

Suizid

Psychiatrische Erkrankungen sind Risikofaktoren für einen Suizid. Welche Faktoren sollten vom Arzt beachtet werden?

Prof. Michel: Für das Suizidrisiko wird immer wieder die Bedeutung der Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung betont. Über 90 % der Menschen, die einen Suizid begehen, erfüllen die Kriterien einer psychiatrischen Diagnose. Depressionen stehen dabei im Vordergrund, gefolgt von Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie. Eine Gefahr dabei ist, dass das Suizidrisiko plötzlich akut werden kann, ohne dass der Arzt dies merkt. Im Weiteren werden nach wie vor, und das wird wohl so bleiben, Depressionen häufig nicht diagnostiziert. Dies hat damit zu tun, dass Patienten oft wegen somatischer Beschwerden den Arzt aufsuchen und psychische Probleme häufig nicht zur Sprache kommen. Betroffene haben die Tendenz zu denken, dass ihr psychischer Zustand nicht krankhaft ist. Die meisten Menschen, wenn man sie nach einem Suizidversuch fragt, sagen, sie hätten gar nicht daran gedacht, dass der Arzt ihnen helfen könnte und dass sie sich auch nicht krank fühlen. Sie denken es sei eine Sache des Willens. Speziell Männer sprechen nicht darüber.

Wie kann der Arzt zu Patienten ein Vertrauensverhältnis aufbauen, sodass Gespräche über den Suizid möglich werden?

Prof. Michel: Aus Gesprächen mit praktizierenden Ärzten weiss ich, dass es im Praxisalltag manchmal schwierig ist, den Wechsel von somatischen Problemen auf die psychosoziale Ebene zu vollziehen. Es ist nicht die Depression, sondern der Mensch, der sich das Leben nimmt. Eine Einstiegsfrage wäre etwa „Wie geht es zu Hause?“ Das wäre wichtig, denn aus unserer Forschung wissen wir, und daher betonen wir das auch, dass wir Mediziner Mühe mit etwas haben, das keine Krankheit, sondern eine Handlung ist. Handlungen passen schlecht in das traditionelle medizinische Denken. Ein Prinzip aus der Handlungstheorie sagt, dass Menschen ihre Handlungen in Form von Geschichten erklären. Die Kunst des Arztes ist demnach, richtig zuzuhören. Dazu gehört ein Interesse an der Geschichte des suizidalen Menschen.

Wir führen in Bern Forschungsprojekte zur Arzt-Patienten-Interaktion bei suizidalen Patienten durch. Daraus haben wir ein Modell entwickelt, das auf dem Narrativ des Patienten, also der Geschichte, die er uns erzählt, basiert. Wenn Sie die Geschichte, die letztlich zum Suizidversuch geführt hat, hören wollen, dürfen Sie nicht fragen „Warum haben Sie das gemacht?“, sondern „Erzählen Sie mir wie es dazu gekommen ist – ich will die Geschichte, die dazu gehört, hören.“

Kann man als Allgemeinmediziner, wenn man aus einem kleineren Ort ist und die Lebensumstände kennt, Problemsituationen erkennen?

Prof. Michel: Ob man das von aussen sieht ist fraglich. Häufig sind die Probleme versteckt. Sie sind familiärer Natur oder betreffen die Arbeit, etc. Die Leute haben Probleme mit sich selbst und behalten dies wenn möglich für sich. Ich würde nicht erwarten, dass man das von aussen beurteilen kann.

Wie erkennt man den Zeitpunkt, zu dem Betroffene offen sind zu sprechen? Wie verhält man sich während des Gesprächs?

Prof. Michel: Die Frage stellt sich eher, wann der Arzt Zeit hat mit dem Patienten darüber zu sprechen. Wenn die Voraussetzungen stimmen und man Interesse zeigen kann (mit einem vollen Wartezimmer oder im Krankenhaus mit einem Sucher, der dauernd geht, kann das allerdings schwierig sein), sind praktisch alle Patienten bereit, darüber zu sprechen. Von selbst sprechen sie jedoch die Suizidgedanken kaum an. Man muss ihnen eine Brücke bauen.

Das ist ein grosses Problem. Patienten kommen in die Praxis, haben vielleicht Suizidgedanken, sind depressiv – trotzdem verlassen sie die Praxis oft ohne darüber gesprochen zu haben. Der Arzt kann natürlich nicht jeden Patienten danach fragen. Das Kommunikationsproblem hat mit beiden Seiten zu tun, nicht nur mit dem Arzt. Viele Leute wollen Suizidgedanken als etwas Privates für sich behalten. Trotzdem besteht meist eine Ambivalenz. Wird ein Betroffener von der richtigen Person angesprochen, ist es doch eine Erleichterung, darüber zu sprechen. Konkret bedeutet dies: Wenn er zum richtigen Zeitpunkt von der richtigen Person in



Foto: Privat

Prof. Dr. med. Konrad Michel

der richtigen Art angesprochen wird, wird der Betroffenen meist bereit, ja vielleicht sogar erleichtert sein, darüber zu sprechen. Eine Einladung könnte lauten: „Haben Sie auch schon grössere Krisen in Ihrem Leben gehabt?“ Die Vorstellung oder Angst, man könnte einen Suizidgedanken auslösen indem man darüber spricht, ist sicher falsch. Da sind sich alle Experten einig. Zum Teil handelt es sich natürlich auch immer noch um ein Tabuthema. Wenn man Leute aber konkret darauf anspricht ist man immer wieder überrascht, wie es sachlich behandelt werden kann. In der Vergangenheit haben wir eine Fortbildung mit Seminaren für Ärzte gemacht. Die Reihe hiess „Krise und Suizid“ und war von der FMH und BAG finanziert. Am Schluss sagten uns die Seminarleiter, dass sie selber gelernt hätten, Patienten vermehrt darauf anzusprechen - und immer noch staunten, wie häufig Suizidalität für Patienten in der Praxis tatsächlich ein Thema ist. Ein vermehrtes Ansprechen lässt natürlich die Hoffnung zu, dass sich Patienten in Krisen eher an ihren Arzt wenden werden.

Wie ist nach einen Suizidversuch zu beachten?

Prof. Michel: Ein erfolgter Suizidversuch ist der Risikofaktor Nummer eins für späteren Suizid oder einen späteren Suizidversuch. Er hat mehr Gewicht als eine Depression. Hat jemand eine Suizidhandlung gemacht, dann bleibt das Risiko über Jahre, 10 bis 20 Jahre, erhöht. Das ist aus Studien bekannt. Das heisst, dass im Laufe des Lebens immer wieder eine suizidale Krise auftreten kann; dabei müssen wir davon ausgehen, dass der Weg schon vorbereitet ist. Jemand hat einmal gesagt, es sei wie Schritte im Schnee, die man nicht mehr zurücknehmen kann. Das ist ein grosses Problem in der Nachbehandlung.

Nach der akuten Phase ist es also wesentlich zu beachten, dass ein Suizidrisiko weiterhin bestehen bleibt, auch wenn es lange Zeit gut geht.

Einige Studien konnten zeigen, dass mit spezifischen Angeboten über kürzere Zeit hinweg (6 Monate) das Suizidrisiko reduziert werden kann. Es gibt jedoch bis jetzt keine Studien die zeigen konnten, dass durch eine Therapie das Risiko *langfristig* reduziert wurde. Das ist einer der Knackpunkte in der Suizidforschung.

Immerhin haben uns einige dieser Therapiestudien gewisse Hinweise gegeben, was hilfreich sein kann. Es geht dabei um etwas, was ich eine langfristige Verankerung nenne, zum Beispiel bei einem Hausarzt, Psychiater oder einer Institution. Die Leute wissen, dass sie sich dort jederzeit melden können. Grundlage dafür ist jedoch eine gute therapeutische Beziehung. Das ist sehr entscheidend. Im weiteren hat sich nach einem Suizidversuch gezeigt, dass es in der Nachbetreuung wichtig ist, die Leute aktiv aufzusuchen oder zumindest per Telefon zu kontaktieren. Neuere Studien enthalten das „*outreach*“ Element: Hausbesuche oder telefonische Kontakte. In England gibt es die *community mental health nurses*, die Betroffene zu Hause aufsuchen können.

Es zeigt sich auch, dass verhaltenstherapeutisch orientierte spezifische Massnahmen hilfreich sein können. Dabei werden gemeinsam mit den Patienten Strategien entwickelt, wie sie mit der nächsten Krise anders umgehen können, damit sie nicht wieder in diesen gefährlichen suizidalen Zustand kommen. Bei uns wird dies schriftlich zu Händen des Patienten, des Hausarztes oder Therapeuten festgehalten.

In einer verhaltenstherapeutischen Studie wurden die Leute vorübergehend in der Erinnerung in den suizidalen Zustand versetzt. Dabei wurde geprüft, ob sie die neuen Bewältigungsmechanismen auch in der Krise anwenden können.

Erstaunlicherweise zeigen zwei Studien, dass regelmässige Kontakte durch einen Brief oder eine Postkarte alle zwei bis drei Monate eine antisuizidale Wirkung haben. Das ist die minimale Art des Kontakthalten. Auch hier ist wieder das *outreach* Element, indem Patienten von Zeit zu Zeit aktiv kontaktiert werden. Was dabei wirksam ist wissen wir nicht genau. Für die einen ist es die menschliche Bindung, für andere ist es eine positive Verstärkung, indem man Patienten daran erinnert „Denken Sie daran, wenn es Ihnen nicht gut hat, sollten Sie sich melden...“.

Wie kann die Familie unterstützt/entlastet werden?

Prof. Michel: Ich würde als Behandler die Familie mit einbeziehen und abmachen, dass sich die Angehörigen melden können, wenn sie sich Sorgen machen oder wenn es nicht gut geht. Dies zusätzlich zum Patienten selber, der sich natürlich jederzeit melden kann. Das sollte man mit dem Betroffenen und der Familie möglichst klar abmachen. Es ist jedoch nicht selbstverständlich, dass dies möglich ist. Oft will die Familie nämlich nicht mehr darüber reden und nicht mehr erinnert werden. Dies trifft leider oft auch für die Betroffenen zu.

Welche „Fehler“ können Ärzte in der Betreuung vermeiden?

Prof. Michel: Falsch ist Suizidgedanken auszureden. Das bringt nichts. Erst recht wird der Patient dann alles für sich behalten. Um eine therapeutische Beziehung herzustellen, gerade akut nach einem Suizidversuch, glauben wir dass es wichtig ist, zuerst mit einem narrativen Interview zu beginnen. Das bedeutet, wie schon weiter oben angesprochen, das Gespräch mit einer möglichst offenen Fragen eröffnen wie: „Ich möchte Ihre Geschichte hören, die dahinter steckt.“ Danach erst sollte man nach Symptomen einer psychiatrischen Störung explorieren. Macht man es umgekehrt, fragt man also zunächst nach Konzentration, Schlaf, Appetit, etc., kommt der Arzt nicht mehr aus seiner traditionellen Arztrolle heraus. Wenn es um die Lebensgeschichte des Patienten geht, ist der Patient der Experte seiner eigenen Geschichte, nicht der Arzt. Das muss im Gespräch klar sein. Der Arzt hingegen ist der Experte für Psychopathologie, Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Geht man so vor, ergibt das eine tragende Vertrauensbasis.

Antidepressiva sind die letzten Jahre immer wieder in den Schlagzeilen, dass unter Therapie ein erhöhtes Suizidrisiko besteht. Wie ist Ihre Meinung dazu?

Prof. Michel: SSRIs bergen zu Beginn der Behandlung ein gewisses Risiko, dass Suizidhandlung erhöht sein können. Der Zeitrahmen, in dem eine gewisse Gefahr besteht, liegt bei circa 10 Tagen. Das lassen die Forschungsergebnisse vermuten. Man erklärt sich das mit innerer Unruhe, dem Ansteigen der inneren Spannung, die zu Beginn der Therapie auftreten kann. Es ist wichtig

daran zu denken und Patienten bei Therapiebeginn über diese Nebenwirkungen zu informieren. Sie sollten sich sofort melden, wenn dies auftritt.

Beginnt man eine Pharmakotherapie mit einem modernen Antidepressivum ist es gut, wenn man nach ein oder zwei Tagen entweder telefonisch oder in einem Kontrolltermin Kontakt hat. Man kann meist zu diesem Zeitpunkt schon abschätzen, ob es Probleme mit Nebenwirkungen gibt. Wenn innere Unruhe und Schlafstörungen auftreten, muss man den Patienten unbedingt einbestellen. Man kann vorübergehend ein Benzodiazepin geben und die Unruhe damit auffangen.

Welche Verbesserungen wünschen Sie sich für Gefährdete und Ärzte für die Zukunft?

Prof. Michel: Vor kurzem wurden bei einer Tagung in der psychiatrischen Klinik Breitenau, Schaffhausen, zwei Dinge angesprochen, die verbessert werden sollten. Erstens sollte in der stationären Situation bei suizidalen Patienten regelmässig der Grad der Suizidalität gemeinsam mit dem Patienten erfasst werden, was sehr gut durch Pflegepersonen geschehen kann. Dazu gibt es Frageschemata, die gemeinsam mit dem Patienten ausgefüllt werden. Zweitens sollten nach der Entlassung unbedingt spezifische Programme zur Nachbehandlung entwickelt werden, ev. als Pilotprojekte, die evaluiert werden. Wir haben in Bern ein Kurzprogramm für Patienten nach einem Suizidversuch – nicht als Ersatz für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung – sondern als Ergänzung dazu. Wir bieten vier Konsultationen an und führen beim ersten Termin mit den Patienten ein narratives Interview, das wir in den folgenden Konsultationen mit den Patienten zusammen analysieren und daraus Verhaltensmassnahmen formulieren. Anschliessend senden wir über zwei Jahre regelmässig Briefe an die Patienten.

Zum Schluss noch ein Anliegen, das ich schon sehr häufig formuliert habe: Die Suizidprävention sollte in unserem Land unbedingt ein nationales Gesundheitsthema werden.

Wir danken für das Gespräch.

Prof. Dr. med. Konrad Michel
 Universitäre Psychiatrische Dienste
 Universitätsklinik für Psychiatrie,
 Bern