symptome. Die depressiven Symptome waren mit dem Vorkommen von Suizidgedanken sowie mit Faktoren wie höheres Alter, Fehlen eines unterstützenden Partners, Ärger mit der eigenen Familie, häufiges Alleinsein und subjektiv schlechter körperlicher oder geistiger Gesundheitszustand assoziiert (Kaneko *et al.* 2007: 587–588). Die Gesundheit bzw. die Gesundheitsversorgung, gefolgt von guten familiären und nachbarschaftlichen Beziehungen, wurden in einer weiteren Umfrage als die in der älteren Bevölkerung subjektiv als am wichtigsten erachteten Faktoren für eine hohe Lebensqualität ermittelt (Watanabe 2001: 125).

5 KANN SUIZIDALITÄT ERFOLGREICH BEKÄMPFT WERDEN?

Unter der Annahme, dass ein Teil der Suizide durch Präventionsmaßnahmen verhindert werden kann, wurden multidimensionale Interventionsprogramme vorgeschlagen (Takahashi 1995: 108–109). Die wesentlichen Ansätze solcher Programme sind die Vermeidung oder Begrenzung von Risikofaktoren für suizidales Verhalten und die Verbesserung der Lebensbedingungen älterer Menschen. Integrative Programme sollten:

1. Suizidalität im Vorfeld ihrer Entstehung über die Einflussnahme auf assoziierte Risikofaktoren entgegenwirken (Primärprävention);
2. bei akut aufgetretener Suizidalität den Zugang zu Angeboten und Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung ermöglichen (Sekundärprävention);
3. die ggf. langfristige Nachbetreuung für Menschen gewährleisten, die einen Suizidversuch unternommen und überlebt haben (Tertiärprävention).

Im Einzelnen gehören zu den empfohlenen Maßnahmen die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung, die Unterstützung für verschuldete oder in finanzielle Not geratene Menschen, niedrigschwellige Angebote inklusive telefonischer Dienste zur Bewältigung sonstiger Lebenskrisen, des Weiteren der Aufbau oder Ausbau sozialer Netzwerke in den Gemeinden, die stärkere Einbeziehung der Hausärzte, die Behandlung psychischer Krankheiten und die Einbeziehung der Massenmedien.

Solche Programme sind auf nationaler Ebene nur mit einem substanziellen Aufwand finanzieller, organisatorischer und personeller Art zu realisieren. Obwohl seit Längerem konsequente und weitreichende Maßnahmen gefordert werden, handelten die Behörden über Jahre hinweg nur zögerlich. Nach verschiedenen, von vielen Spezialisten als halbherzig und ineffizient beurteilten Aktionen beschloss die Regierung eine deutliche Aufstockung der Mittel für Suizidprävention und veröffentlichte im

Juni 2007 einen Aktionsplan mit dem anspruchsvollen Ziel, die Suizidrate bis 2016 um mindestens 20 Prozent zu senken (Naikakufu 2008: 42). Die in diesem Plan vorgelegten Richtlinien für umfassende Suizidpräventionsmaßnahmen sollen dabei helfen, in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens die Art und Weise zu ändern, in der mit Suizid und Suizidalität umgegangen wird. Viele unmittelbar auf diesem Feld tätige Fachleute sind der Meinung, dass dieser Aktionsplan zwar noch unzureichend, jedoch ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung sei.

Von Bedeutung für die Suizidprävention dürften auch weitere Maßnahmen der Regierung sein, die darauf abzielen, sowohl die Lebensqualität älterer Menschen zu erhöhen (zum Beispiel bezüglich der finanziellen Situation, sprich: Renten, Möglichkeiten zur Beteiligung am Arbeitsleben usw.) als auch die gesundheitliche Versorgung und das Pflegesystem zu verbessern. So ist das Inkrafttreten des Revidierten Gesetzes zur Langzeitpflegeversicherung (*Kaigo hoken shikkō-hō no ichibu kaisei*) im April 2006 ein Schritt, der die Situation vieler Senioren und ihrer Angehörigen verbessern und damit indirekt die Entwicklung der Suizidraten günstig beeinflussen könnte. Die Gesetzesnovelle soll Änderungen des bisherigen Systems im Sinne einer stärkeren Betonung der Prävention, der Anpassung der Pflegesätze, der Verbesserung der Pflegedienstleistungen usw. ermöglichen (Naikakufu 2007: 46–47). Diese Schritte könnten helfen, die Gesundheit und Selbständigkeit vieler älterer Menschen aufrecht zu erhalten, die pflegenden Familien und Angehörigen zu entlasten und insgesamt die Folgen von körperlicher und psychischer Beeinträchtigung sowie die von Armut im Alter und die damit verbundenen Ängste zu mildern.

Die Auswirkungen der verschiedenen gesundheits- und sozialpolitischen Neuregelungen der Regierung bleiben noch abzuwarten. Unterdessen sind aber bereits zahlreiche regionale Suizidpräventionsprojekte auf Präfektur- oder Gemeindeebene entstanden, die erste Erfolge im Sinne eines Rückgangs der Suizidzahlen und einer Verbesserung der Lebenssituation von Senioren melden. Diese Initiativen wurden zunächst im Rahmen von Studien mit einer relativ geringen Teilnehmerzahl auf ihre Umsetzbarkeit, ihre Akzeptanz bei den Betroffenen und ihre Effektivität hin geprüft. So wurden exemplarisch Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung und Früherkennung von Depressionen umgesetzt, um frühe individuelle Interventionen zu ermöglichen; durch die Teilnahme der älteren Gemeindemitglieder, aber auch der Allgemeinärzte an psychoedukativen Workshops über geistige Gesundheit konnte sowohl die Inanspruchnahme professioneller Hilfe als auch die Versorgung depressiver Menschen erleichtert und verbessert werden (Sakamoto *et al.* 2004: 528–529). So bestätigte etwa eine in Matsunoyama, Präfektur Niigata, über ei-

nen Zeitabschnitt von zehn Jahren durchgeführte Interventionsstudie die Effektivität solcher Initiativen. Die bei Personen im Alter ab 65 Jahren extrem hohe Suizidrate von 150 Fällen pro 100.000 Einwohner konnte dort um spektakuläre 75 Prozent reduziert werden (Takahashi *et al.* 1998: 469–485). Weitere Präventionsprogramme für Ältere in stark betroffenen Regionen (Iwate, Aomori, Niigata, Akita) waren ebenfalls teilweise erfolgreich (Oyama *et al.* 2005: 342–343; Oyama *et al.* 2006: 824–825).

Die regionalen Präventionsprogramme gehen auf verschiedene, untereinander nicht abgestimmte Initiativen zurück und unterscheiden sich mitunter stark voneinander. So entstanden die Programme in Matsunoyama, Jōhōji (beide Präfektur Iwate), Nagawa (Präfektur Aomori) oder Yuri (Präfektur Akita) unabhängig voneinander als lokale Projekte im Gesundheitswesen. Allen voran erließ die Präfektur Akita im Jahre 2004 eine Verordnung, in der explizit Programme zur Suizidprävention erwähnt werden und diese somit landesweit erstmalig in die regionale Verwaltungsstruktur aufgenommen und mit einem entsprechenden Etat versehen wurden (siehe §18 der Verordnung zur Gesundheitsförderung der Präfektur Akita [*Akita-ken kenkō-zukuri jōrei, dai jūhachi-jō*]). Die Präfekturregierung begann zudem bereits im Jahr 2000 mit der Förderung eines konzertierten Präventionsprogramms unter Beteiligung einer Forschungsgruppe der Universität Akita. Die Gemeinden Aikawa (heute Kita-Akita), Nakasen (heute Daisen), Fujisato, Higashi-Yuri (heute Yuri-Honjō) und Senhata (heute Misato) mit einer Gesamtbevölkerung von knapp 44.000 Einwohnern wurden als „Modellgemeinden“ ausgewählt. Mit der Implementierung des Programms konnte 2001 begonnen werden; die Maßnahmen wurden in den Folgejahren in allen sechs Gemeinden eingeleitet. Bei der Umsetzung wurde der Schwerpunkt auf die Bürgerbeteiligung und die Nutzung sowie den Ausbau der lokalen sozialen Ressourcen gelegt. Dieser Ansatz berücksichtigt nicht nur die Zurückhaltung oder Ablehnung vieler Bürger gegenüber einer medizinisch-psychiatrischen Darstellung des Problems und der damit verbundenen Stigmatisierung, er ermöglicht auch die Anpassung an lokale Besonderheiten und Bedürfnisse und stärkt zudem die Autonomie der Betroffenen. In Kursen wurde versucht, freiwillige Laien aus den beteiligten Gemeinden an die Präventionsarbeit heranzuführen, anstatt allein auf qualifizierte Fachkräfte zurückzugreifen. Vor Ort wurden Räumlichkeiten geschaffen, die als Begegnungsstätten für Senioren dienen, in denen aber auch regelmäßig Workshops oder Informationsveranstaltungen zu Themen wie Gesundheit im Alter, Depression, Suizidalität usw. veranstaltet werden. Darüber hinaus wird hier den Bürgern niedrigschwellig Beratung angeboten. Durch die weitgehende Selbstverwaltung und das Engagement von Gemeindemitgliedern ist die Akzeptanz dieser Maßnahmen hoch. Bereits in

den ersten Jahren nach Einführung des Programms war in den vier berücksichtigten Modellgemeinden, wie Motohashi, Kaneko und Sasaki (2005: 106) in ihrer Studie zeigen, eine Verringerung der Suizidraten von 65,3 im Jahr 2001 auf 45,9 pro 100.000 im Jahr 2003 zu verzeichnen (siehe Abb. 5).

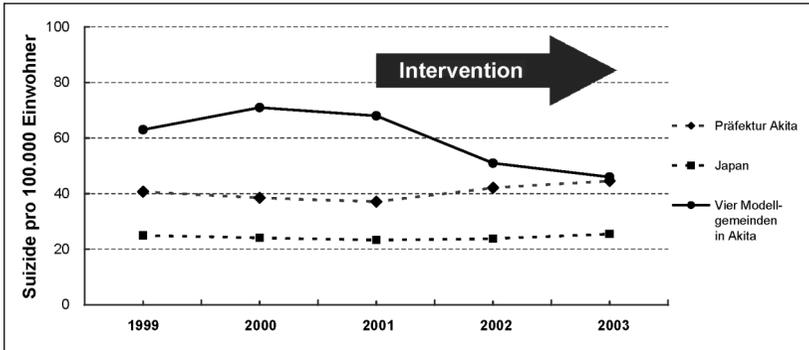


Abb. 5: Suizidraten in vier Modellgemeinden, Präfektur Akita und Japan

Quelle: Motohashi, Kaneko und Sasaki (2005: 106).

Eine spätere Auswertung der Daten aller Gemeinden, in denen das Programm implementiert wurde, ergab eine Verringerung der Suizidraten von 70,8 im Jahr 1999 auf 34,1 pro 100.000 im Jahr 2004 (Motohashi *et al.* 2007: 597–598). Die Maßnahmen in Akita und ihr Erfolg wurden landesweit als beispielhaft anerkannt und führten zu ähnlichen Bemühungen in anderen Regionen.

An dieser Stelle sei daher neben wissenschaftlichen Publikationen zur Suizidalität und deren Bekämpfung in der Präfektur Akita auch auf zahlreiche Veröffentlichungen hingewiesen, die sich an ein breites Publikum wenden und damit einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung und zur Enttabuisierung des Themas leisten. Dazu zählen zum einen die allgemein verständlichen Handbücher, die vom Sonderforschungsbereich an der Universität Akita herausgegeben wurden (Motohashi 2005, 2006). Zum anderen schildert Satō Hisao (2008) in einer neueren Publikation seine Erfahrungen und Eindrücke, die er während seiner Arbeit als Freiwilliger und Geschäftsführer der NPO „Kumo no Ito“ [„Spinnenfaden“] bei der Bekämpfung von Suizidalität vor allem unter den Familienangehörigen von klein- und mittelständischen Unternehmern gesammelt hat. Und ferner wurde eine Artikelreihe der *Asahi Shimbun* über Suizidalität in Akita (erschieden von Juli bis Dezember 1999), worin Umfeld und Alltag von betroffenen Personen und Familien genauer

veranschaulicht werden, vor einiger Zeit in Buchform publiziert (Asahi Shimbun 2000).

Die auf lokaler Ebene gesammelten, teilweise vielversprechenden Erfahrungen sollen nun in Projekte einfließen, die einem größeren Anteil der älteren Bevölkerung zugutekommen. Auch hierbei sollen die vorgesehenen Maßnahmen im Rahmen von Studien eingeleitet werden, was ihre Evaluierung ermöglichen wird. Eine solche, multizentrisch durchgeführte Studie wurde 2005 unter dem Namen NOCOMIT-J⁵ eingeleitet und soll 2010 abgeschlossen werden (Ono *et al.* 2008: 3–7). Die daran beteiligten Regionen, Präfekturen und Städte weisen entweder besonders hohe Suizidraten auf (Akita, Iwate, Aomori, südliches Kyūshū) oder eine hohe Bevölkerungsdichte (Sendai, Chiba und Kitakyūshū). Das integrative Interventionsprogramm berücksichtigt zwar verschiedene Ansätze, der Schwerpunkt der Maßnahmen liegt jedoch auf der Verstärkung sozialer Netzwerke und der Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen in der Gemeinde. Die zentralen Module des Programms sind:

1. Maßnahmen zur Verbesserung der institutionellen Angebote und der Zusammenarbeit unterschiedlicher Anbieter sozialer Leistungen.
2. Aufklärungskampagnen; Angebote/Strukturen in den Gemeinden, um regelmäßige Treffen und Austausch zu ermöglichen; spezielle Angebote für Senioren.
3. Früherkennung von Depressionen und Suizidalität innerhalb der sogenannten Hochrisikogruppen; Psychoedukation; Beratungsstellen für Betroffene; Nachsorgeangebote für Menschen, die einen Suizidversuch unternommen und überlebt haben; spezielle Maßnahmen/Angebote für Personen mit Substanz-/Alkoholabhängigkeit oder mit Schizophrenien oder sonstigen psychischen Störungen; spezielle Maßnahmen für Menschen mit arbeits-/arbeitsplatzbezogenen Problemen.

Der Erfolg dieses Suizidpräventionsprogramms sowie weiterer zeitlich und regional begrenzter Programme bleibt abzuwarten. Zu hoffen ist, dass aus der NOCOMIT-J-Studie weitere Erkenntnisse gewonnen werden, wie Maßnahmen auch in weniger deutlich betroffenen Regionen und schließlich landesweit wirksam umgesetzt werden können. Neben der weiteren Anpassung gesundheitspolitischer Regelungen, etwa von Steue-

⁵ NOCOMIT-J (kurz für: Novel Community Intervention Trial in Japan); Englisch: *A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan, NOCOMIT-J*, Japanisch: *Fukugō-teki jisatsu taisaku puroguramu no jisatsu kito yobō kōka ni kansuru chūki kai'nyū kenkyū*. Einsehbar ist die Studie online unter: http://www.jfnm.or.jp/itaku/J-MISP/doc/nocomit-j_summary_ver1.1.pdf., eine englische Zusammenfassung findet sich unter <http://www.jfnm.or.jp/itaku/J-MISP/nocomit-j.html> (letzte Zugriffe 23.06.2009).

rungs- und Finanzierungselementen des Gesundheits- und Pflegesystems, wird die gezielte und langfristige finanzielle Unterstützung von Suizidprävention in der älteren Bevölkerung von Bedeutung sein. Für die wirksame Umsetzung von Maßnahmen auf lokaler Ebene sind gemeinde-nahe Initiativen, wie sie in der Präfektur Akita unter der weitgehenden Einbeziehung der betroffenen Bürger realisiert wurden, besonders Erfolg versprechend. Davon zu erwarten wären nicht weniger als ein deutlicher Rückgang der Suizidraten landesweit, die Änderung der Einstellung in der Bevölkerung gegenüber Suizidalität und die nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Akita-ken (2008): Heisei 20-nendo kōreisha kankei shihyō [Indikatoren zur älteren Bevölkerung, 2008]. <http://www.pref.akita.lg.jp/www/contents/1139298239060/files/H20koureikaritsu.xls> (letzter Zugriff: 13. 02.2009).
- Asahi Shimbun, Akita Shikyoku (Hg.) (2000): *Jisatsu: Jisatsu-ritsu zenkoku ichi. Akita kara no hōkoku* [Suizid. Die höchste Suizidrate Japans. Berichte aus Akita]. Akita: Mumyōsha Shuppan.
- Chen, Joe, Yun Jeong Choi und Yasuyuki Sawada (2008): How is suicide different in Japan? In: *Japan and the World Economy* 21 (2), S. 140–150.
- Domino, George und Yoshitomo Takahashi (1991): Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior* 21 (4), S. 345–359.
- Engel, George (1977). The need for a new model: A challenge for biomedicine. In: *Science* 196, S. 129–137.
- Fukuda, Yoshiharu, Keiko Nakamura und Takehito Takano (2005): Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973–1977 and 1993–1998: Increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75. In: *International Journal of Epidemiology* 34, S. 100–109.
- Fushimi, Masahito, Jun'ya Sugawara und Tetsuo Shimizu (2005): Suicide patterns and characteristics in Akita, Japan. In: *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 59 (3), S. 296–302.
- Kaneko, Yoshihiro und Yutaka Motohashi (2007): Male gender and low education with poor mental health literacy: A population-based study. In: *Journal of Epidemiology* 17 (4), S. 114–119.
- Kaneko, Yoshihiro, Yutaka Motohashi, Hisanaga Sasaki und Masako Yamaji (2007): Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural

- Japanese community: A cross-sectional study. In: *Community Mental Health Journal* 43 (6), S. 583–590.
- Kitanaka, Junko (2008): Diagnosing suicides of resolve: Psychiatric practice in contemporary Japan. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 32 (2), S. 152–176.
- Koo, Jahyeong und W. Michael Cox (2008): An economic interpretation of suicide cycles in Japan. In: *Contemporary Economic Policy* 26 (1), S. 162–174.
- Kōsei Rōdōshō (Hg.) (2009): *Heisei 21-nenban kōsei rōdō hakusho* [Weißbuch Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt 2009]. Tokyo: Gyōsei.
- Motohashi, Yutaka (Hg.) (2005): *Kokoro to inochi no shohōsen* [Ein Rezept für die Seele und das Leben]. Akita: Akita Sakigake Shinpōsha.
- Motohashi, Yutaka (2006): *Jisatsu ga hetta machi. Akita-ken no chōsen* [Städte, in denen die Suizide sich verringerten. Herausforderungen in der Präfektur Akita]. Tokyo: Iwanami Shoten.
- Motohashi, Yutaka, Yoshihiro Kaneko und Hisanaga Sasaki (2005): Lowering suicide rates in rural Japan. In: *Akita Journal of Public Health* 2 (Sonderausgabe Februar 2005), S. 105–107.
- Motohashi, Yutaka, Yoshihiro Kaneko, Hisanaga Sasaki und Masako Yamaji (2007): A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37 (5), S. 593–599.
- Naikakufu [= Cabinet Office] (Hg.) (2007): White Paper on the Aging Society (Summary) FY 2007. The State of Aging and Implementation of Measures for an Aging Society in FY 2006. Measures for an Aging Society in FY 2008. <http://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2007/2007.pdf> (letzter Zugriff: 01.03.2009).
- Naikakufu (Hg.) (2008): *Heisei 20-nendo. Jisatsu taisaku hakusho* [Weißbuch der Suizidprävention, 2008]. Tokyo: Saiki Insatsu.
- Nishi, Nobuo, Kurosawa Mie, Nohara Masaru, Oguri Shigenori, Chida Fuminori, Otsuka Kotaro, Sakai Akio und Okayama Akira (2005): Knowledge of and attitudes toward suicide and depression among Japanese in municipalities with high suicide rates. In: *Journal of Epidemiology* 15 (2), S. 48–55.
- Ono, Yutaka, Shuichi Awata, Hideharu Iida, Yasushi Ishida, Naoki Ishizuka, Hiroto Iwasa, Yuichi Kamei, Yutaka Motohashi, Atsuo Nakagawa, Jun Nakamura, Nobuyuki Nishi, Kotaro Otsuka, Hirofumi Oyama, Akio Sakai, Hironori Sakai, Yuriko Suzuki, Miyuki Tajima, Eriko Tanaka, Hidenori Uda, Naohiro Yonemoto, Toshihiko Yotsumoto und Naoki Watanabe (2008): A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A novel multimodal community intervention program to prevent suicide and

- suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. In: *BMC Public Health* 15 (8), S. 315.
- Oyama, Hirofumi, Naoki Watanabe, Yutaka Ono, Tomoe Sakashita, Yuka Takenoshita, Manabu Taguchi, Tohru Takizawa, Reiko Miura und Keiko Kumagai (2005): Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced high rate for female. In: *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 59 (3), S. 337–344.
- Oyama, Hirofumi, Motoi Fujita, Masahiro Goto, Hiroshi Shibuya und Tomoe Sakashita (2006): Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. In: *The Gerontologist* 46 (6), S. 821–826.
- Redsch, Oliver, Satoru Miyaishi, Axel Heinemann, Georg Fiedler, Klaus Püschel, Hideki Yamamoto und Hideo Ishizu (2006): Comparison of German and Japanese general practitioners' awareness of suicide and attitudes toward patients with suicidal ideation. In: *Acta Medica Okayama* 60 (3), S. 159–165.
- Sakamoto, Shinji, Eriko Tanaka, Keiko Ne'ichi und Yutaka Ono (2004): Where is help sought for depression or suicidal ideation in an elderly population living in a rural area of Japan? In: *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 58, S. 522–530.
- Satō, Hisao (2008): *Jisatsu yobō no tōdai-ron. Jisatsuyobō saizensen kara no kōchiku* [Eine Leuchtturmstudie der Suizidprävention. Aufbau von der vordersten Linie]. Akita: NPO Hōjin „Kumo no Ito“.
- Takahashi, Kuniaki, Haruhiko Naito, Masahiro Morita, Ryōichi Suga, Takao Oguma und Takeshi Koizumi (1998): Niigata-ken Higashikubikigun Matsunoyama-chō ni okeru rōjin jisatsu yobō katsudō – rōnen-ki utsubyō o chūshin ni (Suicide prevention work for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture; Psychiatric care for elderly in the community). In: *Seishin Shinkeigaku Zasshi* (Psychiatry et Neurologia Japonica) 100, S. 469–485.
- Takahashi, Yoshitomo (1995): Recent trends in suicidal behaviour in Japan. In: *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 49 (Suppl. 1), S. 105–109.
- Takahashi, Yoshitomo (1997): Culture and suicide: From a Japanese psychiatrist's perspective. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior* 27 (1), S. 137–145.
- Watanabe, Naoki (2001): An Investigation into resilience and suicide in Japan's elderly. In: D. De Leo (Hg.): *Suicide and Euthanasia in Older Adults – A Transcultural Journey*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers, S. 117–136.
- Watanabe, Naoki, Kazuo Hasegawa und Yoko Yoshinaga (1995): Suicide in later life in Japan: Urban and rural differences. In: *International Psychogeriatrics* 7 (2), S. 253–261.

- Yamamura, Eiji (2007): The Different Impacts of Socio-economic Factors on Suicide between Males and Females (= MPRA Paper; 10175. <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/10175/> (letzter Zugriff: 20.02.2009).
- Yamasaki, Akiko, Shun'ichi Araki, Ryoji Sakai, Kazuhito Yokoyama und A. Scott Voorhees (2008): Suicide mortality of young, middle-aged and elderly males and females in Japan for the years 1953–96: Time series analysis for the effects of unemployment, female labour force, young and aged population, primary industry and population density. In: *Industrial Health* 46, S. 541–549.
-

Julius Popp

1991–1998 Studium der Humanmedizin an den Universitäten Tübingen und Bordeaux, Frankreich. 1999 Promotion an der Universität Tübingen und Approbation. 1999–2002 klinische Tätigkeit in Bamberg und Montpellier, Frankreich (Neurologie) sowie Berlin (Psychiatrie). Seit 2003 Wissenschaftlicher Assistent Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Psychiatrie. Seit 2007 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Johannes Harumi Wilhelm

1990–2001 Studium in Hamburg, Tübingen und Bonn mit Abschluss in Japanologie, Volkskunde und Vergleichende Religionswissenschaft. 2001–2009 Promotion im Fach Japanologie in Bonn. 2002–2004 Forschungsaufenthalt in Japan am National Museum of Ethnology in Osaka. 2004–2009 Dozent und Associate Professor an der Universität Akita.