



Suizidprävention in der Praxis *La prévention du suicide dans la pratique*

Was braucht der suizidale Patient? *De quoi a besoin le patient suicidaire?*

Konrad Michel, Spiez

- Menschen behalten Suizidabsichten oft für sich.
 - Klinische und persönliche Risikofaktoren spielen eine Rolle, sind aber nicht die Ursache der Suizidalität.
 - Der Zugang zum suizidalen Patienten liegt im narrativen Interview («erzählen Sie mir, wie es so weit gekommen ist»).
 - Konzepte zum Verständnis der akuten Suizidalität sind psychischer Schmerz («mental pain») und suizidaler Modus (stressbedingter Ausnahmezustand).
 - Das therapeutische Prozedere soll mit dem Patienten abgesprochen werden.
 - Es sind individuelle Warnzeichen und Verhaltensstrategien für suizidale Krisen auszuarbeiten und dem Patienten schriftlich abzugeben.
 - Die gute Arzt-Patienten-Beziehung ist die wirksamste Prävention.
- *Les gens gardent souvent les pensées suicidaires pour eux.*
 - *Les facteurs de risque cliniques et personnels jouent un rôle, mais ne sont pas la cause de l'idée suicidaire.*
 - *L'approche du patient consiste en un interview narratif («racontez-moi comment cela est allé si loin»).*
 - *Les concepts pour la compréhension de l'idée suicidaire aiguë sont la souffrance psychique («mental pain») et les pulsions suicidaires (état d'exception lié au stress).*
 - *Le processus thérapeutique doit être discuté avec le patient.*
 - *Il existe des signes d'alerte individuels et des stratégies comportementales à élaborer pour les crises suicidaires et à communiquer par écrit au patient.*
 - *La bonne relation médecin-patient est la prévention la plus efficace.*

■ Das grosse Problem in der klinischen Suizidprävention ist, dass viele suizidgefährdete Menschen (Männer!) ihre Suizidabsichten für sich behalten. Nach einem Suizid zeigt sich oft, dass die betreffende Person in den Tagen und Wochen vorher einen Arzt aufgesucht hat, nicht selten sogar ein paar Stunden vor dem Suizid, ohne dass das Thema zur Sprache gekommen wäre. Eine finnische Untersuchung zeigt, dass beim letzten Arzttermin vor dem Suizid das Thema bloss in 22% der Fälle angesprochen wird [1]. In der stationären psychiatrischen Behandlung begehen Patienten nicht selten einen Suizid, obschon sie einen Non-Suizid-Vertrag unterschrieben haben [2].

Immer wieder wird von ärztlicher Seite der Wunsch nach praktisch anwendbaren Risikoskalen geäussert. Leider lässt sich damit das Problem nicht lösen. Risikoskalen können auf ein *langfristig* erhöhtes Risiko hinweisen, aber erlauben kaum je Aussagen über das *kurzfristige* Risiko – nicht zuletzt, weil suizidale Patienten auch bei der direkten Befragung Suizidabsichten oft verneinen. In den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft zur Suizidprophylaxe steht denn auch: «Eine absolut sichere Suizidprävention gibt es auch unter optimalen fürsorglichen und therapeutisch-pflegerischen Rahmenbedingungen nicht. Suizidprävention kann immer nur ein Bemühen aller an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen sein und ist auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen» [3]. Allgemein gilt, dass man von einem akuten Risiko ausgehen muss, wenn in der Untersuchung (z.B. auf der Notfallstation) keine Beziehung zum Patienten hergestellt werden kann.

Risikofaktoren

Die wichtigsten Risikofaktoren, die auf eine langfristig erhöhte Suizidgefährdung hinweisen, sind psychiatrische Diagnosen, allen voran diejenige einer Depression, gefolgt von Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, speziell bei anamnestischen Hinweisen auf Impulsivität und Aggression. Eine Rolle spielen des Weiteren persönliche Faktoren wie Verlusterlebnisse (Beziehungen, Arbeit), psychosoziale Probleme (z.B. Isolation) und somatische Erkrankungen. Der mit Abstand wichtigste Risikofaktor jedoch ist ein früherer Suizidversuch. Dieser erhöht das Suizidrisiko langfristig um das 60- bis 100-Fache, und nimmt mit jedem weiteren Suizidversuch zu [4]. Daher sollte bei der Aufnahme der Anamnese – auch



Credits auf
medizinonline.ch
FACHPORTAL FÜR ÄRZTE

Einloggen, Fragen beantworten und direkt zum Zertifikat gelangen

ausserhalb der Psychiatrie – *immer* nach vergangenen psychischen Krisen und allenfalls nach früheren und aktuellen Suizidgedanken gefragt werden (so wie es zur ärztlichen Routine gehört, nach durchgemachten Operationen und Unfällen zu fragen). Immerhin begehen rund 5% Prozent der Bevölkerung Suizidversuche, wobei die Zahl derjenigen, die im Leben schon mindestens einmal Suizidpläne gemacht haben, um ein Vielfaches grösser ist.

Über Suizidalität sprechen

Für die therapeutische Beziehung zum suizidalen Patienten ist es hilfreich, Suizid nicht als Symptom einer psychiatrischen Störung zu sehen, sondern – ganz einfach – als Handlung. Es ist nicht die Depression, sondern der Mensch selbst, der Suizid begeht. In einer Umfrage bei Patienten ein Jahr nach dem Suizidversuch gaben ganze 10% an, ein vorgängiger Arztbesuch hätte vielleicht helfen können. Viele suizidale Menschen fühlen sich demnach nicht «krank». Handlungen haben eine Vorgeschichte, auch wenn es noch nicht bis zur Suizidhandlung gekommen ist. Der Königsweg zur Abschätzung des Suizidrisikos ist das empathische narrative Interview. Das Narrativ in diesem Kontext wird definiert als Geschichte, die der Patient einem aufmerksamen Zuhörer erzählt, um zu erklären, wie es zur suizidalen Krise gekommen ist.

Wir haben in unserer Spezialsprechstunde in Bern die Erfahrung gemacht, dass Patienten nach einem Suizidversuch sehr wohl in der Lage sind, die persönliche Logik ihrer suizidalen Krise zu erklären. Dabei ist es wichtig, dass das Gespräch mit einer narrativen Eröffnung beginnt: «Erzählen Sie mir doch bitte die Geschichte, die dahintersteckt.» Der Patient wird damit zum Experten seiner Geschichte, im Gegensatz zur üblichen Arzt-Patienten-Interaktion. Der Arzt ist in der Position des «Nicht-Wissenden», der Patient muss ihn aufklären. Hingegen ist der Arzt Experte, wenn es um den Psychostatus und die indizierten therapeutischen Massnahmen geht.

Patienten benötigen im Allgemeinen zwischen 20 und 30 Minuten für ihre Geschichte, d.h. dieser Zugang zum Patienten ist auch in der Hausarztpraxis möglich. Manchmal kann es nötig sein, mit offenen Fragen nachzuhaken: «Können Sie etwas mehr dazu sagen?» Auch kann man in einer nächsten Konsultation Fehlendes vervollständigen. Fragen zur Psychopathologie (z.B. zur depressiven Symptomatik) dürfen erst *im Anschluss* an das narrative Interview folgen, da es sonst praktisch unmöglich ist, vom üblichen Muster der Arzt-Patienten-Beziehung (der Arzt stellt die Fragen) wegzukommen.

Das so erworbene gemeinsame Verständnis schafft eine Vertrauensbasis, in der Patienten offen über ihr inneres Erleben sprechen können und mit der eine individuelle Einschätzung des Risikos möglich ist. Erst damit ist die Möglichkeit gegeben, gemeinsam mit dem Patienten das weitere Vorgehen zu besprechen.

Suizidalität verstehen

Um die Geschichten der suizidalen Patienten verstehen zu können, sind folgende Konzepte der Suizidalität hilfreich.

Psychischer Schmerz («mental pain»): Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, berichten über unerträgliche psychische Schmerzen, z.B. aufgrund eines Verlusterlebnisses oder eines ernsthaften Konflikts mit einem nahestehenden Menschen. Existenzielle Krisen dieser Art können das Selbstwertgefühl, ja die Identität eines Menschen vollkommen aus dem Gleichgewicht bringen, so dass ein Zustand von psychischem Schmerz entsteht. Dies wiederum kann als derart bedrohlich erlebt werden, dass der Drang, diesem Zustand ein Ende zu setzen, übermächtig wird. Suizid erscheint damit als Flucht bzw. Erlösung aus einem unerträglichen und – scheinbar – hoffnungslosen akuten inneren Ausnahmezustand.

Der suizidale Modus: Das Konzept des Modus beschreibt einen psychophysischen Zustand als Reaktion auf bedrohliche Situationen (sog. Kampf-Flucht-Muster). Dieses durch akute Stresssymptome geprägte Muster kann durch spezifische Auslöseereignisse jederzeit wieder aktiviert werden (on/off-Mechanismus). Der suizidale Modus umfasst Veränderungen in Kognition, Emotion, Körpersymptomen (vegetatives Nervensystem) und Verhalten (Suizid als Lösung eines als unerträglich erlebten Zustands). Neurobiologisch handelt es sich beim suizidalen Modus um eine stressbedingte Veränderung der neuronalen Aktivität ähnlich einem akuten traumatischen Zustand [5]. Durch die Deaktivierung gewisser Teile des präfrontalen Kortex ist das Problemlösungsvermögen massiv eingeschränkt, d.h. im suizidalen Ausnahmezustand können wir nicht mehr überlegt handeln, unsere üblichen Strategien zur Problembewältigung stehen nicht mehr zur Verfügung. Im suizidalen Modus erleben Patienten häufig dissoziative Zustände (das Gefühl, nicht sich selber, in einer Art Trancezustand zu sein oder wie in einem «Autopilot-Modus» zu handeln). Oft liegen auch eine Analgesie vor (Patienten haben keine Schmerzen, wenn sie sich schneiden) sowie ein verändertes Zeitempfinden.

Therapeutische und präventive Massnahmen

Die gute Arzt-Patienten-Beziehung, basierend auf einem gemeinsamen Verständnis der suizidalen Krise, ist nicht nur die wirksamste Prävention, sondern erlaubt auch eine wesentlich zuverlässigere Einschätzung des kurzfristigen Suizidrisikos. In Krisenzeiten können engmaschige Termine (auch wenn sie nur für eine Dauer von 20–30 Minuten sind), evtl. Telefontermine oder E-Mails, eine lebenswichtige Funktion bekommen. Eine Zuweisung an einen Facharzt für Psychiatrie oder einen psychiatrischen Dienst wird oft notwendig sein und sollte in jedem Fall mit dem Patienten abgesprochen werden. Eine stationäre Behandlung mit FU (Fürsorgerischer Unterbringung) kann indiziert sein, müsste aber in jedem Fall dem Patienten erklärt werden. Oft können Patienten auch überzeugt werden, dass eine stationäre Behandlung mit FU zu ihrer eigenen Sicherheit nötig ist. Der Arzt darf dabei offen über seine Sicht sprechen: «Ich bin überzeugt, dass es eine Zukunft nach der Krise gibt, und ich sehe meine Aufgabe darin, dafür zu sorgen, dass Sie diese Krise überleben.»

Suizidimpulse können jederzeit, auch akut, erneut ausgelöst werden – das müssen Patient und Therapeut wissen. Daher müssen unbedingt gemeinsam mit dem Patienten die individuellen Warnzeichen und Sicherheitsstrategien formuliert und dem Patienten schriftlich mitgegeben werden [5,6]. Bei wiederholter Suizidalität sind fixe Kontrolltermine hilfreich, auch wenn diese in grossen Abständen stattfinden («den Draht zum Patienten behalten»). Es ist auch heute noch so, dass Ärzte, vor allem Hausärzte und Psychiater, für viele Menschen ein «sicherer Ort» (im Sinne von John Bowlby, Begründer der Bindungstheorie) sind, vor allem natürlich, wenn in der Vergangenheit eine therapeutische Beziehung hergestellt wurde. Das Wissen, dass man eine vertrauenswürdige Fachperson im Hintergrund hat, kann lebensrettend sein.

Medikamente

Bei akuter Suizidalität sind Benzodiazepine sinnvoll und erlaubt. Antidepressiva sind bei Depressionen mit Suizidalität indiziert und notwendig, meist kommen SSRIs oder Trizyklika (wegen Toxizität in kleinen Packungen abgeben), evtl. mit einem Benzodiazepin kombiniert, zum Einsatz. Cave: Es ist eine initiale Erhöhung des Suizidrisikos möglich (vor allem Zunahme der Suizidgedanken), daher sind in den ersten zehn Tagen häufige Kontrollen und eine entsprechende Information des Patienten entscheidend. Eine Kombination mit modernen Neuroleptika ist möglich.

Literatur:

1. Isometsä E, et al.: The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 919–922.
2. Busch KA, et al.: Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003; 64(1): 14–19.
3. Arbeitsgemeinschaft «Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus» der Deutschen Gesellschaft für Suizidprophylaxe DGS. *Suizidprophylaxe* 2011; 38(4).
4. Owens D, et al.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm Systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 181(3): 193–199.
5. Gysin-Maillart A, Michel K: *Kurztherapie nach Suizidversuch; ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program – Therapiemanual*. Verlag Hans Huber, Bern 2013.
6. Gysin-Maillart A, et al.: A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine* 2016; 13(3): e1001968.



Prof. em. Dr. med. Konrad Michel

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Spiezbergstrasse 27
3700 Spiez
konrad.michel@spk.unibe.ch