

Zum Problem der „Ernsthaftigkeit“ von Suizidversuchen*

A. Torhorst, C. Wächtler und H. J. Möller

Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München
(Direktor: Prof. Dr. H. Lauter), Möhlstrasse 26, D-8000 München 80,
Bundesrepublik Deutschland

On the ‘Seriousness’ of Attempted Suicides

Summary. In 15.3% of 295 hospitalized suicide attempters (94% with intoxication) severe intoxication that would have had a lethal outcome without medical treatment was significantly associated with previously described factors characterizing persons who committed suicide. A strong death wish (47.3%), as judged by physicians, was highly associated with almost the same factors. A high degree of physical harm and a firm intention to die correlated significantly with the intensity of care during hospitalization and after discharge from the emergency unit.

Key words: Suicide attempters – “seriousness” of suicide attempt – Degree of intoxication – Death wish – Aftercare

Zusammenfassung. Für eine Stichprobe von 295 Patienten nach einem Suizidversuch – in 94% durch Intoxikation – zeigte das Merkmal einer schweren, ohne ärztliche Hilfe tödlich verlaufenden Vergiftung (15,3% der Gesamtstichprobe) signifikante Zusammenhänge zu Charakteristika, die in der Literatur bei Suizidenten gehäuft gefunden wurden. Die Einschätzung eines starken Sterbewunsches der Patienten (bei 47,3%) durch die Untersucher zeigte signifikante Zusammenhänge zu weitgehend den gleichen Merkmalen der untersuchten Population. Eine schwere Vergiftung sowie eine als hoch eingeschätzte Sterbeintention wiesen deutliche Zusammenhänge zu der während des stationären Aufenthaltes erfolgten und für die anschließende Weiterbehandlung vorgeschlagene Betreuung auf.

Schlüsselwörter: Patienten nach Suizidversuch – „Ernsthaftigkeit“ eines Suizidversuchs – Vergiftungsgrad – Sterbeintention – Nachbetreuung

Sonderdruckanforderungen an: A. Torhorst

* Diese Arbeit entstand im Rahmen der Vorbereitung eines vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Forschungsprojektes zur Evaluation von Nachbetreuungsmöglichkeiten für Patienten mit Suizidversuch

Einleitung

Es sind bereits viele Versuche unternommen worden, Kriterien für die Beurteilung der „Ernsthaftigkeit“ eines Suizidversuchs aufzustellen, um daraus ggf. Schlüsse auf eine weiterbestehende oder spätere Suizidgefährdung zu ziehen (z. B. Ringel 1953; Robins et al. 1959; Dorpat und Ripley 1960; Ettlinger 1964; Ovenstone 1973; Barraclough et al. 1974; Motto und Heilbron 1976). Eine überzeugende Eindeutigkeit konnte bisher nicht erreicht werden.

Während einerseits beschrieben wird, daß der Grad der Lebensbedrohung durch die Art des Suizidversuchs kein Maß für den Grad der Selbsttötungsabsicht darstellt (Stengel 1964; Greer und Bagley 1971; Buglass und Horton 1974; Morgan et al. 1976), wurden von anderen Autoren signifikante Zusammenhänge zwischen dem Merkmal „schwere Vergiftung“ und solchen Charakteristika gefunden, die gehäuft bei vollendeten Suiziden zu beobachten sind (Dorpat und Boswell 1963; Kockott et al. 1970; Rosen 1976; Beck et al. 1976; Möller und Werner 1979; Pierce 1981). Auf die Notwendigkeit der Hinzuziehung dieser auf operationalen Definitionen beruhenden Kriterien für die Beurteilung der „Ernsthaftigkeit“ suizidalen Verhaltens wurde hingewiesen, da die Aussage des Patienten über das Ausmaß des Sterbewunsches oft verfälscht zu sein scheint durch Scham über einen manipulativen Akt, Angst davor, daß er nicht aus dem Krankenhaus entlassen wird, Angst vor der Erinnerung an die Gefühle zum Zeitpunkt des Suizidversuchs (Pierce 1977).

Bewertungen der Sterbeintention durch den Arzt wurden bisher nur in Kombination mit Merkmalen des Suizidarrangements zur Einschätzung der „Ernsthaftigkeit“ eines Suizidversuchs bzw. der Suizidgefährdung eines Patienten herangezogen (Tuckman und Youngman 1963, 1968; Motto 1965; Rosen 1970, 1976; Beck et al. 1976; Pierce 1981), der Zusammenhang allein dieser Einschätzungen mit suizidrelevanten Charakteristika wurde bisher nicht geprüft.

Im folgenden sollen zum einen die Befunde zur „Ernsthaftigkeit“ geprüft werden, wobei die vitale Gefährdung als objektives Kriterium der „Ernsthaftigkeit“ gewertet wurde (Teil 1). Zum anderen soll die Bedeutung der Angaben des Patienten zum Suizidrisiko und der Beurteilung der Suizidintention durch den Arzt sowie deren Zusammenhang mit der vitalen Gefährdung und anderen suizidologisch relevanten Daten untersucht werden (Teil 2). In einem dritten Teil wird der Zusammenhang zwischen diesen Bewertungen und der dann erfolgten Betreuung der Patienten nach einem Suizidversuch dargestellt.

Methodik

Es wurden die Daten von insgesamt 295 Patienten der Toxikologischen Abteilung der II. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München erhoben¹. Die Patienten wurden nach einem Suizidversuch stationär behandelt, in der Regel 1–3 Tage. Die Daten wurden zwischen dem 1.1.1980 und 31.12.1980 konsekutiv erhoben. In der Zeit von Mai bis Oktober 1980 wurde entweder jeder zweite Patient oder kein Patient dokumentiert, weil jeweils lediglich ein Untersucher für die Versorgung der Patienten zur Verfügung stand und

¹ Herr Prof. Dr. M. v. Clarmann und seinen Mitarbeitern sei für ihre Unterstützung herzlich gedankt.

die zeitliche Belastung durch die verlängerte Anamnese und Datensammlung zu groß war. Durch diesen Modus wurde etwa die Hälfte der insgesamt ca. 600 Patienten nach einem Suizidversuch des Jahres 1980 erfaßt. Nach klinischer Erfahrung und – allerdings statistisch nicht überprüfem Eindruck – unterschieden sich die Patienten der Stichprobe nicht wesentlich von den Nichtdokumentierten.

Es handelt sich bei der Stichprobe um 35% Männer und 65% Frauen. 17,8% der Patienten waren in der Altersgruppe 14 bis 20 Jahre, 56,6% in der Altersgruppe 21 bis 40 Jahre, 19,5% 41 bis 60 Jahre, über 60 Jahre 5,6%. 46,5% waren ledig, 33,0% verheiratet, 5,5% verwitwet, 13,9% geschieden. Diese Verteilung entspricht den für vergleichbare internistische Intensivstationen angegebenen Daten (Kockott et al. 1970; Sainsbury 1975; Kreitman 1977; Möller et al. 1978).

Die Erhebung der Daten erfolgte in einem semistrukturierten Gespräch; sie wurden anschließend in einem Fragebogen mit 64 Items codiert. Das Gespräch fand in aller Regel 1–2 Tage nach dem Suizidversuch statt.

Die Untersucher waren vier Ärzte in Weiterbildung zum Arzt für Psychiatrie mit unterschiedlich langer Erfahrung im Bereich der Psychotherapie, Psychiatrie und der Suizidentenversorgung. Der größte Teil der Patienten wurde von zwei Autoren (A.T. und C.W.) untersucht. Die statistische Überprüfung ergab, daß die Patienten einen hinsichtlich sozialer Basisdaten – Geschlecht, Alter – und Suizidgefährdung in etwa gleich über die Untersucher verteilt waren, zum weiteren z. B. hinsichtlich des Sterberisikos von allen Ärzten in ähnlicher Verteilung vergleichbar eingeschätzt wurden.

Es wurde darauf geachtet, daß der Patient bewußtseinsklar war. Die Fragen bezogen sich auf die Bereiche: 1. Soziodemographische Daten (15 Variablen), 2. Suizidarrangement (7 Variablen), 3. Präsuizidale Situation (9 Variablen), 4. Biographie (16 Variablen), 5. Psychopathologischer Befund (6 Variablen), 6. Diagnostische Beurteilung (2 Variablen), 7. Interventionen durch den psychiatrischen Konsiliararzt (5 Variablen), 8. Prognose (4 Variablen). Die Intoxikationstiefe wurde durch die Internisten aufgrund der 5stufigen (Reed-)Skala beurteilt (v. Clarmann 1980). Vereinfacht bedeutet Reed 1 bis 3, daß der Patient die Intoxikation ohne ärztliche Hilfe überlebt hätte, Reed 4 bis 5 besagt, daß der Patient ohne ärztliche Hilfe wahrscheinlich gestorben wäre. Die Verteilung der Patienten in den einzelnen Gruppen war: Reed 1 bis 3: $N=245$, Reed 4 bis 5: $N=45$.

Es wurden Häufigkeitsunterschiede der genannten Variablen zwischen verschiedenen Subgruppen berechnet. Die Überprüfung der statistischen Signifikanz erfolgte mit dem chi-Quadrat-Test bei zweiseitiger Fragestellung. Bei Mehrfeldertafeln wurde die Signifikanz durch Testung einer Variablen gegen alle anderen errechnet. Die im folgenden angegebenen Zahlen beziehen sich auf die Patienten, von denen die jeweiligen Daten gewonnen wurden².

Ergebnisse

1. Beziehung zwischen Intoxikationsstufe und suizidrelevanten Merkmalen

1.1. Soziodemographische Daten. Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Vorhandensein von Kindern, Konfessionszugehörigkeit, Schul- und Berufsausbildung sowie berufliche Stellung und kriminelle Delikte waren gleich oder weitgehend gleich auf die beiden Gruppen von schwerer und leichter Intoxikation verteilt. In der Altersverteilung (Tabelle 1) zeigte sich, daß ältere Patienten (Patienten im Alter von 40 Jahren und darüber) in der Gruppe der schwerer Intoxikierten überrepräsentiert waren: 46,7% gegenüber 22,0% leicht Intoxikierten ($P<0,001$). Ledige (Tabelle 2) waren unterrepräsentiert in der Gruppe der schwerer Intoxikierten ($P<0,05$). Verheiratete waren gehäuft in der Gruppe der schwer Intoxi-

² Wir möchten uns bei Herrn Prof. Dr. Thurmayr und Frau Alexa für die Durchführung der statistischen Auswertung bedanken

	< 40	≥ 40	Tabelle 1. Alter
Reed 1-3 N=236	184 (78,0%)	52 (22,0%)	
Reed 4-5 N=45	24 (63,3%)	21 (46,7%)	
		$P < 0,001$	

Tabelle 2. Familienstand

	Ledig	Verwitwet	Geschieden	Verheiratet
Reed 1-3 N=226	114 (49,8%)	12 (5,8%)	34 (14,8%)	66 (28,8%)
Reed 4-5 N=44	13 (29,5)	3 (6,8%)	4 (9,1%)	24 (54,5%)
	$P < 0,05$	n.s.	n.s.	$P < 0,01$

	Ja	Länger als 1 Woche	Tabelle 3. Suizidgedanken
Reed 1-3 N=227	138 (60,8%)	46 (20,3%)	
Reed 4-5 N=42	35 (83,3%)	19 (45,2%)	
	$P < 0,005$	$P < 0,001$	

kierten ($P < 0,01$). Da in der Gruppe der schwer Intoxikierten mehr ältere Patienten vertreten sind, liegt die Vermutung nahe, daß es sich bei den Befunden zum Familienstand um ein Epiphänomen handelt.

1.2. Präsuizidale Situation und Suizidarrangement. Patienten mit starker Intoxikation gaben häufiger Suizidgedanken vor dem Suizidversuch an als Patienten mit leichter Vergiftung (Tabelle 3) ($P < 0,005$). Ebenso gaben Patienten mit schwerer Intoxikation häufiger länger bestehende (mehr als eine Woche) Suizidgedanken an als Patienten mit leichter Vergiftung ($P < 0,001$). Ihre Suizidabsichten hatten Patienten mit schwerer Intoxikation häufiger vor dem Suizidversuch mitgeteilt ($N=18$, 40,9%) als Patienten mit leichter Intoxikation ($N=45$, 19,4%) ($P < 0,01$). Hinsichtlich des Ansprechpartners (z.B. enge Bezugsperson, Arzt u.a.) ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Patienten mit unterschiedlichen Vergiftungsgraden. Das Gleiche gilt hinsichtlich des Hinterlassens schriftlicher Mitteilungen (Abschiedsbriefe u. ä.).

Die Frage der Untersucher, ob das Suizidversuchsmittel (in 94% Medikamente) zum Zwecke des Suizidversuchs besorgt wurde, bejahten 39,5% ($N=17$) der schwer Intoxikierten, trendmäßig ($P < 0,1$) lag dieser Prozentsatz mit 26,8% ($N=61$) bei den leicht Intoxikierten niedriger. Als Suizidversuchsmittel (Tabelle 4) nahmen Patienten mit schwerer Intoxikation häufiger Hypnotika ($P < 0,001$),

Tabelle 4. Suizidversuchsmittel

	Neuroleptika Antidepressiva	Hypnotika	andere Psychopharm.	sonst. Medikamente	sonst. fl. feste, gasf. Stoffe	Alkohol	Illegale Drogen	Sonstige
Reed 1-3 N=236	18 (7,6%)	111 (47,0%)	75 (31,8%)	61 (25,8%)	12 (5,1%)	94 (39,8%)	12 (5,1%)	15 (6,4%)
Reed 4-5 N=44	7 (15,9%) P<0,1	33 (75,0%) P<0,001	13 (29,5%) n.s.	5 (11,4%) P<0,05	5 (11,4%) P<0,01	11 (25,0%) P<0,1	1 (2,3%) n.s.	3 (6,8%) n.s.

Für Reed 1-3 und Reed 4-5 jeweils mehr als 100%, da Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 5a. Diagnosen nach ICD, 9. Rev.

	295	296	300	301	303	304	305	308	309	(davon 309,1-3)
Reed 1-3 N=225	4 (1,8%)	5 (2,2%)	57 (25,3%)	28 (12,4%)	13 (5,8%)	15 (6,7%)	13 (5,8%)	17 (7,6%)	73 (32,4%)	32 (14,2%)
Reed 4-5 N=43	0 (0%) n.s.	6 (14,0%) P<0,001	15 (34,9%) n.s.	2 (4,7%) n.s.	1 (2,3%) n.s.	1 (2,3%) n.s.	1 (2,3%) n.s.	1 (2,3%) n.s.	16 (37,2%) n.s.	12 (27,9%) n.s.

Tabelle 5b. Diagnosen zusammengefaßt entsprechend der psychiatrischen Relevanz

	295-305 ± 309,1-3	308 ± 309,0
Reed 1-3 N=226	167 (74,2%)	58 (25,8%)
Reed 4-5 N=43	38 (88,4%)	5 (11,6%) P<0,05

der Genuß von Alkohol in zeitlichem Zusammenhang mit dem Suizidversuch war seltener ($P < 0,1$) als bei leicht Intoxikierten.

Die Zeit zwischen der Mitteleinnahme und der Entdeckung wurde unter Hinzuziehen aller verfügbaren Daten in Stundenintervallen von 6, 12, 24 und länger als 24 Stunden geschätzt. Später als 6 Stunden nach der Intoxikation wurden 44,4% ($N=20$) der Patienten mit schwerer Intoxikation und 19,6% ($N=45$) der gering vergifteten Patienten gefunden, ein hochsignifikanter Verteilungsunterschied ($P < 0,001$).

1.3. Psychiatrisch relevante Morbidität und weitere Indikatoren für Belastungen. Die Diagnostik erfolgte gemäß den Kriterien der ICD, 9. Rev. Im folgenden wurde lediglich die jeweils schwerste psychiatrisch relevante Diagnose berücksichtigt. Zweitdiagnosen, die häufig einen Mißbrauch von Alkohol bzw. anderen Suchtmitteln erfaßten, wurden hier vernachlässigt (Tabelle 5a).

Faßt man die Diagnosen, den fortlaufenden steigenden Ziffern der ICD folgend von 295 (Schizophrenie) bis 305 (Suchtmittelmißbrauch) als psychiatrische Diagnosen im engeren Sinne zusammen und vergleicht sie mit den Diagnosen 308 und 309 (reaktive Störungen), so ergibt sich eine Gleichverteilung. Faßt man jedoch die Diagnosen 309.1 bis 3 (längerdauernde depressive Reaktion, Anpassungsstörungen) als eine eher schwere Diagnose auf – was auch wegen der Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnose gegenüber Neurosen sinnvoll ist – und betrachtet sie gemeinsam mit den psychiatrischen Diagnosen im engeren Sinne (Tabelle 5b), vor allem in inhaltlicher Nähe zur neurotischen Depression (300.4), so ergibt der Vergleich mit den Diagnosen 308 und 309,0 einen signifikanten Befund ($P < 0,05$) in dem Sinne, daß Patienten mit schweren Störungen überrepräsentiert sind in der Gruppe der schwer Intoxikierten.

Die insgesamt 46,8% ($N=124$) Patienten mit einem Mißbrauch oder einer Abhängigkeit in der Vorgeschichte zeigten keine Verteilungsunterschiede in dem Ausmaß der Vergiftung im Vergleich mit Patienten ohne Mißbrauch/Sucht in der Anamnese. Eine familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen und/oder Suizidhandlungen mit und ohne tödlichen Ausgang wiesen 41,9% der leicht und 36,6% der schwer Intoxikierten auf. Der nicht signifikante Unterschied war bedingt durch die statistisch signifikante Häufung ($P < 0,05$) einer Sucht in der Familie der leicht Intoxikierten ($N=46$, 22,7%) gegenüber den schwer Intoxikierten ($N=4$, 9,8%). Einen Suizidversuch in der Vorgeschichte hatten leicht (38,1%) und schwer Intoxikierte (38,6%) in gleicher Verteilung. Unterschiede der Gruppen hinsichtlich „broken home“ in dem Sinne, daß Vater und/oder Mutter über einen Zeitraum von mindestens $\frac{1}{2}$ Jahr in den ersten 15 Lebensjahren des Patienten fehlten, ergaben sich nicht. „Broken home“ lag bei 42% aller Patienten vor.

Akute, für den Suizidversuch auslösende sowie chronische Konflikte lagen bei allen Patienten in ca. 50 bis 60% vor, ohne signifikante Verteilungsunterschiede abhängig vom Vergiftungsgrad zu zeigen. Gleiches gilt für auslösende Ereignisse im Sinne von Live events (insgesamt 32%).

Häufiger Partnerwechsel, als Indikator einer gestörten Beziehungsfähigkeit im Bereich der Partnerschaft auf einer 4-Punkte-Skala eingeschätzt, war bei Patienten mit schwerer Intoxikation (6,8%) seltener als bei Patienten mit leichter

	Arzt: Sterbewunsch stark	Patient: Sterberisiko hoch
Reed 1-3 N=230	93 (40,4%)	94 (40,7%)
Reed 4-5 N=43	36 (83,7%)	35 (83,4%)
P<0,001		

Tabelle 6a.

	Arzt: Sterbewunsch gering	Patient: Sterberisiko gering
Reed 1-3 N=231	137 (59,6%)	137 (59,3%)
Reed 4-5 N=42	7 (16,4%)	7 (16,6%)
P<0,001		

Tabelle 6b.

Intoxikation (29,8%) ($P<0,001$). 81,8% ($N=36$) der Patienten mit schwerer Intoxikation wechselten selten den Beruf bzw. Arbeitsplatz gegenüber 64,6% ($N=146$) der Patienten mit leichter Intoxikation ($P<0,05$). Die Einschätzung des Ausmaßes der sozialen Isolation brachte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

2. Beurteilung der „Ernsthaftigkeit“ eines Suizidversuchs durch Ärzte und Patient

Im folgenden wird untersucht, wie Arzt bzw. Patient den Wunsch zu sterben bzw. das Sterberisiko einschätzten und wie diese Beurteilung mit anderen suizidrelevanten Charakteristika, insbesondere mit der Intoxikationsstufe, zusammenhingen.

2.1. Sterberisikoeinschätzung durch den Patienten. Die Patienten wurden befragt, wie hoch sie das Sterberisiko während des Suizidversuchs beurteilten. Diese Einschätzung wurde nach den Angaben der Patienten auf einer vierstufigen Skala von „gering bzw. nicht vorhanden“ bis „sehr hoch“ vom Untersucher vermerkt. Zur Auswertung wurden zwei Gruppen von „(sehr) gering“ und „(sehr) hoch“ gebildet (Tabelle 6). Die Patienten mit einer schweren Intoxikation schätzten das Risiko, durch die Suizidhandlung zu sterben, wesentlich häufiger als (sehr) hoch ein als die Gruppe mit leichter Vergiftung ($P<0,001$).

2.2. Einschätzung der Intensität des Sterbewunsches des Patienten durch den Arzt. Die Beurteilung durch den Untersucher basierte auf der gesamten zur Verfügung stehenden relevanten Information einschließlich fremdanamnestischer Daten. Auch die vom Patienten erfragte Intention des Suizidversuchs wurde

Tabelle 7

Arzt Sterbewunsch	Patient Sterberisiko	
	Gering	Hoch
Gering	143 (89,9%)	15 (10,1%)
Stark	10 (7,7%)	121 (92,3%)
	$P=0,00$	

einbezogen. Die Intensität der Sterbeintention wurde mit einer 5-Punkte-Skala von „nicht vorhanden“ bis „sehr hoch“ durch den Untersucher eingeschätzt. Zur Auswertung wurden zwei Gruppen: Sterbeintention 1 bis 3 = „gering“ und Sterbeintention 4 bis 5 = „hoch“ gebildet. Bei 52,7% ($N=155$) der Patienten wurde der Sterbewunsch als gering, bei 47,73 ($N=139$) der Patienten der Gesamtstichprobe ($N=295$) als hoch diagnostiziert. Die Patienten mit starker Intoxikation (Tabelle 6) wiesen nach Ansicht der Untersucher wesentlich häufiger eine hohe Sterbeintention auf als die Patienten mit geringer Intoxikation ($P<0,001$), d. h. es besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang der schweren Vergiftung mit der diagnostischen Beurteilung eines hohen Sterbewunsches durch den Arzt.

Erwartungsgemäß ergibt sich eine extrem gute Übereinstimmung der subjektiven Beurteilung der Intensität des Sterbewunsches bzw. des Sterberisikos durch Arzt bzw. Patient (Tabelle 7).

2.3. Zusammenhang zwischen Intensität des Sterbewunsches und suizidrelevanten Charakteristika. Der Zusammenhang zwischen der Diagnose des starken Sterbewunsches seitens des Arztes und den Variablen, die zu einer starken Intoxikation eine signifikante Beziehung aufwiesen (s. Teil 1), wurde untersucht (Tabelle 8). Es zeigten sich bei den Merkmalen zum Arrangement und zur präsuizidalen Situation nahezu identische Verteilungscharakteristika wie bei den Patienten mit starker Vergiftung. Daneben fand sich eine Gruppe von Variablen mit diskrepanten Ergebnissen (Tabelle 9). Bei der Mittelbesorgung zum Zweck des Suizidversuchs, der Mitteleinnahme an einem schwer auffindbaren Ort, dem Schreiben eines Abschiedsbriefts handelte es sich um Bestandteile des Arrangements, die eine längere Planung des Suizidversuchs voraussetzten.

Mit der Annahme, daß Patienten mit einem als gering eingeschätzten Sterbewunsch sich von denen mit einem starken Sterbewunsch unterscheiden, wurden die Variablen überprüft, die einen Zusammenhang mit einer geringen Intoxikation aufwiesen (Tabelle 10). Deutlicher als die geringe Vergiftung beschrieb der als gering eingeschätzte Sterbewunsch eine Klientel, die durch das Vorliegen einer Sucht als psychiatrische Diagnose und diesbezüglicher familiärer Belastung sowie mangelnde soziale Bindung charakterisiert war. Beim Suizidversuch wurde von dieser Gruppe häufiger Alkohol getrunken, das Suizidmittel an einem zufälligen Ort eingenommen.

Tabelle 8.

Alter ≥ 40	Suizid- gedanken	S-Ged. > 1 Woche	S-absicht mitgeteilt	S-abs. mitget. an Pers. außer Konfliktpartn.	Mittel Hypnotika	Entdeckung später als 6 Std. n. SCV	psychische Erkrankung	seltener Partner- wechsel
Reed 4-5	***	***	**	**	***	***	*	**
Starker Sterbewunsch	***	***	*	***	**	***	*	**

Das jeweilige Merkmal tritt häufiger als in der Restgruppe auf.

* : $P < 0,06$
 ** : $P < 0,01$
 *** : $P < 0,001$
 n.s. : nicht signifikant
 — : nicht getestet

Tabelle 9.

Verheiratet	Mittelbesorgung zum SCV	Schwer auf- findbar	Abschieds- brief	Mehr als ein Konfliktfeld	Auslösende Lebensereign.	Soziale Isolation
Reed 4-5	$P < 0,1$	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Starker Sterbewunsch	**	***	***	***	*	*

* : $P < 0,05$
 ** : $P < 0,01$
 *** : $P < 0,001$
 n.s. : nicht signifikant
 — : nicht getestet

Tabelle 10.

	Alter <40	Ledig	Alkohol beim SCV	zufälliger Ort	Erlebnis- reaktion	Sucht/ Mißbrauch	Familiäre Belastung mit Sucht	Häufiger Partner- wechsel	Häufiger Wechsel d. Arbeits- platz
Reed 1-3	***	*	$P<0,1$	**	*	—	*	*	*
Geringer Sterbewunsch	**	n.s.	***	***	*	***	*	*	*

* : $P<0,05$
** : $P<0,01$
*** : $P<0,001$
n.s. : nicht signifikant
— : nicht getestet

Ergänzend sei vermerkt, daß die Suizidgefährdung zum Zeitpunkt der Untersuchung bei insgesamt 80,7% der gering und 76,8% der stark Intoxikierten als nicht bzw. sehr gering vorhanden durch den Arzt eingeschätzt wurde.

3. Zur Versorgung

Im folgenden soll beschrieben werden, welche Konsequenzen die Intoxikations-tiefe und die Beurteilung der Intensität der Sterbeintention durch den Arzt für die Versorgung während des stationären Aufenthaltes des Patienten nach seinem Suizidversuch hatten (Tabelle 11).

Lediglich ein Gespräch wurde eher mit leicht als mit schwer Intoxikierten geführt ($P < 0,001$). Drei und mehr Gespräche wurden mit schwer Intoxikierten häufiger als mit leicht Vergifteten geführt ($P < 0,001$). Gleiches gilt für Patienten mit als gering bzw. stark eingeschätzten Sterbewunsch. Eine Fremdanamnese wurde bei leicht Intoxikierten seltener als bei schwer Vergifteten erhoben ($P < 0,01$). Der Zusammenhang zwischen der Erhebung einer Fremdanamnese und der Beurteilung der Intensität des Sterbewunsches war noch deutlicher ($P < 0,001$). Im einzelnen fand ein Kontakt zu Angehörigen bei 62,8% der leicht Intoxikierten und bei 86,4% der schwer Intoxikierten statt ($P < 0,01$). Ein gemeinsames Gespräch mit dem Patienten und dessen Konfliktpartner wurde bei 16,5% der leicht Intoxikierten und immerhin 30,8% der schwer Intoxikierten geführt ($P < 0,05$).

Ein Nachbetreuungsangebot erhielten schwer Intoxikierte wesentlich häufiger als leicht Intoxikierte ($P < 0,001$). In stationäre psychiatrische Weiterbehandlung wurden schwer Intoxikierte häufiger als leicht Vergiftete vermittelt ($P < 0,01$). Für alle weiteren Nachbetreuungsangebote war kein Zusammenhang mit dem Vergiftungsgrad nachweisbar. Hinsichtlich der Intensität der Sterbeintention zeigte die vorgeschlagene Nachbetreuung analoge Verteilungsunterschiede.

Die Wahrscheinlichkeit, mit der der Patient das Therapieangebot in Anspruch nimmt, wurde mit einer 4-Punkt-Skala von „gering“ bis „sehr hoch“ durch den Untersucher eingeschätzt. Gering Intoxikierte wurden weniger zur Inanspruchnahme motiviert angesehen als schwer Vergiftete ($P < 0,01$). Bezüglich der Intensität des Sterbewunsches ergaben sich gleichgerichtete Befunde. Die Wahrscheinlichkeit, daß eine (para-)suizidale Handlung innerhalb von drei Monaten nach der jetzigen wiederholt wird, wurde unter Berücksichtigung der Therapiemotivation des Patienten auf eine 4-Punkte-Skala von „sehr gering“ bis „sehr hoch“ vom Untersucher eingeschätzt. Bei gering Intoxikierten wurde mit Wahrscheinlichkeit der Wiederholung eher als bei schwer Intoxikierten als hoch beurteilt ($P < 0,05$).

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Gemessen am Vorliegen des Kriteriums einer ohne ärztliche Hilfe tödlich verlaufenden Intoxikation waren 15,3% der untersuchten Stichprobe als Patienten einzustufen, die einen ernsthaften Suizidversuch begangen hatten. Dies ent-

Tabelle 11.

Anzahl der Gespräche Arzt/Patient		Fremdenanamnese erhoben		Nachbetreuungsangebot			Wahrscheinlich- keit der Inanspruchnahme		Wahrscheinlich- keit von RE-SCV innerh. von 3 Monaten		
N	1	≥3	N	Ja	N	Ohne	stat. Psychiat.	N	Gering	N	hoch
Reed 1-3	45,3%	20,8%		75,6%		18,7%	13%		46,0%		24,6%
N	212	96	221	167	230	43	30	213	98	215	53
Reed 4-5	16,2%	51,3%		95,1%		6,7%	28,9%		22,8%		9,7%
N	37	6	41	39	45	3	13	44	10	41	4
P	***	***		**		**	**		**		*

Geringer Sterbe- wunsch	51,5%	12,9%		71,6%		20,4%	8,2%		48,9%		—
N	132	68	141	101	147	30	12	135	66	—	—
Starker Sterbe- wunsch	25,6%	41,3%		87,1%		9,1%	18,2%		33,8%		—
N	121	31	124	108	132	12	24	130	44	—	—
P	***	***		***		**	**		*		—

* : $P < 0,05$
** : $P < 0,01$
*** : $P < 0,001$
n.s. : nicht signifikant
— : nicht getestet

spricht nahezu genau den 16,7% Patienten mit starker Vergiftung der gleichen Klinik im Jahr 1967/68 (Kockott et al. 1970) und annähernd dem Anteil von 20% (Rosen 1976) bzw. 21% (Möller und Werner 1979) und Suizidversuchen vergleichbarer Stichproben, die allerdings zusätzlich anhand psychiatrischer Kriterien bzw. Daten des Suizidarrangements als ernsthaft klassifiziert waren. Die Merkmale Alter über 40 Jahre, Vorhandensein von Suizidgedanken, längere Dauer von Suizidgedanken und Mitteilung von Suizidgedanken bzw. -absichten, Hypnotika als Suizidmittel, Zeitraum zwischen Mitteleinnahme und Entdeckung länger als 6 Stunden sowie das Vorliegen einer psychiatrisch relevant erscheinenden Erkrankung zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Vergiftung. Auch wurde die soziale Bindungsfähigkeit im Beruf, Arbeit und Partnerschaft bei den schwer Vergifteten als höher eingeschätzt (s. dazu Rosen 1976). Das Merkmal „schwere Vergiftung“ zeigte damit einen deutlichen Zusammenhang mit den Charakteristika, die gehäuft bei an Suizid Verstorbenen beschrieben wurden, so insbesondere Alter über 45, Mitteilung von Suizidabsichten, geringe Instabilität der sozialen Beziehungen (Pollis et al. 1982) und Suizidgedanken sowie Planung des Suizids im Sinne des präsuizidalen Syndroms (Ringel 1961; Dorpat und Boswell 1963; Bagley und Greer 1971). Ob diese Gruppenunterschiede durch Gegenüberstellung der leichten Vergiftung (Reed 1 bis 2) und der schweren Vergiftung (Reed 4 bis 5) unter Vernachlässigung der mittelgradigen Vergiftung (Reed 3: $N=42$, 14,3% der Gesamtstichprobe) noch deutlicher werden, wurde in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, daß die signifikanten Befunde Resultat der zweiseitigen Testung im chi-Quadrat-Test sind. Bei einer, auf der Grundlage der in der bisherigen Literatur bekannten suizidrelevanten Variablen durchaus zu rechtfertigenden, hypothesengesteuerten Untersuchung mittels einseitiger Testung im chi-Quadrat-Test wären die vorliegenden Befunde z. T. noch eindeutiger ausgefallen.

Darüberhinaus scheint die Beurteilung der Sterbeintention durch den Arzt einen eigenständigen Wert in der Beurteilung der „Ernsthaftigkeit“ einer Suizidhandlung zu haben. Dieser Beurteilung lag eine ausführliche Exploration des Patienten einschließlich der Erhebung aller genannten suizidologisch relevant erscheinenden Faktoren zugrunde, insbesondere auch des Suizidarrangements. Durch die Einschätzung eines starken Sterbewunsches wurde eine erheblich größere Anzahl von Patienten als gefährdet beurteilt (47,3%, $N=129$) als bei alleiniger Hinzuziehung des Kriteriums einer starken Vergiftung. Die Einschätzung eines starken Sterbewunsches zeigte zum einen signifikante Zusammenhänge zu den suizidrelevanten Variablen, die auch mit einem starken Vergiftungsgrad verbunden waren. Zusätzlich bestand ein signifikanter Zusammenhang zu Bestandteilen des Suizidarrangements, die auf eine längerfristige Vorbereitung des Suizidversuchs hinweisen, die jedoch keinen Zusammenhang zum Intoxikationsgrad aufwiesen. Ebenso bestand ein Zusammenhang zwischen einem als stark eingeschätzten Sterbewunsch und den bekannten Belastungsfaktoren: Konflikte in mehr als einem Bereich, Vorhandensein auslösender Lebensereignisse (z. B. Trennung von einem festen Partner, Verlust einer vertrauten Person durch Tod) und soziale Isolation. Die Einschätzung des starken Sterbewunsches durch den Arzt zeigte dazu einen hochsignifikanten

Zusammenhang zu der vom Patienten geäußerten Einschätzung des Risikos, durch den Suizidversuch zu sterben. Einschränkend muß hierbei vermerkt werden, daß die Angabe des Patienten vom Untersucher codiert wurde. Eine Verzerrung durch die Sichtweise des Untersuchers ist nicht auszuschließen. Die Ergebnisse scheinen die Aussagekraft der Beurteilungen der „Ernsthaftigkeit“ eines Suizidversuchs durch Arzt und Patient zu belegen. Dies widerspricht der Skepsis, die allgemein solchen Angaben entgegengebracht wird (Pierce 1977; Götze et al. 1979).

Die Beurteilung der Suizidgefährdung zum Zeitpunkt der Untersuchung nach einem Suizidversuch zeigte keinen Zusammenhang zum Intoxikationsgrad bzw. zur Beurteilung der Sterbeintention, trägt also zur Unterscheidung von möglicherweise mehr oder weniger gefährdeten Patienten nichts wesentliches bei.

Betrachtet man nun in der Annahme, daß eine schwere Intoxikation und ein als stark eingeschätzter Sterbewunsch Ausdruck für die „Ernsthaftigkeit“ einer Suizidhandlung sind, die signifikanten Befunde, so ergibt sich folgendes idealtypische Bild eines suizidal gefährdeten Menschen: Er/sie ist älter als 40 Jahre, verheiratet. Er/sie trägt sich seit länger als einer Woche mit Suizidgedanken und hat bereits mit Personen des Umfeldes, wie z. B. Ärzten, über seine/ihre Suizidabsichten gesprochen. Das Suizidmittel ist ein Hypnotikum; es wurde zum Zwecke des Suizidversuchs besorgt. Es wurde an einem schwer auffindbaren Ort eingenommen; außerdem schrieb er/sie einen Abschiedsbrief. Entdeckt wurde er/sie später als 6 Stunden nach dem Suizidversuch. Vor dem Suizidversuch bestanden Konflikte in mehr als einem Lebensbereich. Er/sie hat den Partner und die Arbeitsstelle selten gewechselt, lebte aber relativ sozial isoliert. Diagnostisch liegt bei ihr/ihm eine psychiatrisch relevant erscheinende Erkrankung vor.

Betrachtet man andererseits einen als gering eingeschätzten Sterbewunsch und eine geringe Intoxikationstiefe als Kriterien für eine geringe Ernsthaftigkeit der Suizidhandlung, so ergibt sich das Bild eines wenig gefährdet erscheinenden Menschen: Er/sie hat das Mittel an einem zufälligen Ort genommen und zusätzlich Alkohol getrunken. Er/sie wechselt häufig seinen/ihren Partner. Ebenso wechselt er/sie öfters seinen/ihren Beruf bzw. Arbeitsplatz. Diagnostisch handelt es sich bei ihm/ihr um eine akute Belastungsreaktion bzw. eine kurz dauernde Reaktion. Daneben besteht ein Mißbrauch bzw. eine Abhängigkeit von Medikamenten, illegalen Rauschdrogen bzw. Kombinationen von Suchtmitteln einschließlich Alkohol.

Bei diesen Charakterisierungen scheinen die Ergebnisse zum Familienstand und dem seltenen Partnerwechsel bei den schwer Gefährdeten bedingt durch die Altersvariable, d. h. Ältere sind eher schwer vergiftet, sind häufiger verheiratet und haben (deshalb) weniger häufig einen Partnerwechsel. Durch diesen Zusammenhang scheinen die Verheirateten eher in der Gruppe der schwer Intoxikierten vertreten, umgekehrt die Ledigen in der Gruppe der leicht Intoxikierten.

Die Beurteilung der „Ernsthaftigkeit“ einer Suizidhandlung zieht offenbar auch Konsequenzen für die Versorgung nach sich: wesentlich intensivere Betreuung nach einem Suizidversuch während des stationären Aufenthaltes in der internistischen Intensivstation und häufiger stationäre Weiterbehandlung

in der Psychiatrie bei Patienten mit starkem Sterbewunsch und gravierenden Intoxikationsfolgen. Ob dies der realen Gefährdung von Patienten nach einem Suizidversuch entspricht, kann erst durch katamnestische Untersuchungen entschieden werden. Zumindest gibt es Hinweise für die Richtigkeit dieser Annahme (Rosen 1976; Katsching et al. 1981; Pierce 1981). Auf die Gefahr, die die Klassifizierung hinsichtlich der Konsequenzen für die Versorgung haben könnte, im Sinne einer Unterversorgung der nicht gefährdet Erscheinenden (siehe dazu Feuerlein 1978), wird immer wieder ausdrücklich aufmerksam gemacht (Comstock 1974). Bei der vorliegenden Stichprobe wurde zumindest das Risiko eines erneuten Suizidversuchs innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung bei gering Intoxitierten vom Arzt höher eingeschätzt als bei stark Intoxikierten (s. a. Buglass und McCulloch 1970; Buglass und Horton 1974). In einer Gruppe von durch Suizid Verstorbenen 6 Jahre nach einem Suizidversuch fand sich niemand, der beim Index-Suizidversuch eine schwere Vergiftung hatte (Pino et al. 1979). Weitreichende Schlüsse können jedoch aus diesen Ergebnissen nicht gezogen werden, da die Wahrscheinlichkeit eines Suizids nach einem relativ kurzen Zeitraum gering ist, Verzerrungen durch die geringe Größe dieser Gruppe wahrscheinlich sind.

Zusammenfassend können die Ergebnisse als Stützung bisheriger Befunde verstanden werden, die einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Selbstschädigung und Merkmale eines Suizidversuchs ergaben, die für eine erhöhte „Ernsthaftigkeit“ sprechen (Schmidt et al. 1954; Weiß et al. 1961; Kockott et al. 1970; Möller und Werner 1979). Trotz einer Reihe widersprechender Befunde (u. a. Greer und Bagley 1971) gibt es Hinweise, daß eine starke Intoxikation auch prognostische Aussagekraft hat. So war das Ausmaß der Vergiftung beim Index-Suizidversuch nach einem Katamnesezeitraum von jeweils 5 Jahren neben weiteren Faktoren ein Prädiktor für spätere Suizidgefährdung (Rosen 1976; Katschnig et al. 1981; Pierce 1981).

Literatur

- Bagley C, Greer S (1971) Clinical and social predictors of repeated attempted suicide: A multivariate analysis. *Br J Psychiatr* 119: 515–521
- BarracloUGH BM, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P (1974) A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br J Psychiatr* 125: 355–373
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1976) Classification of suicidal behaviors. *Arch Gen Psychiatr* 33: 835–837
- Buglass D, Horton J (1974) The repetition of parasuicide: A comparison of three cohorts. *Br J Psychiatr* 125: 168–174
- Buglass D, McCulloch JW (1970) Further suicidal behavior: The development and validation of predictive scales. *Br J Psychiatr* 116: 483–491
- Clarmann M v (1980) Gezielte Erstbehandlung akuter Vergiftungen. Bayer Pharma, Leverkusen, Deutschland
- Comstock B (1974) Low intentionality suicide attempts. In: Speyer N, Diekstra RFW, Van de Loo KJM (eds) *Proceedings 7th International Conference on Suicide Prevention*. Swets u. Zeitlinger B.V., Amsterdam, pp 385–395
- Dorpat TL, Boswell JW (1963) An evaluation of suicide intent in suicide attempts *Compr Psychiatr* 4: 117–125
- Dorpat TL, Ripley HS (1960) A study of suicide in the seattle area. *Compr Psychiatr* 1: 349–359

- Ettlinger RW (1964) Suicides in a group of patients who had previously attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 40: 363-378
- Feuerlein W (1978) Krisenintervention bei Selbstmordpatienten. In: Haase HJ (Hrsg) *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Schattauer, Stuttgart New York
- Götze P, Reimer Ch, Dahme B (1979) Zur Phänomenologie und Psychodynamik der Aufwachphase von Suizidpatienten. *Psychiatr Clin* 12: 9-22
- Greer S, Bagley C (1971) The effects of psychiatric intervention in attempted suicide: A controlled study. *Br J Psychiatr* 119: 310-312
- Katschnig A, Sint P, Fuchs-Roseton G (1981) Gibt es verschiedene Typen von Suizidversuchen? In: Welz R, Pohlmeier H (Hrsg) *Selbstmordhandlungen*. Beltz, Weinheim, S 13-42
- Kockott G, Heyse H, Feuerlein W (1970) Der Selbstmordversuch durch Intoxikation. *Fortsch Neurol. Psychiat* 38: 441-465
- Kreitman N (ed) (1977) *Parasuicide*. John Wiley & Sons, London New York Sydney Toronto
- Möller HJ, Werner V (1979) Aspekte suizidalen und parasuizidalen Verhaltens bei Selbstmordversuchen. *Nervenarzt* 50: 311-316
- Möller HJ, Werner V, Feuerlein W (1978) Beschreibung von 150 Patienten mit Selbstmordversuch durch Tabletten – unter besonderer Berücksichtigung des Selbstmordverhaltens und der Inanspruchnahme von Beratungsmöglichkeiten für Suizidgefährdete. *Arch Psychiatr Nervenkr* 226: 113-135
- Morgan HG, Barton J, Pottle S, Pocock H, Burns-Cox CJ (1976) Deliberate self-harm: A follow-up study of 279 patients. *Br J Psychiatr* 128: 361-368
- Motto JA (1965) Suicide attempts—A longitudinal view. *Arch Gen Psychiatr* 13: 516-520
- Motto JA, Heilbron DC (1976) Development and validation of scales for estimation of suicidal risk. In: Shneidman S (ed) *Suicidology*. Grune & Stratton, New York, pp 163-199
- Ovenstone MK (1973) Spectrum of suicidal behaviour in Edinburgh. *Br J Prevent Soc Med* 27: 26-35
- Pollis DJ, BarracloUGH BM, Levey AB, Jenkins JS, Sainsbury P (1982) Estimating suicide risk among attempted suicides: I. The development of new clinical scales. *Br J Psychiatr* 141: 37-44
- Pierce DW (1977) Suicidal intent in self-injury. *Br J Psychiatr* 130: 377-385
- Pierce DW (1981) The predictive validation of a suicide intent scale: A five year follow-up. *Br J Psychiatr* 139: 391-396
- Pino R, Kockott G, Feuerlein W, Sechs-Jahres-Katamnese an hundert Patienten mit Suizidversuchen durch Tabletteneinnahme. *Arch Psychiatr Nervenkr* 227: 213-226
- Ringel E (1953) Der Selbstmord. In: Hoff H, Pötl O (Hrsg) *Beiträge zur Neurologie und Psychiatrie*. Bd III. W. Mandrich, Wien
- Ringel E (1961) *Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem*. Brüder Hollinek, Wien
- Robins W, Gassner S, Kayser J (1959) The communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatr* 115: 724-739
- Rosen DH (1970) The serious suicide attempt: Epidemiological and follow-up study of 886 patients. *Am J Psychiatr* 127: 764-770
- Rosen DH (1976) The serious suicide Attempt: Five-year follow-up study of 886 patients. *Jama* 235: 2105-2109
- Sainsbury P (1975) Suicide and attempted Suicide. In: Kisker KP, Meyer JE, Müller C, Strömgen W (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, 2. Aufl. Bd. II. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 559-606
- Schmidt EH, O'Neal P, Robins E (1954) Evaluation of suicide attempts as a guide to therapy. *J Am Med Assoc* 155: 549-553
- Stengel E (1964) *Suicide and attempted suicide*. Penguin Books Inc. Baltimore
- Tuckman J, Youngman WE (1963) Suicide risk among persons attempting suicide. *Public Health Rep* 78: 585-587
- Tuckman J, Youngman WF (1968) A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. *J Clin Psychol* 24: 17-19
- Weiss JMA, NemeZ N, Schue KW (1961) Quantification of certain trends in attempted suicide. *Proc 3rd World Congr Psychiatr*, Montreal