

# Intoxikation und Suicidversuch

## Grenzfälle suicidalen Handelns

E. LUNGERSHAUSEN

Nervenklinik der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn  
(Direktor: Prof. Dr. H. J. WEITBRECHT)

Eingegangen am 12. Januar 1968

### *Poisoning and Attempted Suicide*

#### *Borderline Cases of Suicide*

*Summary.* The classification of suicidal attempts into only 2 categories, the serious and non-serious attempts is inadequate. Particularly as the increase of poisoning as a method of suicide makes it very difficult to discover how seriously an attempt was intended.

In this paper, drug poisoning was described as a specific type of suicidal attempt as it aims not at death but rather at deep sleep, a short breathing space, a "Time limited death". Thus escaping at least temporarily from a critical life situation. It was shown that the danger of suicide is also inherent in a poisoning attempt and this must be taken into consideration in the psychiatric after care.

*Key-Words:* Attempted suicide — Drug-Intoxication — Suicidal behaviour — Wish of death.

*Zusammenfassung.* Es wird darauf hingewiesen, daß die grobe Einteilung der Suicidversuche in ernstgemeinte und demonstrative nicht mehr hinreichen kann. Dies um so mehr, als mit dem Vordringen der Intoxikationen als Suicidmittel das Ausmaß der Selbsttötungsabsicht immer weniger klar erkennbar wird. Als eine Sonderform von Suicidversuchen werden Arzneimittelintoxikationen beschrieben, durch die nicht eigentlich der Tod angestrebt wurde, sondern vielmehr ein Tiefschlaf, eine kurze Atempause, ein „Tod auf Zeit“, um so einer kritischen Lebenssituation wenigstens vorübergehend zu entinnen. Es wird dargelegt, daß auch solchen Intoxikationen eine Suicidgefährdung innewohnt, die bei der Nachbehandlung berücksichtigt werden muß.

*Schlüsselwörter:* Suicidversuch — Arzneimittel-Intoxikation — Suicidales Verhalten — Todeswunsch.

In der älteren Literatur zum Selbstmordproblem werden Suicidversuche nach ihrer Intention gewöhnlich in zwei Gruppen eingeteilt, die ernstgemeinten Suicidversuche, im Grunde also mißglückte Suicide, und die demonstrativen Suicidversuche, während derer mit dem Tode lediglich gedroht wird, um durch die solcherart demonstrierten Todesbereitschaft bestimmten kritischen Lebenssituationen eine Wendung zum Besseren zu verleihen.

Derartige grobe Klassifizierungen in „ernste“ und „nicht ernste“ Suicidversuche, wie sie noch 1954 von SCHMIDT, O'NEAL u. ROBINS vorgeschlagen wurde, sind nicht unwidersprochen geblieben. Insbesondere STENGEL u. COOK haben solcher Betrachtungsweise begründete Einwände entgegengestellt.

In vielen Fällen ist sich der Suicident bei der Tat über deren intendiertes Resultat gar nicht im klaren. Der Ausgang des Suicidversuches wird offen gelassen, dem Schicksal anheimgestellt, das die letzte Entscheidung über Leben und Tod fällen soll. Auf die Gottesgerichtsfunktion solcher Suicidhandlungen wurde von STENGEL ebenso von WEITBRECHT hingewiesen.

Dennoch muß festgestellt werden, daß, zumindest im klinischen Alltag, Suicidversuche hinsichtlich ihrer Tötungsabsicht, ihrer Intention, danach eingeschätzt werden, ob es sich bei ihnen lediglich um ein bloßes Drohen mit dem Tode (demonstrativer Suicidversuch), ein Herausfordern des Todes (Gottesgerichtsfunktion) oder um ein echtes Streben nach dem Tod (ernstgemeinter Suicidversuch) handelte.

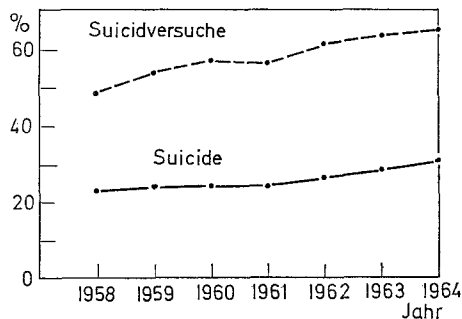


Abb. 1. Prozentualer Anteil der Intoxikationen an den Suiciden und Suicidversuchen in Nordrhein-Westfalen während der Jahre 1958–1964

Jeder, zu dessen Aufgaben die Nachbehandlung von Suicidversuchen gehört, weiß, wie schwierig, wenn nicht überhaupt unmöglich es ist, im Einzelfall innerhalb dieser Kategorien Unterscheidungen zu treffen. Dies gilt um so mehr, als in den letzten Jahren unter den Suicidmethoden mehr und mehr die Intoxikationen in den Vordergrund getreten sind.

Inzwischen geschehen zwei Drittel aller Suicidversuche durch Intoxikationen. Wie kein anderes Suicidmittel ist aber gerade die Intoxikation dazu geeignet, Unklarheit über das Ausmaß der Tötungsabsicht hervorzurufen.

Kann man vielleicht bei anderen Suicidmethoden nicht nur aus dem Verhalten des Suicidenten, aus den Angaben von ihm und über ihn, sondern darüber hinaus auch aus der Durchführung des Suicidversuchs

und der dadurch bedingten Lebensgefährdung auf das Ausmaß der Tötungsabsicht rückschließen, so ist dies bei den Intoxikationen, vor allem bei denen durch Medikamente, ganz besonders schwierig und oftmals völlig unmöglich. In manchen Fällen ist noch nicht einmal die Frage entscheidbar, ob wirklich eine Selbst-Tötungsabsicht bestand und ob demnach die stattgefundene Intoxikation überhaupt als Suicidversuch angesehen werden kann.

Auf solche Grenzfälle am Rande suicidalen Verhaltensweisen soll im folgenden näher eingegangen werden. Es scheint dabei zweckmäßig, eine kurze Kasuistik voranzustellen.

*Fall 1.* Margarete S. 37jährige Hausfrau, verheiratet mit einem höheren Beamten. Nach Schilderung von Verwandten und eigenen Angaben immer etwas empfindsam, leicht verzagt. Keine besonderen Probleme, fühlte sich allerdings den mit der Karriere des Ehemannes auf sie zukommenden gesellschaftlichen Pflichten nicht genügend gewachsen und versucht, sich diesen nach Möglichkeit zu entziehen.

In den letzten Jahren hartnäckige, migränöse Kopfschmerzen, zum Teil tagelang anhaltend, vor allem bei Aufregungen oder Belastungen. Nahm in solchen Zeiten in großen Mengen Analgetica.

In einer neuerlichen Kopfschmerzattacke war sie dann angeblich so gequält, daß sie sich nicht mehr zu helfen wußte. Ihre Schmerztabletten hätten in üblicher Menge nicht mehr Linderung geschafft. Schließlich nahm sie 30 Tabletten Optalidon ein, wurde kurz darauf vom Ehemann gefunden und in erheblich intoxiziertem Zustand in eine internistische Klinik gebracht. Dort rasches Aufklaren des Bewußtseins. Sie wurde dann unter der Diagnose „Selbstmordversuch“ wegen Suicidgefährdung in die Psychiatrische Klinik weiterverlegt. Bei der Aufnahmeuntersuchung berichtete die Patientin, sie habe bei der Einnahme der Tabletten „nicht eigentlich“ an den Tod gedacht. „Ich wollte nur für eine Weile wenigstens den unerträglichen Schmerzen entkommen.“ Auf Fragen erklärt sie dann allerdings auch, daß die Schmerzen so quälend seien, daß sie notfalls auch den Tod in Kauf nehmen würde, um ihnen zu entgehen. So weit habe sie allerdings dabei nicht gedacht. Sie hätte „nur um jeden Preis erreichen wollen, daß die Schmerzen endlich aufhörten“.

*Fall 2.* Berta G. 58jährige Witwe. Unauffällige psychiatrische Vorgeschichte. Seit mehreren Jahren wegen einer fortgeschrittenen Osteochondrose der Wirbelsäule berentet. Durch dieses Leiden gelegentlich starke Rückenschmerzen. In den letzten Monaten erhebliche familiäre Spannungen wegen des senilen, querulatorischen Vaters. Wird nach Behandlung einer Schlafmittelintoxikation aus einem allgemeinen Krankenhaus in die Psychiatrische Klinik verlegt. Einweisungsdiagnose „Suicidversuch mit Schlaftabletten“. Bei der Aufnahme zeigt die Patientin keine Intoxikationszeichen mehr und berichtet, sie habe wegen ihrer Rückenschmerzen, vor allem aber wegen der Streitigkeiten mit dem Vater seit Tagen nicht mehr schlafen können und sei deshalb völlig am Ende gewesen. Sie hätte dann nur noch schlafen wollen, „um endlich einmal Ruhe zu haben, um mal eine Weile nichts zu sehen und zu hören“. Deshalb habe sie fünf Schlaftabletten (Noludar) und, als sie zunächst keine Wirkung verspürt habe, einige Minuten später noch einmal 15 Tabletten des gleichen Präparates eingenommen. Die Patientin gibt dann weiter an, daß sie schon seit Jahren 1–2 Tabletten Noludar zum Schlafen brauche, manchmal jedoch, vor allem, wenn sie Ärger gehabt habe, benötige sie mehr. Schon

einmal früher habe sie in ähnlicher Situation eine Überdosis genommen und sei damals 2 Tage in einem Krankenhaus gewesen.

Auf entsprechende Fragen erwidert dann die Patientin, der Gedanke an den Tod habe ihr fern gelegen („mit den paar Tabletten wäre das ja auch gar nicht gegangen“). Wenn sie sich allerdings jetzt überlege, dann müsse sie sagen, wenn sie nun doch an den Tabletten gestorben wäre, „dann würde es auch nicht weiter schlimm gewesen sein“.

Diese kurze Kasuistik, die sich allerdings aus dem Krankengut unserer Klinik beliebig erweitern ließe, erhellt schon hinreichend, welche Gruppe von Intoxikationen, und um solche handelt es sich ausnahmslos, wir hier anzusprechen suchen.

In allen Fällen handelt es sich um Menschen, die, ohne im medizinischen Sinne Medikamentenabusus zu betreiben, an den Umgang mit Medikamenten gewöhnt sind und, wie so viele Menschen unserer Zeit, vom Medikament mehr erwarten als Hilfe bei Erkrankungen, sondern darüber hinaus auch in Not- und Krisensituationen in ihm ihre Zuflucht sehen. Solche Hilfe wird von den Medikamenten nicht nur erhofft oder erwartet, sondern geradezu gefordert. (So überrascht es nicht, daß gerade dieser Kreis von Patienten seine körperlichen Schmerzen, Störungen oder Mißempfindungen nicht als Klagen, sondern im echten Sinne des Wortes als „Beschwerden“ äußert.)

Der Ausweg aus solchen Krisen, seien sie nun durch situative Schwierigkeiten oder körperliche Beschwerden bedingt, wird durch die Tablette gesucht und mit deren Hilfe ein Tiefschlaf angestrebt, eine Atempause, die jedoch so beschaffen sein soll, daß sie zwar nach einiger Zeit endet, aber nicht vor der Zeit beendet werden kann. Man will „einmal ganz abschalten“, „nichts mehr sehen und hören“, am besten für einige Zeit „einfach ganz weg sein“.

Verlangt wird im Grunde nach einem Tod auf Zeit, einer Unterbrechung des Lebensablaufes, von der man sich Erholung und Stärkung für das weitere Dasein erhofft. Man könnte hier einwenden, daß derartige Arzneimittelintoxikationen, die im Hinblick auf das Weiterleben erfolgen, nicht zu den Suicidhandlungen zu rechnen seien. In der Tat wurde auch von KESSEL, der ähnliche Fälle beschrieb, vorgeschlagen, sie als „Selbstvergiftungen“ („self-poisoning“) zu bezeichnen und so von den Suicidversuchen abzutrennen. Wir vermögen uns diesem Standpunkt nicht anzuschließen. Zwar wird bei diesen Patienten als Ziel nicht der Tod angestrebt, es wird auch nicht mit ihm hasardiert und ebenso wird auch nicht mit ihm gedroht, denn jegliches demonstrative Beiwerk pflegt hier zu fehlen, aber der Tod wird, eingestanden oder uneingestanden, als Möglichkeit, als eventuelles Risiko, nichtachtend in Kauf genommen. Wenn wir vorher darauf hingewiesen hatten, daß in diesen Fällen mehr als nur Schlaf angestrebt wird, sondern ein Tod auf Zeit, so könnte man weiterführend sagen, daß der Suicid zeitlich limitiert

stattfindet. Die Gefahr, daß er zum endgültigen wird, schätzten unsere Patienten gering. Wer aber sein Leben so wenig achtet, daß er bereit ist, es notfalls als Preis für einige Stunden eines medikamentös erzeugten Nirwana hinzugeben, ist unseres Erachtens als suicidgefährdet anzusehen. Aus einer solchen Haltung, die im Grunde nur einem ausgeprägten Taedium vitae entspringen kann, werden zu anderer Zeit und aus anderem Anlaß gezieltere suicidale Akte hervorgehen. Man wird also auch in solchen, wie den von uns beschriebenen Fällen, die auf den ersten Blick weit in den Randzonen suicidalen Verhaltens zu liegen scheinen, dennoch nicht jene prophylaktischen Maßnahmen vernachlässigen dürfen, wie sie bei anderen, eindeutigeren Suicidversuchen geboten sind.

### Literatur

- KESSEL, N.: The respectability of self-poisoning and the fashion of survival. *J. psychosom. Res.* **10**, 29 (1966).
- SCHMIDT, G. H., P. O'NEAL, and ROBINS: Evaluation of suicide attempts as guide to therapy. *J. Amer. med. Ass.* **155**, 549 (1954).
- STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. *Hdb. Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. III, S. 51. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1961.
- , and N. G. COOK: Attempted suicide. *Maudsley Monograph* 4, London: Chapman and Hall 1958.
- WEITBRECHT, H. J.: Selbstmordprophylaxe bei Jugendlichen. *Z. Präventivmed.* **10**, 458 (1965).
- Psychiatriische Fehldiagnosen in der Allgemeinpraxis. Stuttgart: G. Thieme 1966.

Dr. E. LUNGERSHAUSEN  
Univ.-Nervenklinik Bonn  
53 Bonn-Venusberg