

Die Bedeutung des suicidalen Absturzes bei Schizophrenen

Freerk Erichsen

Universitäts-Nervenklinik Tübingen (Direktor: Dr. Dr. h.c. W. Schulte †)

Eingegangen am 25. Mai 1973

Schizophrenics and the Significance of Their Suicidal Jumping

Summary. In 1965—1969 524 schizophrenics were treated in the psychiatric university hospital of Tübingen. 25.8% of the suicidal patients chose to jump from high places. Only male patients crashed down. The average age of those who crashed to death was 20 years, whereas the average age of the other suicidal schizophrenics was 28.4 years. Schizophrenics with suicidal attempts who tried to jump from high places were differentiated into three groups: 1. a schizophrenic main group whose violent fall was a sudden, unplanned reaction of anxiety and ecstasy with no intention of suicide, 2. a melancholic-schizophrenic group who planned a violent fall as a chosen method of selfpunishment with the intention of suicide, 3. a schizophrenic border group who planned their fall with various motives.

Key words: Schizophrenics — Jumping without Suicidal Intention — Jumping with Suicidal Intention.

Zusammenfassung. 524 Schizophrene wurden an der Tübinger Univ.-Nervenklinik im Zeitraum von 1965—1969 behandelt. Von den 85 suicidalen Patienten wählten 25,8% den Absturz. Die Abgestürzten waren ausschließlich Männer. Das Durchschnittsalter der tödlich Abgestürzten war 20 Jahre, während die übrigen suicidalen Schizophrenen einen Altersmittelwert von 28,4 Jahren aufwiesen. 3 Gruppen ergaben sich bei den Suicidversuchen durch Absturz: 1. eine schizophrene Kerngruppe, deren Absturz ungeplant, abrupt, als ängstlich-ekstatische Reaktion, ohne Suicidabsicht erfolgte, 2. eine schizophrene Gruppe mit depressiver Verstimmung („Mischpsychose“), deren Absturz geplant, als Sühnehandlung, mit Suicidabsicht erfolgte, 3. eine neurotisch akzentuierte schizophrene Randgruppe, deren Absturz geplant und verschieden motiviert erfolgte.

Schlüsselwörter: Schizophrene — Absturz ohne suicidal Absicht — Absturz mit suicidal Absicht.

Die erhöhte Mortalität von Schizophrenen, die etwa doppelt so hoch ist wie bei der Gesamtbevölkerung, ist „fast ausschließlich auf Suicide“ zurückzuführen (Lindelius u. Kay). Diese überraschende an statistischen Ergebnissen gewonnene Feststellung nötigt zu einer eingehenden Untersuchung der schizophrenen Suicidalität. Einem Aspekt, nämlich dem suicidalen Absturz, möchten wir uns im folgenden nähern, weil uns seine Häufigkeit wie auch seine Relevanz gerade für den Schizophrenen auffiel.

Von 524 Schizophrenen der Jahre 1965–69 aus der Univ.-Nervenklinik Tübingen begingen 6 Pat. Suicid, 50 unternahmen einen Suicidversuch und 29 äußerten Suicidgedanken (natürlich waren die tatsächlichen Suicidgedanken häufiger). Insgesamt handelte es sich um 85 Suicidale (16,2%). Dies stimmt etwa mit dem Ergebnis von Jantz überein, der bei 100 Schizophrenen von 1940–48 an der Psychiatrischen Klinik Freiburg 13,8% Selbstmordgefährdete fand.

Der Sturz aus der Höhe ist an sich, d. h. unabhängig von der Motivation oder diagnostischen Klassifikation, ein seltenes Selbstmordmittel. Dotzauer und Mitarbeiter untersuchten die Methoden des Selbstmordes der Hamburger Bevölkerung im Zeitraum von 1935–59: 3,0% der Männer und 5,0% der Frauen suicidierten sich durch Sturz aus der Höhe. Diese Zahlen stimmen mit denen aus den Vereinigten Staaten überein, wo von 1950–64 3,2% der Männer und 5,0% der Frauen sich auf diese Weise das Leben nahmen (übernommen von Stengel). Diese „harte“ (Bochnik) und den Charakter der Endgültigkeit tragende Suicidmethode ist nicht auf Schizophrenie beschränkt. Unter Ringels 50 eingehend beschriebenen Selbstmordfällen aus Wien (1953–57) fanden sich 6 durch Fenstersprung Suicidierte, davon 3 Neurotiker, 2 Melancholiker und 1 Paraphrener. Der Sturz aus der Höhe wird am ehesten von Psychotikern realisiert. Von 700 Selbstmordversuchen in den Jahren 1932–37 aus dem Münchner Raum versuchten sich 19 psychotische gegenüber 10 nichtpsychotischen Frauen, 5 psychotische gegenüber 3 nichtpsychotischen Männern durch Absturz das Leben zu nehmen (Schmidt).

Unsere Ergebnisse

A. Statistische Vorbemerkungen

22% der Schizophrenen mit Suicidversuch und 25,8% der suicidalen Schizophrenen (SM, SV, SG¹) wählten den Absturz. Im Gegensatz zu den Suicidgedanken über Absturz, die überwiegend von Frauen geäußert wurden, fällt auf, daß sich unter den Suicidversuchen durch realisierten Absturz ausschließlich Männer befanden. Diese Beobachtung überrascht insofern, als Schmidt, Dotzauer und andere ein Überwiegen der Frauen bei den Abgesprungenen feststellten. Allerdings geht aus ihren Mitteilungen nicht hervor, ob unter diesen Schizophrenen waren. Zu Tab. 3 ist bemerkenswert, daß „weiche“ Suicidmethoden (wie Schlafmittel und Gas) der Umwelt gegenüber nicht geäußert wurden. Die „harten“ und durch ihre Dramatik unmittelbar alarmierenden Methoden wurden vorgezogen.

In diagnostischer Hinsicht überwogen bei den Patienten, die den Absturz in suicidalen Absicht erwähnten (SG_{Absturz}), die chronischen

¹ SM = Selbstmord; SV = Selbstmordversuch; SG = Selbstmordgedanken.

Tabelle 1. Suicide

Methode	Männer	Frauen	insgesamt
Absturz	2	—	2
Strangulation	2	—	2
Gas	—	1	1
Sonstige	1	—	1
Summe	5	1	6

Tabelle 2. Suicidversuche

Methode	Männer	Frauen	insgesamt
Absturz*	8	3	11
Schlafmittel	8	9	17
Schnittverletzung	5	4	9
Strangulation	—	3	3
Gas	1	2	3
Sonstige	2	5	7
Summe	24	26	50

* In dieser Gruppe sind die Pat. enthalten, die — im Begriff des Absprungs — gerade noch zurückgehalten werden konnten (3 Frauen) und die Pat., die den Absprung realisiert haben (8 Männer).

Tabelle 3. Geäußerte Suicidgedanken

Methode	Männer	Frauen	insgesamt
Absturz	3	6	9
Schlafmittel	—	—	—
Schnittverletzung	—	1	1
Strangulation	—	2	2
Gas	—	—	—
Vor den Zug werfen	1	1	2
Erschießen	2	—	2
Ohne Angaben	2	11	13
Summe	8	21	29

Tabelle 4. Diagnosen

	beg. Schiz.	schiz. rez. 2.—5. Schub	dabei depr. Verstimm.	insges.
SM _{Absturz}	2	—	—	2
SM	3	1	1	4
SV _{Absturz}	8	3	3	11
SV	28	11	12	39
SG _{Absturz}	3	6	2	9

Schizophrenen, während die Patienten mit realisiertem oder aufgehaltenem Absprung (SV_{Absturz}, vgl. Anm. ^a, S. 353) überwiegend an einer beginnenden Schizophrenie litten. Insofern stimmt SV_{Absturz} mit den übrigen Suicidversuchen überein (SV). Die erhöhte Selbstmordgefährdung incipienter Schizophrener ist ein bereits von Gruhle beschriebenes bekanntes Phänomen. In einigen Fällen war überdies bei unserem Kollektiv eine depressive Komponente wirksam.

Bemerkenswert ist in unserem Untersuchungsgut das jugendliche Alter der tödlich abgestürzten Schizophrenen. Während sich die übrigen suicidalen Schizophrenen um einen Altersmittelwert von 28,4 Jahren gruppieren, beträgt das Durchschnittsalter der tödlich Abgestürzten 20 Jahre. Erwartungsgemäß überwiegen in allen Gruppen die ledigen Schizophrenen.

B. Die Motivation

Im folgenden werden insbesondere die 8 Patienten mit realisiertem Absturz, die sämtlich erhebliche Verletzungen erlitten, und die beiden tödlich abgestürzten Schizophrenen berücksichtigt.

Fall 1 (Nr. 476/68). Günter H., 26 J., kaufm. Angest., led., Vater: Schizoider Sektierer, Bruder: schizophren. 1 Jahr vor SV: Leistungsabfall, zunehmende Abkapselung, Angst vor Freimaurern, Schuldgefühle wegen Protest gegen Vater. Er stünde im Kampf gegen den Teufel wie Michael gegen den Drachen. Tage vor SV: Er verließ einer inneren Stimme folgend das Elternhaus und sang selbstkomponierte geistliche Lieder. Am Tag des Sprungs: Eine Stimme sagte ihm, er solle sich in Gottes Arme werfen. Er sprang vom 2. Stock des Elternhauses. Bei der folgenden stationären Aufnahme lachte er unmotiviert, wirkte zerfahren, grimassierte (Diagn.: Paranoid-halluz. Schizophrenie 1. Schub).

Fall 2 (Nr. 40/69) Paul B., 31 J., Hilfsarbeiter, led. In den Wochen vor SV war er ängstlich-mißtrauisch, zurückhaltend, litt unter Appetitlosigkeit und Schlafstörungen, insgesamt ein Zustand, wie er ihn bereits 6 Monate zuvor erlebt hatte. 3 Tage vor SV: Er sah Gestalten und Gesichter, die ihn bedrohten. Stimmen sprachen zu ihm. Viele Leute hätten ihn nicht gern und wollten ihn töten. Am SV-Tag: Im Unterzeug lief er auf die Straße und betete, damit die bösen Geister von ihm abließen. Zurück im Zimmer glaubte er, die Geister hätten ihn in der Hand. Voller Angst sprang er aus dem Fenster (4 m hoch). Diagn.: Beginnende paranoide Schizophrenie).

Fall 3 (1549/69). Walter St., 38 J., Rentner, led., schizophrene Erkrankung mit 22 J. Jetzt erneuter Schub mit Grimassieren, Katalepsie und Aggressionen. Ängstlich, mißtrauisch, schlechter Schlaf. Zu Hause umarmte er seine Tante, dachte aber gleichzeitig, daß er sie umbringen würde. Er stürzte sich vom 2. Stock zu Boden. (Diagn.: Chron. paranoide Schizophrenie).

Fall 4. (Nr. 2236/67). Eckard P., 23 J., abgebrochene Ausbildung als Goldschmied, led., Bruder des Großvaters väterlicherseits schizophren. Ersterkrankung mit 18 J., insbesondere mit Antriebsstörungen. Nach dem Abitur (20 J.) fast jährliche Schübe mit maniformer Symptomatik. Religiöse Vorstellungen mit Rein-

heitserfordernissen spielten eine Rolle. Die Motivation seines Fenstersprungs aus 7 m Höhe ist unbekannt. Später: Selbstkastration, Befürchtung, die Menschen hätten zu wenig Luft zum Atmen. (Diagn.: Chron. paranoide Schizophrenie).

Die Motivation zum Absturz der Schizophrenen bleibt uns letztlich verschlossen. Dennoch sei eine Hypothese versucht. Gemeinsam ist den Fällen 1 bis 4 die mit Angst verbundene paranoide Symptomatik. Die Angst ist derart bedrohlich, daß der Patient nach ihrer unmittelbaren Kupierung drängt. Der Fenstersprung ist das Nächstliegende, ist sofort und ohne Hilfsmittel durchführbar. Er bedarf keiner Vorbereitung und bietet sich an. Im höchsten Affektdruck der Angst sind Urteils- und Einsichtsfähigkeit blockiert. Die autoprotektiven Kräfte versagen. Der Abgrund hat sein Grauen verloren und gewinnt gegenüber der vernichtenden Angst den positiven Aspekt der Erlösung — eine Verkehrung der Werte und Maßstäbe, zugleich aber ein Maß für den entsetzlichen Angstdruck der Patienten.

Das gähnende und verschlingende Wesen des Abgrunds ist überdeckt. Statt zerstörerischer Tiefe wird in ihm Freiheit erkannt, die Möglichkeit, sich über Druck und Angst des Irdischen zu erheben, sich in das Überirdische, „in die Arme Gottes“ (Fall 1) zu werfen. Das unerträgliche Angstgefühl weicht einem Glücksgefühl, das trägt und beflügelt. Auf den passiv erlittenen Einbruch der Welt, die ihm auf den Leib rückt, selbst sein Innerstes okkupiert, ihn beeinflußt und beeinträchtigt, weil er sich ihr gegenüber nicht ergrenzen kann, antwortet der Schizophrene mit dem aktivischen Ausbruch in die Welt, mit Gedankenausbreitung und Größen-erlebnissen unter Vernachlässigung raum-zeitlicher-geschichtlicher Grenzen. So berichtete ein Schizophrener, er könne mit Riesenschritten durch die Luft fliegen in einem eigenartigen schwebenden Zustand². Analogien finden sich in den sog. Flugträumen — von denen Freud berichtet —, die Balint treffender noch als „Schwebeträume“ bezeichnet, weil sich die Fortbewegung in ihnen auf leichteste Weise, schwerelos, vollziehe. Beide sehen in ihnen eine Wiederholung der frühesten Mutter-Kind-Beziehung. Es geht dabei um das Gefühl der freundlichen objektlosen Weiten (Balint) (vgl. deren Rudimente in den menschlichen Urträumen, fliegen zu können, Kontinente und Ozeane zu durchqueren, in das Weltall zu stoßen). Vergrößerungs- und Omnipotenzphantasien werden aktiviert wie im primär-narzißtischen Stadium. Die „Angst verschwindet, wenn das Objekt im primär-narzißtischen Sinne Züge des elementar Diffusen annimmt“, wie im Falle des Fliegenden die Luft, und weicht einem

2 „Ich habe so ein Leichtigkeitsgefühl, als würde ich in Zeitlupe auf den Mond schweben. Es ist eigenartig, daß ich einmal beim Zahnarzt war, bei ihm aus dem Fenster sprang und heil mit den Beinen aufkam. Vielleicht hat mich jemand in der Luft gehalten“ (auch hier also das Schwebefühl als Reaktion auf vorhergehende Angst).

„ozeanischen“ Gefühl. „Die reale Gefahr, die einem Verhaftetsein an solche unbewußte Phantasien und dem Versuch ihrer Verwirklichung drohen, stellt die Vernichtung der menschlichen Existenz durch Abstürze . . . dar“ (Argelander).

Das Schweben trägt andererseits aber auch den Sinngehalt des Bodenlosen, Unständigen. Es entbehrt der sicheren Standfläche. Der tragende Grund hat „in der Grenzsituation am Abgrund seine sichernde und bergende Kraft“ verloren (Zutt). Die Rang- und Wohnordnungen sind zerrüttet, die Abgründe in der Entordnung werden aufgerissen, die Grenzsituation erhält einen unverkennbar ängstigenden Aspekt. Entsprechend äußerte sich ein Schizophrener: „Die Erde hat sich praktisch geöffnet wie ein Schlund, so daß die ganze Menschheit untergeht. Ich meinte, daß ich in einen Abgrund rase.“ Ein anderer: „Ich hatte das Gefühl, als würden sich in mir dunkle Schächte auftun . . . ich habe innere Aufbrüche erlebt.“

Wie ich an anderer Stelle im einzelnen ausführte, schützt sich der Schizophrene vor der selbstvernichtenden Ohnmacht mit dem selbstbestätigenden Gefühl der Allmacht. Eine Mischung dieser Zustände scheint ebenso wie beim „inneren“ Absturz beim äußeren Absturz wirksam. Um so mehr wird der Schizophrene in einer solchen inneren Verfassung zu „Kurzschluß“-Reaktionen neigen, als er „ein unvorbereitet Betroffener“ und darum Ratloser ist (Weitbrecht).

Eine Planung geht nicht voraus. Hierin unterscheiden sich die spontanen Abstürze der Schizophrenen mit Angstraptus von den geplanten Abstürzen (z. B. von hohen Türmen) anderer Kranker.

Fall 5 (Nr. 1097/68). Adolf St., 40 J., verh., Vorarbeiter. Er habe den letzten Weltkrieg verursacht. Darum trage er Gott gegenüber eine schwere Schuld. Er müsse sich das Leben nehmen, um seine Familie davor zu bewahren, durch ihn in Not zu kommen. Er habe einen Druck in der Gehirnschale gespürt und das Gefühl gehabt, er sei nicht mehr ganz da. In der letzten Woche vor dem Absturz: 2 Nächte zog er sich allein zurück in sein Wochenendhaus und las in der Bibel, um so von seiner Schuld loszukommen. Diffuse Wahneinfälle, Kritiklosigkeit, inadäquates Verhalten. Tag des SV: Bis dahin hatte Pat. regelrecht gearbeitet. Jetzt sollte er Urlaub bekommen. Kurz wollte er noch in die Stadt, um einen Handwerker zur Hausreparatur zu bestellen. Auf dem Wege dahin sprang er vor den Augen von Passanten von einer vor 2 Tagen eingeweihten Brücke. (Diagn.: Mischpsychose).

Fall 6 (Nr. 2035/67). Klaus B., Oberschüler, Einzelkind, 18 J., Bruder des Vaters schizophren. Mutter-Sohnverhältnis: allzu symbiotisch, Vater: passiv. Seit 1½ Jahren litt B. unter Schlafstörungen, verstärkter Selbstbeobachtung, Leistungsnachlaß und zeitweisen Angstzuständen mit depressiver Verstimmung. Auf Grund einer inneren Stimme, die zu ihm gesprochen habe, meinte er, einen bestimmten Auftrag zu haben. Kurz vor SV: Er fühlte sich der unvergeblichen Sünde wider den Hl. Geist schuldig, äußerte seinen Eltern gegenüber wiederholt Suicidabsichten. Am SV-Tag: Nachdem B. aus der Schule kam, sprang er vom Balkon des Elternhauses, 1. Stock. (Diagn.: Depressiv gefärbte blande verlaufende Schizophrenie).

In den letzten beiden Fällen ist die depressive Verstimmung ausschlaggebend. Die Pat. sehen sich beide von einer unerträglichen Schuld belastet, von der sie sich offenbar durch Absturz lösen wollen. Es ist die Frage, inwieweit sie sich damit selbst bestrafen wollen bzw. diese Handlung als Entsühnung auffassen. Für dieses Verständnis spricht die Tatsache, daß bei diesen Suicidversuchen durch Absturz die Umwelt eine Rolle spielt, quasi als Zeuge und Bestätiger der Gültigkeit ihrer Sühnehandlung. Der eine stürzte sich vor den Augen von Passanten hinunter, der andere tat diesen Schritt erst nach wiederholter Vorinformation seiner Eltern.

Fall 7 (Nr. 1207/66). Dieter E., 26 J., stud. rer. pol., led., Ältester von 3 Geschw. Seinen Vater lernte er mit seinem 11. Lebensjahr kennen. Während die Mutter ihn verwöhnte, gab es erhebliche Spannungen mit dem Vater. Einmal wurde Pat. derart von seinem Vater geschlagen, daß dieser sich dabei den Arm brach. Als Student war Pat. einer der kenntnisreichsten. Er neigte zu alkoholischen und sexuellen Exzessen. Vor dem Staatsexamen, das er bereits 2mal aus Angst verschoben hatte, verlor er sich zwanghaft in Details, verfiel ganz dem Alkohol, so daß ihn seine Eltern nach Hause nahmen. Dort bezeichnete er sich als Bundeskanzler und wollte den Arzt hinrichten lassen. Von den Eltern in seinem Zimmer zur Alkoholabstinenz eingeschlossen, stürzte er sich vom Dach des Elternhauses. In der Klinik fielen seine Vergiftungsideen und seine affektive Verödung auf. (Diagn.: Metalkoholpsychose, beginnende Schizophrenie).

Fall 8 (Nr. 1030/65). Immanuel Pf., 36 J., Postschaffner, led., asthenisch-empfindsame Persönlichkeit, latente Homosexualität. Als 2. von 3 Kindern (noch 2 Schwestern) hatte er ein enges Verhältnis zur Mutter, die unter Eifersuchtsideen litt. Er konnte ihr nicht widersprechen. 1 Jahr vor SV: Er habe einen schweren Schock erlitten, als beim Fasching ein als Frau verkleideter Mann mit ihm tanzte. Seitdem menschenscheu, gehemmt, bezog ungezielte Äußerungen anderer auf sich. Die Nächte vor dem SV litt er unter Schlafstörungen, er sagte: „Ich habe den Teufel in mir. . . Es kam mehrmals vor, daß etwas wie eine Stimme zu mir sagte: Gas oder spring. . . Ich hatte ein merkwürdiges Gefühl im lk. Auge. Es hat mit dem Mann werden zu tun. Ich bin kein rechter Mann mehr“. Er betrachtete sich merkwürdig häufig im Spiegel. Gegen seine sonstige Gewohnheit las er abends in der Bibel und meinte: „Ich will es jetzt mit dem Glauben versuchen“. Am Abend des SV traf er ein befreundetes Ehepaar. Die Frau legte scherzhaft ihren Arm um ihn und sagte: „Am nächsten Wochenende mußt du zu uns als Gast kommen“. Pat.: „Dann bin ich nicht mehr da“. Danach ging er aus dem Zimmer und stürzte sich in die Tiefe. (Diagn.: Beginnende Schizophrenie, latente Homosexualität.)

In Fall 7 und 8 kommt der Schizophrenie beim SV nur eine Teilsache zu. Als ausschlaggebende Motivation ist im Fall 7 der Erregungszustand bei Alkoholentzug und im Fall 8 die als abartig erlebte homosexuelle Veranlagung erkennbar. Entsprechend der veränderten Motivation ist auch die präsuicidale Einstellung eine andere wie in Fall 1 bis 4. Es handelt sich nicht mehr um die abrupte, ungeplante, raptusartige Suicidhandlung des wesentlich durch die schizophrene Symptomatik Bestimmten, sondern um die vom Pat. vorangekündigte Verzweiflungs-

tat (Fall 8) und um die von einem Kundigen vorhersehbare Notreaktion (Fall 7). Von den vorliegenden Fällen her ergeben sich also drei Gruppen:

1. eine schizophrene Kerngruppe, Absturz erfolgt: ungeplant, abrupt, als ängstlich-ekstatische Reaktion, ohne Suicidabsicht;
2. eine schizophrene Gruppe mit depressiver Verstimmung („Misch-psychose“), Absturz erfolgt: geplant, als Sühnehandlung, mit Suicidabsicht;
3. eine neurotisch akzentuierte schizophrene Randgruppe, Absturz erfolgt: geplant, verschieden motiviert.

Vorherige Suicidgedanken wurden allein von den beiden depressiven Schizophrenen (Fälle 5 und 6) — einer von ihnen hatte überdies bereits einen Suicidversuch ausgeführt — und von den deutlich neurotisch akzentuierten Schizophrenen (Fälle 7 und 10) geäußert. Bei den hauptsächlich durch die schizophrene Symptomatik Motivierten (Fälle 1 bis 4) fehlten hingegen vorher sowohl Suicidgedanken wie Suicidversuche. Das bestätigt unsere obige Annahme, daß der Sprung der schizophrenen Kerngruppe nicht aus suicidalen Absicht heraus zu verstehen ist, sondern einen Akt ihrer ängstlich-ekstatischen Erregung darstellt. Deshalb setzen wir bei ihnen Suicidversuch in „...“. Diese Einsicht ist insofern klinisch belangvoll, als der schizophrene Impetus zum Absturz schwerlich vorhersehbar ist, während bei den depressiv oder neurotisch Gestörten eher eine Vorankündigung zu erwarten ist.

Am deutlichsten ist bei den tödlich Abgestürzten in der Suicidhandlung eine Konsequenz ihres bisherigen Lebens zu erkennen. Sie planten ihren Absturz, um ihrem Leiden ein Ende zu setzen. (Wir ordnen sie Gruppe 3 zu).

Fall 9 (Nr. 1959/68). Wolfgang R., 24 J., cand. rer. nat., led., Vetter und Cousine mütterlicherseits schizophren, Pat. war zweitjüngster von 5 Geschwistern. Zeitlebens rang er bei seiner Umwelt, insbesondere bei seinem Vater, um Anerkennung. Er litt unter „seinem Vogelgesicht“. Mit 8 Jahren äußerte er nach einer Auseinandersetzung mit seinem Vater erste Suicidgedanken, später aus gleichem Anlaß immer wieder. 4½ Wochen vor dem Suicid Aufnahme in der Klinik: Seine Eltern sollten sich glücklich preisen, denn er sei Christus. Bedeutungserlebnis, Gedankenentzug. 4 Tage vor dem Suicid: „Meine Eltern tun nichts, als mich mit ihrem Nichtverstehen wollen zu quälen. Darum möchte ich nicht mehr leben“. 2 Tage vorher: „Warum will mir keiner von der Familie glauben“? Der Todessturz erfolgte im Beisein der Mutter vom Dachstock der Klinik mit einem Kopfsprung. (Diagn.: 1. Schub einer Schizophrenie).

Fall 10 (Nr. 1779/65). Volker O., 16 J., Lehrling, Tante der Mutter geisteskrank, Einzelkind. Von jeher leicht erregbar, sensitiv, Sonderling. Als sein Vater 4 Jahre zuvor starb, konnte er dessen Tod nicht verwinden und begab sich in die Behandlung eines Psychologen. Wegen affektiver Unausgeglichenheit und unmotivierter Aggressionshandlungen wurde er seit seinem 14. Lebensjahr nervenärztlich betreut. ½ Jahr vor dem SM ging er in die Lehre als Orthopädie-Mechaniker. 3 Monate

vor dem SM erfolgte die stationäre Aufnahme wegen Lustlosigkeit, Suiciddrohungen (wollte sich vergiften) und Gewalttätigkeit gegen seine Mutter. Er glaubte sich von Tonbändern abgehört. Gedankenabreißen, paralogische und sprunghafte Gedankenfolge. Während der Behandlung mit einer großen Insulinkur drängte er stereotyp nach Hause. Er meinte, die Ärzte wollten ihn ausbeuten und „verpillen“. Über seine Mutter äußerte er: „Es ist grausam, eine solche Mutter zu haben, sie hat mich nicht mit heimgenommen“. 8 Tage vor dem Suicid: Seine Psychomotorik war immer noch starr. Mehrmals am Tag drang er in das Arztzimmer und wiederholte seinen Entlassungswunsch. 1 Tag vor dem Suicid: Seine Mutter kam zu Besuch. Am Nachmittag des Absprungs löste er sich nach der Beschäftigungstherapie unbemerkt von der Gruppe, hielt sich 4 Stunden im Dachstock versteckt und stürzte sich dann vom dortigen Bagerüst in die Tiefe. In der chirurgischen Klinik erlag er 10 Tage danach seinen multiplen Verletzungen (Diagn.: Beginnende Schizophrenie).

Bei keinem der erwähnten Fälle kann man derart von einer Entwicklung der Suicidalität wie in Fall 9 und 10 sprechen. Die ersten Suicidabsichten werden von Wolfgang R. bereits in der Kindheit nach einer Frustration durch seinen Vater geäußert. Die neurotische Fixierung an den Vater und der Verlust dieses Primärobjekts — im Fall 10 der reale Verlust, in Fall 9 der Liebesverlust — führen in beiden Fällen zur Dekompensation. Die präsuicidale Verfassung beider ist bestimmt von dem der Verlustangst folgenden Gefühl des totalen Unverstandenseins. Das Gefühl der Fremdausstoßung zieht die Selbstaustoßung nach sich, deren Konsequenz der Suicid bedeutet. So wird der Suicid vorbereitet und geplant. Die größtmögliche Höhe wird ausgesucht (vgl. Tab.5), um den tödlichen Erfolg zu sichern.

Tabelle 5

	Elternhaus	Klinik	1. od. 2.Stock	4. Stock
SV _{Absturz}	6	—	7	—
SM _{Absturz}	—	2	—	2

C. Die Situation nach dem Absturz

Die Kranken der schizophrenen Kerngruppe gewannen tatsächlich eine vorläufige Befreiung von ihrer akuten Angst, sei es durch den „Schock“ des Sprungs, sei es durch die Zentrierung ihrer Aufmerksamkeit auf die multiplen Frakturen, sei es durch die vermehrte Zuwendung der Umgebung. G. H. (Fall 1) meinte: „Jetzt ist es mir klar“, er sehe hindurch. P. B. (Fall 2) jetzt hoffnungsvoll: Es komme die Zeit, wo ihn die Geister freilassen würden. W. St. (Fall 3) suchte Kontakt zur Umwelt, obwohl er noch deutlich paranoid war. E. P. (Fall 4) fühlte sich nach dem Sturz entspannt.

Weniger Erleichterung bedeutete der Sprung für die depressiven Schizophrenen. Während die depressive Verstimmung im 5. Fall un-

vermindert anhielt, fühlte sich K. B. (Fall 6) für 3 Tage etwas wohler. 6 Wochen danach schwankte er jedoch, ob er nicht erneut aus dem Fenster springen sollte.

Unterschiedlich war die Reaktion der 3. Gruppe. D. E. (Fall 7) trank weiter reichlich Alkohol, entwickelte Wahnideen und verflachte zunehmend. I. Pf. (Fall 8) hingegen äußerte kritisch, ihm sei seine Handlungsweise unverständlich.

Literatur

- Argelander, H.: Der Flieger. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1972
 Balint, M.: Angstlust und Regression. Stuttgart: Klett 1959
 Bochnik, H. J.: Verzweiflung. In: Randzonen menschlichen Verhaltens. Festschr. f. H. Bürger-Prinz. Stuttgart: Enke 1962
 Dotzauer, G., Goebels, H., Legewie, H.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Münch. med. Wschr. 105, 873—981 (1963)
 Erichsen, F.: Bemerkungen über das sogenannte „religiöse“ Erleben des Schizophrenen. Nervenarzt (im Druck)
 Freud, S. (1900/01): Die Traumdeutung. Über den Traum. Ges. Werke Bd. II u. III. London: Image 1942
 Gruhle, H. W.: Selbstmord. Leipzig: Thieme 1940
 Jantz, H.: Schizophrenie und Selbstmord. Nervenarzt 22, 126—133 (1951)
 Lindelius, R., Kay, D.: The prognosis in schizophrenia with special regard to mortality. Vortrag a. 2. Schiz.-Sympos. Weissenau 1973
 Ringel, E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Wien: Hollinek 1961
 Schmidt, G.: Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen. Nervenarzt 11, 353—358 (1938)
 Stengel, E.: Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. In: Selbstmordverhütung (Ed. E. Ringel). Bern: Huber 1969
 Weitbrecht, H. J.: Ekstatische Zustände bei Schizophrenen. In: Beiträge zur Ekstase (Ed. Th. Spoerri). Basel-New York: Karger 1968
 Zutt, J.: Über Daseinsordnungen. Nervenarzt 24, 177—187 (1953)

Dr. Freerk Erichsen
 D-7400 Tübingen
 Nervenklinik der Universität
 Osianderstr. 22
 Bundesrepublik Deutschland