

Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen

R. Battegay

Zusammenfassung

Anhand vergleichender Untersuchungen an 58 Toxikomanen und 213 Alkoholikern werden die Beziehungen zwischen Sucht und Suizidversuch bzw. Suizid erörtert und Schlußfolgerungen für die Prophylaxe gezogen. Es ergab sich u. a., daß 29 von 58 Medikamentenabhängigen insgesamt 74 Suizidversuche und 1 Suizid begangen hatten, während es bei den Alkoholkranken 44 aus einem Total von 213 Patienten waren, welche 55 Suizidversuche und 6 Suizide ausgeführt hatten. Bei den Toxikomanen sind die Tendenzen, sich von der Lebensrealität abzuwenden, stärker als bei den Alkoholikern. Finden sich jedoch die Alkoholkranken nicht mehr zurecht, so sind sie oft konsequenter in ihren autodestruktiven Tendenzen. Während sich bei den Süchtigen ein gegenüber unausgewählten Patienten späteres Altersmaximum (31 bis 40 Jahre) der Suizidversuche ergibt, scheinen die Suizide eher früher aufzutreten (41 bis 50 Jahre). Die Sucht ist demnach, zumindest für eine gewisse Zeit, selbstmordäquivalent, führt aber, bei Erleben ihrer Vergeblichkeit, offenbar früher zur restlosen Resignation. — Eine wirksame Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen sollte umfassen:

1. Entziehung in entsprechend eingerichteten Spital
2. Aufbau eines psychotherapeutischen Vertrauensverhältnisses
3. Förderung sozialer Valenzen durch Gruppenpsychotherapie
4. Fürsorgerische und psychiatrische Nachbehandlung
5. Vorsichtige Rezeptur, besonders in bezug auf suchtgefährdende Medikamente.

Summary

Basing on comparative investigations of 58 drug addicts and 213 alcoholics the author discusses the interrelations between addiction and suicidal attempt or suicide and comes to conclusions for prophylaxis. There were 29 out of 58 drug dependents who had made totally 74 suicidal attempts and one suicide, whereas 44 out of a total of 213 alcoholics had made 55 suicidal attempts and 6 suicides. Drug addicts have stronger tendencies to turn away life-reality than alcoholics. However when the alcoholics don't find longer their way, they are often more consequent in their autodestructive tendencies. Whereas the maximum of suicidal attempts of drug dependents falls on later years (31–40 years) than in an unselected patient group, the suicides seem to happen earlier (41–50 years). Addiction is, at least for a certain time, an equivalent for suicide. When patients however realize its vanity it leads to an earlier total resignation. — An effective suicide prevention for addicts should comprehend:

1. Withdrawal of drugs or alcohol in a specialized hospital
2. Creation of a psychotherapeutic relation of trust
3. Activation of social valencies by group psychotherapy
4. After-care by social workers and psychiatrist
5. Cautious medical prescriptions especially concerning addiction liable drugs.

Sucht, Selbstmordversuch und der zum Vollzug gelangende Suizid sind Stadien einer mehr oder weniger bewußten Abkehr von den Anforderungen der inneren oder äußeren Realität. Oder aber sie sind Stufen einer zunehmenden Sehnsucht, im drohenden oder gar sich vollziehenden Erlöschen der leib-seelischen Existenz das, was Leben und mitmenschlicher Einsatz sind, zu erfahren.

Wenn *Kielholz* als diagnostische Hinweise für die Beurteilung der Suizidalität u. a. auch den Alkoholismus und die Toxikomanie anführt, so geschieht es in der Erkenntnis, daß der verzweifelte Mensch, bevor er in seiner Resignation und Hoffnungslosigkeit an das Wegwerfen seines Lebens geht, oft versucht, mit Hilfe des Alkohols oder von Medikamenten einen, wenigstens subjektiv, gangbaren und erträglichen Weg zu finden.

Während der Süchtige erwartet, mit Hilfe betäubender, entspannender, anregender, leistungssteigernder oder berauschender Mittel zumindest einen scheinbaren Bezug zum Dasein aufrechtzuerhalten, hat derjenige, der einen Selbstmordversuch ausführt, kaum mehr Hoffnung, sich irgendwie selbst behaupten zu können. Seine Verzweiflung an sich und den ihn umgebenden Menschen, die Erschütterung seines Selbst- und Fremdvertrauens sind derart, daß ihm eine Scheinlösung, wie sie die Sucht darstellt, nicht mehr genügt. Es erscheint ihm kein anderer Ausweg mehr möglich, als – eventuell in der Hoffnung auf ein transzendentes Weiter- oder Andersleben – seine Existenz in Frage zu stellen bzw. als das Fragwürdige und Hoffnungslose in und an seinem Leben der Umwelt eindrücklich zur Kenntnis zu bringen. Nach *Stengel* kann als Motiv eines Selbstmordversuches nicht selten der damit verbundene Appell an die Umwelt festgestellt werden.

Unsere Untersuchungen

Um die Beziehungen zwischen Sucht und Suizid bzw. Suizidversuch herausarbeiten zu können, haben wir je eine Gruppe von Alkoholikern und Drogenabhängigen (hauptsächlich Analgetika- und Hypnotika-, aber auch Stimulanzien-süchtige und Morphinisten) ausgewählt und uns für die Frage der Interdependenz zwischen Sucht und Suizid wesentlich erscheinende Daten registriert.

Wir nahmen für unsere Untersuchungen Alkoholiker, die im Jahre 1963 in unserer Klinik behandelt worden waren und erhoben in bezug auf allfällige Suizidhandlungen eine Katamnese über die inzwischen verstrichenen 1½ bis 2½ Jahre. Bei den Toxikomanen griffen wir auf Patienten, welche im Jahre 1959 bei uns hospitalisiert waren, da wir bei ihnen gleichzeitig eine katamnestiche Erhebung über 5 Jahre durchzuführen hatten. Es standen 213 Alkoholkranken (177 = 83,1% Männer, 36 = 16,9% Frauen) 58 Toxikomane (15 = 25,9% Männer, 43 = 74,1% Frauen) gegenüber. Auch heute noch fällt eben in unserem wie in den umliegenden Ländern der Alkohol als Suchtmittel, wenig-

stens bei den Männern, stärker als die Medikamente ins Gewicht; er führt dementsprechend auch zu mehr Klinikaufnahmen. Der Umstand der stark unterschiedlichen Patientenzahlen und die relativ geringe Anzahl von Medikamentensüchtigen läßt einen Vergleich der statistischen Befunde zwischen den beiden Gruppen nur bedingt als richtig erscheinen. Zudem muß die bei den Alkoholkranken und den Toxikomanen verschiedene Geschlechtsverteilung mitberücksichtigt werden.

Anteil der Patienten, die Suizidversuche oder Suizid begingen (s. Abb. 1)

Die erste Fragestellung, diejenige nach dem Anteil der Süchtigen, die Suizid oder Suizidversuche begingen, zeitigte für die Alkoholkranken das Resultat, daß 44 (20,7%) Hand an sich gelegt oder gar ihrem Leben ein Ende gesetzt hatten. Diese Zahl stimmt weitgehend mit unseren früheren Untersuchungen an 122 Alkoholikern (*Battegay*) mit einem Anteil von 22,1% Patienten, welche in ihrer Vorgeschichte einen Selbstmordversuch ausgeführt hatten, und den Angaben der Literatur überein; *Im Obersteg-Lerch* fand bei 13,3% von 137 schweren Alkoholkranken 1 bis 3 Suizidversuche in der Anamnese. Im Vergleich dazu erwies sich der Anteil der Toxikomanen, welche einen Suizidversuch oder Suizid begangen hatten, als bedeutend höher; es fanden sich 29 (50%) von 58 Kranken, die in der Vorgeschichte ein tentamen suicidii (oder Suizid) durchgeführt hatten. Der Anteil der Patienten, die einen gelungenen Selbstmord verübten, beträgt, für sich allein betrachtet, bei den Alkoholkranken 6 (2,8%; alles männliche Kranke) und bei den Toxikomanen 1 (1,7%; eine Patientin).

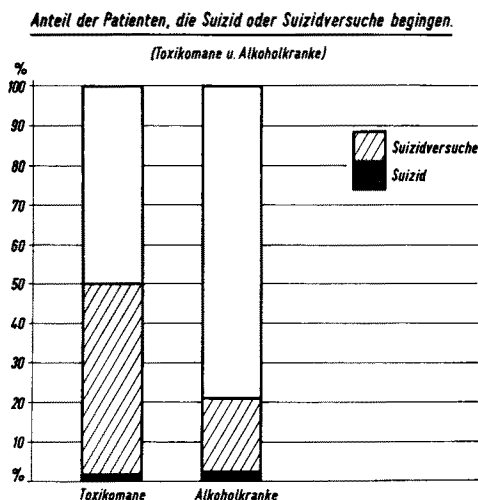


Abb. 1

Im Vergleich von Alkoholkranken und Toxikomanen ergibt sich, daß die Medikamentenabhängigen offenbar bedeutend stärker dazu tendieren, sich den Lebensanforderungen zu entziehen bzw. die Mitmenschen durch einen Suizidversuch auf ihr Leiden aufmerksam zu machen. Toxikomane versuchen viel häufiger als Alkoholiker, dem Leben durch Selbstmordhandlungen zu entrinnen. Allerdings ist die Unterscheidung eines Tentamen suicidii von einer bloßen Überdosierung bei diesen Kranken etwa recht schwer zu vollziehen. Besteht bei den Alkoholsüchtigen der Wunsch, aus der Welt zu scheiden, ist er demgegenüber meist ernsthafter; der Anteil der vollzogenen Suizide ist bei ihnen, wie erwähnt, höher. Es muß jedoch mitberücksichtigt werden, daß bei den Alkoholkranken das männliche Geschlecht bedeutend stärker vertreten ist als bei den Medikamentensüchtigen und bei den Männern Suizide häufiger vorkommen, während umgekehrt die Toxikomanen hauptsächlich weibliche Kranke sind und die Frauen unter den Suizidversuchpatienten stärker vertreten sind als die Männer; allerdings zeichnet sich gegenüber früher eine Annäherung der Geschlechter in der Häufigkeit der Selbstmordhandlungen bzw. der Selbstmorde ab (*Pöldinger, Rüegeegger u. a.*).

Vergleich der Gesamtzahl der Süchtigen mit der Zahl derjenigen unter ihnen, die Suizid(versuche) ausführten, wie auch mit der Anzahl der durch sie begangenen Suizidversuche bzw. Suizide (s. Abb. 2)

*Verhältnis: Gesamtzahl der Patienten [I.]:
Zahl d. Patt., die Suizidversuche bzw. Suizide ausführten [II.]:
Anzahl der Suizidversuche bzw. Suizide [III.]*

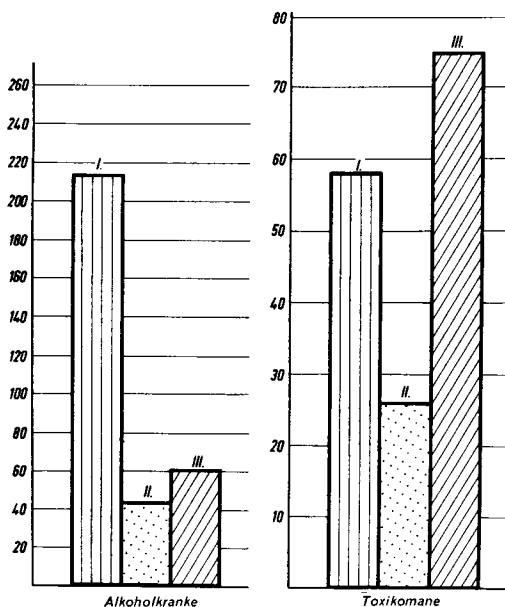


Abb. 2

Während bei 44 aus einer Gesamtzahl von 213 Alkoholkranken 61 Suizidhandlungen (55 Suizidversuche, 6 Suizide) vorkamen, waren es bei 29 aus einer Gesamtheit von 58 Medikamentenabhängigen 75 (74 Tentamina suicidii und 1 Suizid). Wiederum zeigt sich, daß die Tendenz, aus der Lebensrealität zu entfliehen, bei den Toxikomanen stärker dominiert als bei den Alkoholikern. Die übermäßig Trinkenden finden sich offenbar trotz ihrer Sucht relativ lang irgendwie mit der sozialen Realität ab. Gelingt es ihnen aber nicht, im gesellschaftlichen Bezug die negativen Auswirkungen ihrer Sucht zu kompensieren, so ist bei ihnen der Todeswunsch etwa aktiver und intensiver, so daß wir bei ihnen also relativ mehr Selbstmorde haben als bei den Toxikomanen. *Ringel* fand bei den von ihm untersuchten Suizidanten sogar relativ häufig einen Zusammenhang zwischen Alkohol und Selbstmord. Ebenfalls im Sinne einer engen Beziehung zwischen Sucht und Suizid ist wohl der Umstand zu werten, daß, wie wir bei einer früheren Untersuchung an 109 Analgetikasüchtigen feststellten (*Battegay*), Suizide in der Familie relativ häufig vertreten sind (bei 15 bzw. 13,7%). Unter den von uns untersuchten 122 Alkoholkranken ergaben sich bei 13 bzw. 10,7% Selbstmorde in der Verwandtschaft. Sowohl bei den Toxikomanen als auch bei den Alkoholkranken ist demnach eine gegenüber der Norm erhöhte Tendenz zur Autodestruktion in der Familie zu beobachten. Unsere Befunde an Süchtigen sind keineswegs neuartig, denn bereits *Megendorfer* fiel auf, daß in der Verwandtschaft der von ihm untersuchten Morphinenisten eine überdurchschnittliche Häufung von Suiziden festzustellen ist.

Wie viele Patienten begehen wie viele Suizidversuche (inklusive Suizide)?

(s. Abb. 3)

Wenn wir betrachten, wie viele Suizidversuche (inklusive Suizide) durch die Patienten begangen werden, erkennen wir, daß 34 von 44 Alkoholkranken (75%), die insgesamt ein Tentamen suicidii oder Suizid ausgeführt haben, nur einen Selbstmorversuch (oder Selbstmord) begangen haben, während es bei den Toxikomanen nur 16 von 29 Patienten (56,8%) waren, bei denen lediglich eine Selbstmordhandlung zu verzeichnen war. Bei Medikamentenabhängigen kommen bis zu 13 Versuche, sich das Leben zu nehmen, vor, während bei den Alkoholkranken die Höchstzahl der durch einen Patienten ausgeführten Selbstmordhandlungen 3 betrug.

Auch diese Zahlen weisen auf, daß bei den Medikamentensüchtigen die Tendenz, sich von der Welt, wenigstens temporär, abzusetzen, häufig stärker ist als bei den Alkoholkranken, wobei sie allerdings bei den Toxikomanen weniger oft mit letzter Konsequenz in die Tat umgesetzt wird. Die Häufung von Selbstmordhandlungen bei den Medikamentenabhängigen deutet auch darauf hin, daß sie nicht nur das Vergebliche ihres süchtigen Selbstheilungs- bzw. -täuschungsversuches eingesehen haben, sondern auch zunehmend re-

signieren und am Dasein verzweifeln. Es ist dabei zu berücksichtigen, daß nach den Untersuchungen von *Gaultier et al.*, *P. B. Schneider* u. a. ein überstandener Selbstmordversuch nicht etwa eine bessere Lebensaussicht mit sich bringt. Die damit erzielte Entlastung und Entspannung ist vielmehr oft nur kurzfristig und die Gefahr der Wiederholung eines Tentamens oder gar eines Suizides um so

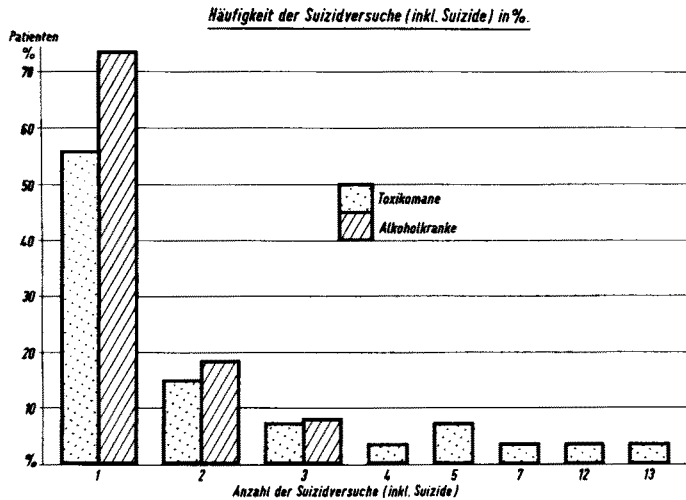


Abb. 3

größer. Medikamentensüchtige, die wiederholt Hand an sich legen, haben die Kennzeichen jenes von *Ringel* geschilderten Syndroms bei Suizidalen, das durch eine vollkommen entmutigte Lebenseinstellung charakterisiert ist. Diese Patienten sind infolge ihrer süchtigen Fehlhaltung (*Matussek*) bzw. -entwicklung und der damit zusammenhängenden vielen Enttäuschungen wie auch infolge der chronischen Gifteinwirkung derart affektiv verkümmert und eingeengt auf wenige oder einen Daseinsbezug, daß sie, bei dessen Wegfall, nichts mehr an das Leben bindet. Die Medikamentensüchtigen wie die Alkoholiker haben mit der Zeit nur noch ein Interesse: das Beschaffen ihres Suchtmittels. Erkennen sie allmählich zutiefst die Fragwürdigkeit ihres süchtigen Bemühens, so reißt noch der letzte Faden, der sie, wenn auch nur sehr schwach, mit dem Leben noch einigermaßen verband. Sind sie solchermaßen völlig auf ihr Elend zurückgewiesen, scheint ihnen nur noch der Schritt übrig zu bleiben, ihr Leben wegzuerwerfen. Da aber bei den Süchtigen die Sehnsucht nach dem Tode meist nicht allein besteht, sondern, wenigstens zu Beginn, begleitet ist vom Wunsche, am Leben Anteil zu haben, kommt es bei ihren initialen Selbstmordhandlungen in der Regel nicht zum vollkommenen Auslösen ihrer Existenz. Ihr Streben nach dem Leben zeigt sich ja auch darin, daß sie, wenn auch vergeblich, versucht hatten, mit Hilfe ihrer Suchtmittel, am Dasein Anteil zu haben.

Art des Suizides oder Suizidversuches (s.Abb. 4)

Betrachten wir die Art des Suizides oder Suizidversuches, so imponiert, daß bei den Alkoholkranken etwa ein Drittel der Selbstmordversuche mit Tabletten begangen wurde, während es bei den Medikamentensüchtigen etwa zwei Drittel waren, die auf diese Weise ihrem Leben ein Ende zu setzen versuchten. Die Alkoholiker verübten in höherem Maße aktivere («harte») Suizidversuche bzw. Suizide, wie zum Beispiel Arterienschnitt, Erhängen, Erschießen oder Sturz. Auch dabei müssen jedoch die Geschlechtsunterschiede zwischen den Alkoholpatienten und den Medikamentenabhängigen mit in Rechnung gezogen werden; die Männer neigen ohnehin zu aktiveren Methoden des Selbstmordes bzw. Selbstmordversuches. Außerdem fällt bei den Drogensüchtigen ins Gewicht, daß die Tabletteneinnahme bei ihnen einem eingeschliffenen Procedere entspricht, so daß es im Grunde genommen kaum verwunderlich ist, wenn sie auch bei Selbstmordabsichten zur Medikamenteneinnahme schreiten.

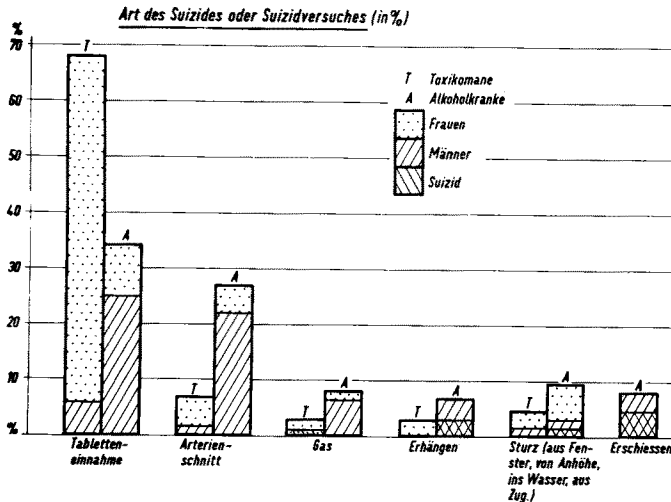


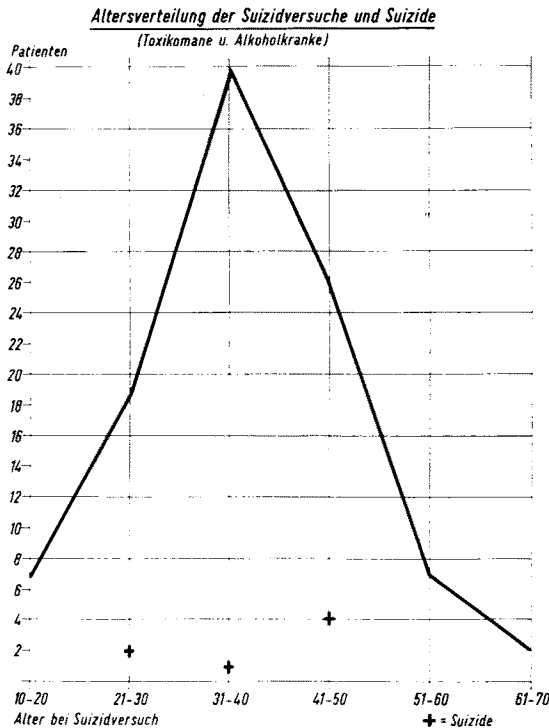
Abb. 4

Altersverteilung der Suizidversuche und Suizide (s.Abb. 5)

Die Altersverteilungskurve der von uns untersuchten, süchtigen Suizidversuchspatienten zeigt ein Maximum bei den 31- bis 40jährigen. Daß sie damit nicht mit derjenigen von *Dotzauer* et al., *Rüegsegger* oder von *Sclare* und *Hamilton* u. a., welche für die von ihnen erfaßten Selbstmordversuche ein Maximum zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr festgestellt haben, übereinstimmen, wird leicht erklärlich, wenn wir daran denken, daß von den Süchtigen eben vorerst das Medikament oder der Alkohol als Suizidäquivalente gebraucht werden. Sie werden, sind sie nicht durch Abstinenzsymptome dazu getrieben worden,

erst dann Selbstmordversuche unternehmen, wenn sie das Suchtmittel klar als unwirksam erlebt und das Vergebliche in ihrem süchtigen Streben eindeutig erkannt haben. Dabei besteht die Gefahr, daß die Erschütterung und Verzweiflung um so größer ist und es dann gar zum Suizid kommt.

Bei der geringen Anzahl von (gelungenen) Selbstmorden ist deren Altersverteilung nur schwer zu beurteilen. Immerhin fällt auf, daß sie bei den Süchtigen



Unterschiede zu den Befunden bei unausgewählten Suizidpatienten aufweist. Es macht sich bei unseren Kranken eine Häufung der Selbstmorde bei den 41- bis 50jährigen bemerkbar, was zu den meisten Angaben der Literatur (*Dotzauer, Dublin, Im Obersteg, Kielholz, Rüeegsegger, Thomas*), aus denen sich ein Ansteigen der Suizide in höheren Lebensaltern ergibt, im Widerspruch steht.

Die Süchtigen führen also offenbar ihre Suizidversuche später aus, als dem Durchschnitt nicht selektierter Patienten entspricht. Der schließliche Vollzug eines Suizids scheint aber, soweit Schlüsse anhand unserer lediglich recht kleinen Zahl von Selbstmorden überhaupt möglich sind, eher früher zu erfolgen. Vielleicht dürfen diese Befunde dahingehend gewertet werden, daß das Suchtmittel vorerst zwar als Selbstmordäquivalent dienen kann, aber nicht als Ersatz für den sich einem Patienten aufdrängenden Suizid erlebt wird. Die Zu-

flucht bei einem Suchtmittel könnte naturgemäß nie jenes Gefühl ersetzen, das beim Ausscheiden aus der als schmerzlich erlebten, verachteten und beneideten Welt beim – im Grunde genommen nur scheinbar aus freiem Entschluß geschehenden – Wegwerfen des Lebens von manchen Suizidalen erwartet wird. Es liegt in der süchtigen Zuwendung zu einem Mittel nicht die Möglichkeit zu jener dauerhaften, wenn auch auf ein anderes, überirdisches Leben gerichteten Abkehr von der Realität und Lösung begründet, die der Selbstmörder mit seiner Handlung herbeizuführen sucht. Dazu kommt, daß der süchtige Suizidant durch das Erkennen der Vergeblichkeit und Trostlosigkeit seiner oft als schuldhaft erlebten Sucht vielleicht schon früher als nichtsüchtige Lebensmüde nach einer endgültigen Verwirklichung seiner Hoffnung auf Erlösung von einem Dasein, welches ihm nicht das gab, was er ersehnte, strebt. Erst dann wird vom Süchtigen jene Selbstauflösung und Selbsterlösung, von der *Staehelein* spricht, jene über sich erhebende Transzendenz erlebt werden, wenn er in seiner Verzweiflung die letzte, allerdings recht fragwürdige, Bindung an die Welt, das Suchtmittel verwirft und sich dem Tode zuwendet.

Folgerungen für die Prophylaxe

Nach den Resultaten unserer Untersuchungen kann es demnach bei der Behandlung von Alkoholikern oder Medikamentensüchtigen nicht einfach darum gehen, ihnen das Suchtmittel zu entziehen. Wir können ihnen nicht die einzige, wenn auch recht fragwürdige Stütze nehmen, ohne ihnen durch unsere Therapie dafür etwas, das sie aus ihrer resigniert-eingeengten Lebensschau hinauszubringen vermag, zu geben. Es besteht sonst die Möglichkeit, daß sie in ihrer Not wieder zum Medikament greifen. So hat *Kielholz* anlässlich von katamnestic Erhebungen bei Morphinisten nur 38% sicher giftfreie gefunden. Bei unserer Untersuchung an 58 Medikamentenabhängigen ergaben sich bei einer Katamnesedauer von 5 Jahren gar nur 24,1% sicher rezidivfreie Patienten. In einer amerikanischen Untersuchung (*O'Donell*) blieben nach Behandlung ebenfalls lediglich 23,5% der Toxikomanen vollkommen frei von Medikamenten (inklusive Alkohol) bei einer Katamnesedauer von 4 bis 28 Jahren. Schon allein die erwähnten Zahlen weisen darauf hin, wie gering für die Betroffenen die Chancen sind, daß sie endgültig von den Drogen loskommen und das Leben, so wie es nun einmal ist, ertragen. Weit schlimmer ist aber die *zweite* Gefahr, nämlich diejenige, daß Patienten, die nach einer Behandlung die Nutzlosigkeit ihrer süchtigen Selbstheilungsversuche eingesehen haben, unvermittelt der Tatsache gegenüberstehen, keinen neuen Sinn in ihrem Leben erkennen zu können. Sie werden in der Verachtung ihrer selbst und allen menschlichen Tuns dazu neigen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Zwar sind für den Lebensverleider, insbesondere bei den Trinkern, aber auch bei anderen Süchtigen, oft neue Exzesse der Drogeneinnahme verantwortlich, doch werden die Patienten

im Kater nicht zu einer gänzlich unvermittelten Handlung verleitet. Es vollzieht sich dann nur um so ungehemmter, was ohnehin mehr oder weniger hintergründig in ihnen garte.

So verhielt es sich bei einem zur Zeit seines Suizids 45jährigen Astheniker, der in finanziell prekären Verhältnissen auf dem Lande aufgewachsen war und in seiner ersten Ehe mit einer Kriminellen, die eines seiner Kinder zu Tode quälte, zusammenlebte. Er konnte sein Schicksal nicht ertragen und begann zu trinken. Die nach der Scheidung eingegangene zweite Ehe mit einer um 10 Jahre älteren Frau vermochte ihm auch nicht jene Befriedigung zu vermitteln, die er sich so sehr ersehnte. Er kam immer mehr in eine depressive Resignation und damit zunehmend ins Trinken hinein. Als seine Frau, wie er 43 Jahre alt war, an einem Carcinom erkrankte und bald darauf starb, verlor er jeglichen Halt. Er sprach noch mehr dem Alkohol zu, war meist betrunken und ging keiner Arbeit mehr nach. Einem kurzen Aufenthalt in unserer Klinik folgte ein freiwilliger Eintritt in eine Trinkerheilstätte. Da er dort als willenlos und resigniert erschien, wurde er in unsere Klinik zurückverlegt. Zwar war er bei uns kooperativ, doch brachte er nicht mehr den Mut und den Willen auf, sich alkoholfrei zu halten. Nach Spitalentlassung kam er, ohne daß die sich um ihn bemühenden Ärzte und Fürsorger etwas ausrichten konnten, immer mehr in eine tiefe Resignation und damit bald wieder in ein schweres Trinken hinein, bis er schließlich ein Jahr später in seiner Aussichtslosigkeit erhängte. – Es kann für einen solchen Ausgang niemand verantwortlich gemacht werden. Alle, die sich für ihn einsetzten, haben ihr Bestes versucht. Doch war es nicht geglückt, ihm jenes Lebensgefühl, jene Existenzbejahung und jenes Selbstwerterleben zurückzugeben, durch die allein er wohl bereit gewesen wäre, sein Leben weiter zu tragen.

Was kann nun getan werden, um bei den Süchtigen *Selbstmordprophylaxe* zu treiben?

1. Es ist unumgänglich, Suchtpatienten, seien es Alkoholiker oder Medikamentenabhängige, in einem speziell eingerichteten Spital zu behandeln, in dem entsprechend geschulte Ärzte und Personal zur Verfügung stehen. Wegen psychischer und körperlicher Gewöhnung, vor allem aber wegen körperlicher Abhängigkeit (physical dependence) von den Suchtmitteln wäre einer ambulanten Behandlung ohnehin keine Erfolgchance gegeben. Wider bessere Einsicht müßten diese Patienten immer wieder zu Medikamenten greifen (*Kielholz, Kielholz* und *Battegay*). Es bestünde zudem eine erhebliche Gefahr, daß die Patienten, würden sie das Vergebliche ihres Bemühens um Drogenfreiheit gewahr, an sich selber verzweifeln. Die Selbstmordgefahr ist bei solchen Patienten, die das Selbstvertrauen und die Zuversicht in ihr Durchhaltevermögen verloren haben, besonders groß, zumal sie infolge ihrer Sucht oft jegliches Interesse und jede mitmenschliche oder anderweitige Bindung verloren haben.

2. Sind die Süchtigen in ein Spital eingetreten, so werden sie, sind es Alkoholranke oder Weckaminmißbraucher, sofort, sind es Morphinisten, sofern keine quälenden Abstinenzsymptome auftreten, ebenfalls plötzlich, und sind es Hypnotika-, Analgetika oder Tranquillizerabhängige, um Abstinenzpsychosen oder epileptische Anfälle zu vermeiden, nur sukzessive entzogen.

Die Entziehung soll den Patienten so leicht wie möglich gemacht werden, damit sie nicht unerträglich leiden und so erst recht am Sinn ihres Daseins

zweifeln. Wir gehen bei den Morphinisten und den körperlich meist stark reduzierten Stimulantiemißbrauchern so vor, daß wir unmittelbar nach Spital- eintritt mit dreimaligen Insulinisierungen pro Tag (8 bis 32 Einheiten pro Dosi) beginnen. Die einen entspannten Ruhe- und Somnolenzzustand hervorrufenden Hypoglykämien werden nach 4 Stunden mit 150 g Glukose in Tee abgebrochen. Nach je 10 Tagen gehen wir auf zwei- bzw. einmalige Insulinapplikation über, wobei wir die nächtliche bis zu vier bis sechs Wochen belassen, bis eventuelle Spätentziehungserscheinungen wie Insomnie, ängstlich-agitiert-depressive Verstimmungen verschwinden. Den Alkoholkranken applizieren wir im allgemeinen nur einmal, und zwar morgens, Insulin, da sie doch in der Regel noch nicht so schwer geschädigt sind wie die Toxikomanen und die Hospitalisierungsdauer oft nur recht kurz (1 bis 3 Wochen) ist, so daß die übrige Tageszeit für individuelle und kollektive psychotherapeutische Aussprachen und die Anbahnung der sozialen Wiedereingliederung benötigt wird. – Bei jeweiligem Abbruch der Insulinisierungen verabreichen wir dämpfende und damit die Abstinenzsymptome mildernde, wenn auch nicht unterdrückende Neuroleptika, zum Beispiel, der Intensität ihrer sedierenden Wirkung nach aufgeführt: Lävomepromazin, Chlorpromazin, Chlorprothixen, Thioridazin, in Dosierungen von 3 mal 25–150 mg (*Labhardt*).

Bei den Hypnotika-, Analgetika- und Tranquillizersüchtigen werden anfänglich nur die neuroleptischen Substanzen gegeben. Zu begleitenden Insulinapplikationen gehen wir bei diesen Patienten erst nach beendetem sukzessivem Entzug der Mittel über, um nicht durch Hypoglykämien die dann ohnehin bestehende Krampfbereitschaft zu verstärken.

Besteht eine depressive Grundstimmung, kann es nötig werden, die erwähnte Therapie mit Antidepressiva zu kombinieren. Davon, ob das Zustandsbild ängstlich-agitiert oder aber apathisch-gehemmt ist, wird es abhängen, ob eher dämpfend anxiolytische oder antriebssteigernde antidepressive Substanzen angewendet werden sollen (*Kielholz*). Dabei ist zu berücksichtigen, daß bei bestehenden Abstinenzsymptomen und mehr oder weniger vordergründiger Suizidalität nur sedierende und angstlösende Antidepressiva (Amitriptylin: 2–3 mal 10–50 mg; Trimeprimin: 2–3 mal 25–50 mg) indiziert sind, da aktivierende Substanzen das Erleben der Abstinenzsymptome intensivieren und deshalb wie auch wegen Antriebssteigerung die Suizidgefahr erhöhen können. Bei der erwähnten Anwendung von Neuroleptika während der Entziehung Süchtiger können allerdings auch Kombinationen mit aktivierenden Antidepressiva (Nortriptylin: 2–3 mal 10–50 mg; Desipramin: 2–3 mal 25–75 mg) in Frage kommen, vorausgesetzt daß Angst und Agitation unter den neuroleptischen Substanzen bereits in den Hintergrund getreten sind. Herrscht, besonders nach abgeschlossener Entziehung, depressiv-gehemmte Stimmung vor, werden antriebssteigernde, hemmungslösende Antidepressiva eingesetzt werden. Imipramin (3 mal 10–75 mg), Dibenzepin (3 mal 40–160 mg) können sowohl bei ängstlichen

als auch bei apathisch-gehemmten Süchtigen verabreicht werden. Es ist bei diesen Mitteln jedoch darauf zu achten, daß sie in individuell unterschiedlichem Maße auch etwa antriebssteigernd und damit eventuell auch suizidgefährdend sein können, so daß diese beiden Medikamente, wie die eigentlichen antriebssteigernden Antidepressiva, vorsichtshalber, zur Verhütung einer Aktivierung von Angst und Suizidimpulsen, vor allem auf die Nacht, mit Neuroleptika kombiniert werden sollten (*Kielholz, Kielholz und Pöldinger*).

Erkennen die Süchtigen durch die erwähnten therapeutischen Maßnahmen und die ärztliche Haltung ihnen gegenüber, daß ihr Leiden als Krankheit betrachtet und ihr körperlicher Zustand gründlich abgeklärt wird, gewinnen sie im allgemeinen bald ein Vertrauen zum Arzt, das die notwendige Basis schafft, um sie subtil und schrittweise aus der selbstgefährdenden Resignation herauszuführen.

3. Es ist wichtig, während der Entziehungsbehandlung die Zeit zur Kontaktaufnahme mit den in der Regel sehr isolierten und vereinsamten Menschen zu nützen (*Schulte*). Die Beziehungsaufnahme mit den oft bereits wesensveränderten, entkernten und auf ihr Suchtmittel zentrierten, gedanklich vollkommen eingeeengten, gegenüber jeder mitmenschlichen Annäherung mißtrauischen Menschen, ist allerdings oft sehr schwer. Die Gründe, die zur Sucht und zu den allfälligen Suizidversuchen geführt haben, wie auch deren Motive, sollen nicht etwa schon zu Beginn der Behandlung geklärt werden, sondern erst nach zirka drei bis vier Wochen, wenn die Patienten bereits durch den ärztlichen Einsatz von dessen Echtheit überzeugt werden konnten. Eine eingehende Psychoanalyse jedoch wird nur bei vereinzelt, neurotischen Süchtigen in Frage kommen. Ihr Zurückgeworfensein auf sich selbst bedingt es, daß sie Frustrierungen, wie sie eine analytische Psychotherapie mit sich bringt, etwa kaum ertragen und dabei an den Rand des Todes getrieben werden können. Auch kann eine tiefenpsychologische Behandlung erst nach vollkommenem Entzug des Mittels oder des Alkohols erfolgen, da die verdrängende Wirkung der Suchtmittel jegliche analytische Erhellung unbewußter Konflikte in Frage stellt.

Wesentlich ist es auch, daß die Patienten wieder zu einem Selbst- und Fremdwertgefühl kommen, das sie ans Leben zu binden vermag. Sie müssen langsam dazu angeleitet werden, wieder Vertrauen in sich selbst und ihre Mitmenschen zu gewinnen. Erst wenn sie in ein mitmenschliches Beziehungssystem eingebettet sind, wird auf die Dauer eine Suizidprophylaxe bei den Süchtigen möglich sein.

4. Es gilt, beim Süchtigen jegliches Interesse (wieder) zu wecken, das ihn von seiner Flucht vor der Welt abbringen könnte. Vor allem ist darauf zu achten, daß verlorengegangene oder noch nie entwickelte Bindungen an ethisch-moralische, religiöse und kulturelle Werte wieder aufgerichtet werden oder neu entstehen. Das Teilhaben an den ihn umgebenden Menschen und Begebenheiten wie auch der (wieder) erreichte Zugang zu geistigen, übersinn-

lichen Bereichen trägt wesentlich dazu bei, diese Patienten zu festigen, zu tragen, und stellt deshalb eine wirksame Suizidprophylaxe dar.

5. Es hat sich bei uns bewährt, die Süchtigen, Alkoholiker wie Medikamentensüchtige, nicht nur individuell, sondern auch je in einer Gruppe von gleichermaßen Betroffenen zu behandeln. Nach unseren Erfahrungen (*Battegay*), die weitgehend mit jenen von *Brunner-Orne*, *Esser*, *Fort*, *Fox* u. a. übereinstimmen, vermittelt ihnen die therapeutische Gruppe u. a. eine Möglichkeit, durch Identifikation mit den übrigen Zugehörigen ihrer Isolierung zu entrinnen, aus ihrer beengenden Resignation herauszukommen und auf ein kommunikatives Dasein hingewiesen zu werden. So wird ihnen ein Halt vermittelt, der sie davor bewahren kann, erneut der Sucht zu verfallen, einen Suizidversuch oder gar einen Suizid zu begehen. Auch haben sie es im Spiegel der Gruppe und in der Identifikation mit deren Zugehörigen leichter, in der Vergangenheit wurzelnde suchtfördernde Übertragungseinstellungen und -wünsche als solche zu erkennen, womit einem Rezidiv in den Alkoholismus oder die Toxikomanie und damit auch einer Selbstmordhandlung am wirksamsten vorgebeugt wird.

6. Es ist insbesondere wichtig, die Süchtigen nach Spitalaustritt psychotherapeutisch und fürsorglich zu betreuen. Von Vorteil erweist es sich, wenn der Arzt und die Sozialarbeiterin, zu denen die Patienten in der Klinik Vertrauen gewannen, ihnen bei ihrem Wiedereintritt in die Gesellschaft weiter zur Seite stehen. Sie werden mit ihnen allfällig erneut auftretende Schwierigkeiten gemeinsam angehen und so der Gefahr einer sonst oft rasch wieder eintretenden Resignation und Vereinsamung und damit einer erneuten Sucht- und Suizidgefährdung nach Möglichkeit vorbeugen. Insbesondere in der Nachbehandlung von Alkoholkranken und Toxikomanen hat sich die Gruppenpsychotherapie bewährt. Die Klinikentlassenen fühlen sich oft besser durch ihre Leidensgefährten als durch den Fachmann verstanden. Vor allem erleben sie sich in der Gemeinschaft mit anderen früheren Medikamentenabhängigen weniger verworfen, schuldhaft auf der einen und um die Kräfte der anderen stärker auf der anderen Seite. Sie helfen sich damit gegenseitig, aus ihrer Protesthaltung gegen die Gesellschaft, aus ihrer Verbitterung und Aggressivität gegen die Mitmenschen und, in der Rückwirkung, gegen sie selbst allmählich herauszukommen.

7. Wir Ärzte müssen uns darum bemühen, mit suchtfährdenden Medikamenten besonders vorsichtig umzugehen und sie von ehemaligen Süchtigen fernzuhalten. Verabreichen wir diesen Patienten leichtsinnig solche Drogen, werden diese Patienten Gefahr laufen, wieder süchtig zu werden und so die Vergeblichkeit neuer süchtiger Korrekturversuche der Realität erleben zu müssen. Nur wenn sich der Arzt seiner Verantwortung diesen Menschen gegenüber voll bewußt ist und in der Rezeptur entsprechend vorgeht, wird er die Gefahr eines Rückfalles oder gar eines Selbstmordes verringern können. Was diese Patienten viel eher als irgendwelche suchtfährdeten Medikamente be-

nötigen, ist die tätige Anteilnahme des Arztes. Zurückhaltung sollte vor allem in der Verordnung von Schmerz- und Schlafmitteln wie auch von Stimulantien geübt werden. Es ist auch vor unkontrollierter Applikation von Tranquillizern aller Art zu warnen. Für entsprechend Gefährdete wirken des ferneren alkoholhaltige Präparate oder gar Ratschläge, regelmäßig kleine Alkoholdosen zu sich zu nehmen, verheerend. Erkennen die Süchtigen, daß sie durch den Arzt erneut in das Verhängnis der Drogen- oder Alkoholabhängigkeit verwickelt wurden, so werden sie gegen die Mitmenschen und sich selbst verbittert werden, und es droht die Gefahr eines Suizids.

Schlußbemerkungen

In Sucht, Suizidversuch und Suizid manifestiert sich eine Verzweiflung an den Menschen und an sich selbst. Der Süchtige versucht zwar vorerst, sich mit einem Mittel über seine Konflikthaftigkeit hinwegzutäuschen, doch wird er, nach den bei unseren Untersuchungen gefundenen Suizidhäufigkeiten zu schließen, recht häufig inne, daß ihm bei seinem süchtigen Fehlbezug zur Welt, droht, die in ihm schlummernden Möglichkeiten in der sozialen Realität nicht verwirklichen zu können. Alkoholiker wie Medikamentensüchtige werden dabei über kurz oder lang gewahr, daß, wie *Jores* formuliert, «das Leben... ein einmaliger irreversibler Prozeß» ist und sie infolge ihrer Sucht viele Chancen endgültig verpaßt und ihnen ursprünglich offenstehende Wege verfehlt haben. Oft werden sie deshalb keinen anderen Ausweg mehr erkennen, als ihr Leben zu beschließen. Allerdings beginnt das Kranksein der Süchtigen meist nicht mit dem Griff zum Suchtmittel. Vielmehr fängt ihr Leidensweg häufig bereits in der frühen Kindheit an, wenn mangelnde Nestwärme und ungenügende Gefühlszuwendung oder aber eine allzu behütende Erziehung sie «oral fixiert» und sie in ihrer Entfaltung behindert. Es ist deshalb kein Wunder, wenn sie die Realitätsanforderungen nicht ertragen und zu einem von den Lebensproblemen distanzierenden Medikament bzw. zum Alkohol greifen und später daran gehen, der Welt zu entsagen. Sucht und Suizid, die beide einer Verzweiflung am eigenen Sein und an den Mitmenschen entspringen, wird am besten durch harmonische Familien-Verhältnisse und das Beispiel der Eltern vorgebeugt. An uns Ärzten ist es, diese Erkenntnis zu lehren und zu leben. – Bei den zu uns kommenden Süchtigen und Suizidgefährdeten ist uns immer wieder Gelegenheit geboten, durch unseren Einsatz Leben zu retten. Das, was der Mensch in der Sucht und im Suizid letztlich ersehnt, ist nicht, jenem von *Freud* erwähnten Todestrieb Genüge zu tun. Vielmehr ist es letztlich ihr Wunsch, im wahrsten Sinne des Wortes in ein «anderes Leben» überzugehen, das ihnen all das bringen sollte, nach dem sie sich während ihres ganzen Werdeganges so sehr vergeblich gesehnt haben. Wir Ärzte haben es in der Hand, dazu wesentlich beizutragen, ihnen zu diesem «anderen Leben» in den sozialen Bezügen zu verhelfen und ihnen wenigstens eine bescheidene Erfüllung im Dasein zu vermitteln.

Literaturverzeichnis

- Battegay R.*: Individuelle und soziale Ursachen, Prognose und Prophylaxe der Sucht mit Analgetika, Schweiz. med. Wschr. 88, 89 (1958).
- Battegay R.*: Comparative investigations of alcoholism and drug addiction. Bulletin on Narcotics 13, No. 2 April-June 1961.
- Battegay R.*: Gruppenpsychotherapie und klinische Psychiatrie, S. Karger, Basel-New York 1963.
- Brunner-Orne Martha*: Ward Group Sessions in the Frame of Daily Hospital Pannels. 2. Int. Kongr. Gruppenpsychother., Zürich 1957, Acta Psychother. 7, Suppl. 70 (1959).
- Dotzauer G., Goebels H. und Legewie H.*: Selbstmord und Selbstmordversuch, Münch. med. Wschr. 105, 973 (1963).
- Dublin L.J.*: Suicide, A Sociological and Statistical Study, The Ronald Press, New York 1963.
- Esser P.H.*: Psychotherapie für Alkoholiker, Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia 66, 138 (1963).
- Fort J.*: The Psychodynamics of Drug Addiction and Group Psychotherapy. Int. J. Group Psychother. 5, 150 (1955).
- Fox Ruth*: Group Psychotherapy with Alcoholics. Int. J. Group Psychother. 12, 56 (1962).
- Freud S.*: Das Ich und das Es. Gesammelte Werke, Bd. 13, S. 239. S. Fischer, Frankfurt a. M. 1963.
- Gaultier M., Fournier E., Gorceix A.*: A propos de 47 cas de tentatives de suicides chez des adolescents. Hygiène Mentale 50, 363 (1961).
- Im Obersteg J.*: Das Selbstmordproblem in der Gerichtlichen Medizin, Schweiz. med. Wschr. 85, 1013 (1955).
- (Im Obersteg-) Lerch Doris*: Administrative Trinkerversorgung und Antabuskuren in Basel in den Jahren 1947-1957 und ihre Ergebnisse. Z. Präventivmedizin 4, 381 (1959).
- Jores A.*: Menschsein als Auftrag. Hans Huber, Bern und Stuttgart 1964.
- Kielholz P.*: Behandlung und Prognose des chronischen Morphinismus. Schweiz. med. Wschr. 82, 1325 (1952).
- Kielholz P.*: Erfahrungen in der Schweiz, in: *Laubenthal F.*, Sucht und Mißbrauch S. 455, Georg Thieme, Stuttgart 1964.
- Kielholz P.*: Die Therapie der Altersdepression, in: *Gsell O.*, Krankheiten der über Siebzigjährigen, S. 238, Hans Huber, Bern und Stuttgart 1964.
- Kielholz P.*: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker, J. F. Lehmanns, München 1965.
- Kielholz P. und Battegay R.*: Aktuelle Probleme der Medikamentensucht in der Schweiz. Praxis 53, 447 (1964).
- Kielholz P. und Pöldinger W.*: Die ambulante Behandlung von Depressionen. Schweiz. med. Wschr. 91, 981 (1964).
- Labhardt F.*: Therapeutiques des toxicomanies d'origine médicamenteuse. Encyclop. Médico-chirurgicale I, Paris 1961.
- Pöldinger W.*: Möglichkeiten und Probleme der Selbstmordverhütung. Hilfsverein für Gemütskranke des Kantons Luzern, 90. Jahresber. (1963).
- Ringel E.*: Der Selbstmord. Verlag für Medizinische Wissenschaften, Wilhelm Maudrich, Wien-Düsseldorf 1953.
- Ringel E.*: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Brüder Hollinek, Wien 1961.
- Rüegsegger P.*: Selbstmordversuche. Klinische, statistische und katamnestische Untersuchungen an 132 Suizidversuchspatienten der Basler Psychiatrischen Universitätsklinik. Psychiat. Neurol. 146, 81 (1963).
- Schulte W.*: Die Sucht als psychotherapeutisches Problem. J. C. B. Mohr (Paul Siebeck) Tübingen 1963.
- Schneider P. B.*: Recherches catamnestiques sur la tentative de suicide. Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 10, 143 (1954).
- Sclare A. B. und Hamilton C. M.*: Attempted Suicide in Glasgow. Brit. J. Psychiat. 109, 609 (1963).
- Stachelin J. E.*: Über Selbst- und Gemeingefährlichkeit. Praxis 36, 616 (1947).
- Stengel E.*: Selbstmord und Selbstmordversuch, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III: Soziale und angewandte Psychiatrie. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1961.
- Thomas Kl.*: Hb. der Selbstmordverhütung. Ferd. Enke, Stuttgart 1964.

Adresse des Autors: Priv.-Doz. Dr. R. Battegay, Psychiatrische Universitätsklinik, Wilhelm-Klein-Straße 27, 4000 Basel.