

Der Arzt und der suizidale Patient

Teil 1: Grundsätzliche Aspekte

K. Michel

Haben Ärzte das Recht, Menschen vom Suizid abzuhalten? Oder ist Suizid das «heilige Recht» des Einzelnen (Jean Améry), über sein Leben zu entscheiden?

Im Durchschnitt wird der praktizierende Arzt pro Jahr mit einem vollendeten Suizid alle zwei bis drei Jahre und mit 1–6 Suizidversuchen pro Jahr konfrontiert [1]. Viel verbreiteter sind Suizidgedanken: Bis 50% der 15- bis 19jährigen geben an, Gedanken an Suizid gehabt zu haben [2]. Das Bild des Eisbergs bietet sich als Paradigma an [3]. Die rund 1300 Suizidtoten pro Jahr (1999: 1296) in unserem Land sind demnach nur die Spitze des Eisbergs, darunter, jedoch noch sichtbar, d.h. über dem Wasserspiegel, folgen die jährlich schätzungsweise 10–12000 Suizidversuche, welche in ärztliche Behandlung gelangen [4]. Unter der Wasseroberfläche liegen geschätzt drei bis viermal mehr selbstschädigende Handlungen (z.B. Schneiden), welche nicht zu einer ärztlichen Konsultation führen. Den untersten und grössten Teil des Eisbergs aber machen alle «gewöhnlichen» emotionalen Krisen aus, welche mit oder ohne Gedanken an Suizid auftreten können. Jede Krise, welche die Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen übersteigt, kann den Beginn einer suizidalen Entwicklung darstellen. Das Eisbergparadigma illustriert, dass ärztliche Suizidverhütung nicht nur an der Spitze des Eisbergs, d.h. beim akut suizidgefährdeten Patienten, stattfindet, sondern vor allem bei den zahlreichen Formen von psychischen und psychosozialen Krisen, die Menschen – meist wegen somatischer bzw. nervöser Störungen – zum Arzt führen.

Probleme mit der Kommunikation

In einer retrospektiven finnischen Studie über 571 Suizide, bei denen vorgängig ein Kontakt mit einer medizinischen Fachperson stattgefunden hatte, zeigte sich, dass das Thema Suizid bei der letzten Konsultation durchschnittlich in bloss 22% der Fälle angesprochen worden war [5]. Achtzehn Prozent der Patienten hatten am Tag des Suizids noch ihren Arzt aufgesucht, aber sogar hier war das Thema Suizid nur in einem Fünftel der Konsultationen

zur Sprache gekommen. Andere Untersuchungen zeigen eine Zunahme der Frequenz der Arztvisiten vor einer Suizidhandlung – ein Hinweis darauf, dass sich die Entwicklung zum Suizid oder Suizidversuch oft über längere Zeit anbahnt, und dass damit eigentlich Gelegenheiten bestehen sollte, Patienten auf das Thema Suizid anzusprechen.

Welches sind die Gründe dafür, dass Suizidalität so oft nicht angesprochen wird? Offenbar neigen wir generell dazu, das Problem zu unterschätzen. So glaubte in einer Umfrage in Bern die Mehrzahl der befragten Ärzte, dass sie ein Suizidrisiko bei ihren Patienten erkennen würden. Wurden die Ärzte jedoch nach einem Suizid oder Suizidversuch eines ihrer Patienten befragt, sagten 48%, dass sie vom Suizid ihrer Patienten überrascht wurden [6]. Ein anderes Problem besteht darin, dass suizidale Patienten ihren Arzt meist nicht wegen «schwarzer Gedanken», sondern wegen somatischen Beschwerden konsultieren. Besonders männliche Patienten finden es schwierig, über emotionale Probleme zu reden, sei es, weil sie sich schämen, oder weil sie Angst haben, nicht verstanden (und evtl. in eine Psychiatrische Klinik eingewiesen) zu werden. Rutz [7] spricht in diesem Zusammenhang von einem spezifisch männlichen – oft versteckten – depressiven Syndrom, mit weniger offensichtlicher depressiver Verstimmung, aber mehr Verhaltensproblemen wie etwa Alkoholabusus.

Bedenklich stimmt, dass in einer Studie Klinikpatienten sagten, sie hätten Pflegepersonen oder Sozialarbeiter hilfreicher erlebt als Ärzte, bzw. sie würden lieber einen Nachfolgetermin bei einer Pflegeperson vereinbaren [8]. Dies mag damit zu tun haben, dass Ärzte oft nicht gute Zuhörer sind und von ihrer Ausbildung her stark einem kausalen Denken verhaftet sind. Es gibt eine Anzahl älterer Arbeiten aus England [z.B. 9], in denen die Erklärungen von Psychiatern und Patienten über Suizidversuche mit Medikamenten miteinander verglichen wurden. Psychiater wählten unter den angebotenen Erklärungen am häufigsten sogenannte manipulative Motive («eine wichtige Person beeinflussen»), während Patienten vor allem innerpsychische Motive (z.B.: «meine Gedanken waren derart unerträglich, dass ich keine andere Möglichkeit sah als den Suizid») wähl-

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Konrad Michel
Universitäre Psychiatrische
Dienste (UPD)
Direktion Sozial- und
Gemeindepsychiatrie
Murtenstrasse 21
CH-3010 Bern

konrad.michel@spk.unibe.ch

ten, welchen Psychiater ihrerseits nicht viel Bedeutung zumassen. Offensichtlich gibt es also unter Ärzten und Psychiatern die Tendenz, suizidales Verhalten als manipulativ zu interpretieren, während Patienten selber in erster Linie innerpsychische Zustände angeben. Es erstaunt in diesem Zusammenhang auch nicht, dass Ärzte die Bedeutung der Angst in der suizidalen Krise unterschätzen [10]. Wir müssen annehmen, dass mangelndes Verständnis für die Beweggründe, d.h. unterschiedliche Erklärungsmodelle für suizidales Verhalten, die Arzt-Patienten-Beziehung, und damit auch die Kommunikation, stark beeinträchtigen.

Risikofaktoren

Es gilt: Je mehr ein Mensch in den typischen Charakteristika einem Menschen ähnlich ist, der Suizid begangen hat, desto grösser das Risiko. Psychiatrische Krankheiten sind die wichtigsten Risikofaktoren. Zahlreiche retrospektive Untersuchungen in verschiedenen Ländern haben seit Jahren konstant gezeigt, dass über 90% der Menschen, die Suizid begehen, zu dieser Zeit an einer psychiatrischen Krankheit leiden [11]. Die Diagnosen umfassen in erster Linie Depressionen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen. Es können dabei mehrere Diagnosen zusammen vorkommen (z.B. Depression und Sucht).

Mit Abstand der wichtigste klinische Risikofaktor sind Depressionen. Bei Patienten in ärztlicher Behandlung, die Suizid begehen, liegt in bis zu 75% eine klare depressive Symptomatik vor [12]. Depressive Störungen sind verbunden mit einer 20fach erhöhten Suizidhäufigkeit. Leider werden depressive Zustände nach wie vor häufig nicht erkannt [13], und depressive Patienten erhalten oft keine oder ungenügende antidepressive Therapie [12, 14]. Isacson et al. [15] fanden sogar, dass nur in 16% von 3400 Suiziden Antidepressiva im Blut gefunden wurden. Eine mögliche Erklärung dafür liegt wohl darin, dass depressive Symptome oft während der Konsultation nicht erkennbar sind, wenn nicht spezifisch exploriert wird. Depressive Patienten, bei denen die Diagnose verpasst worden war, hatten selber weniger Einsicht in die psychische Natur ihrer Störung. Somatische Beschwerden stehen bei diesen Patienten oft im Vordergrund: Probleme im Bereich des Magen-Darm-Traktes, Appetitverlust, Müdigkeit, Störungen des autonomen Nervensystems, Schmerzen usw.

Mit der heute überholten Unterteilung der depressiven Zustände in reaktive, neurotische und endogene Depressionen war es im weiteren so, dass die sog. reaktiven Depressionen nicht oder weniger konsequent antidepressiv

medikamentös behandelt wurden, auch wenn die Symptomatik und die Beeinträchtigung des Patienten ausgeprägt war. Fawcett [16] hatte 1972 geschrieben: «The presence of a reason for depression does not constitute a reason for ignoring its presence». In unserer Umfrage bei Hausärzten bestätigte sich, dass die Tendenz bestand, Depressionen, welche als reaktiv bezeichnet wurden, als weniger schwer angesehen wurden, und daher Antidepressiva meist nicht verschrieben wurden. Die heutigen diagnostischen Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV), welche deskriptiv sind und depressive Zustände nach Ausprägung der Symptomatik unterteilen (leichte, mittelgradige, schwere depressive Episode), haben diesbezüglich eine Verbesserung gebracht.

Kurzfristig ist das Suizidrisiko grösser, wenn die depressive Symptomatik mit Agitation, Angst oder Panikattacken auftritt. Psychopathologische Befunde, die mit erhöhtem Suizidrisiko verbunden sind, sind: Depressive Gedankeninhalte, Hoffnungslosigkeit und eine negative Einschätzung der Zukunft. Für den Hausarzt ist speziell von Bedeutung, dass das Suizidrisiko nach Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung besonders hoch ist. Klinikentlassene Patienten werden oft wieder mit der alten Lebenssituation konfrontiert und geraten in einen erneuten Zustand der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Es wäre also falsch zu erwarten, nach einer Klinikbehandlung sei der Patient vom Suizidrisiko geheilt.

Neben den klinischen Risikofaktoren gibt es eine Reihe von persönlichen und sozialen Risikofaktoren: Männliches Geschlecht, Alter über 45, allein lebend, frühere Suizidversuche. Gerade letzteres wird beim Erheben der Anamnese zuwenig beachtet. Die Frage nach durchgemachten emotionalen Krisen und allenfalls nach Suizidversuchen sollte zur Routine gehören. Bei bis zu 50% der Patienten, die Suizid begehen, finden sich Suizidversuche in der Anamnese.

Ganz allgemein aber muss festgehalten werden, dass eine zuverlässige Voraussage im Einzelfall, bzw. eine zuverlässige Einschätzung des Risikos und damit eine Entscheidungsgrundlage für weitere Massnahmen, wie z.B. eine Klinikeinweisung mit FFE, aufgrund der Risikofaktoren im Einzelfall nicht möglich ist. Risikofaktoren stellen ein Element für die Beurteilung der Suizidalität dar, das nur Sinn macht, wenn es in den klinischen Gesamteindruck einfließt. Die praktischen Aspekte der Exploration des suizidalen Patienten werden im zweiten Teil dieser Artikelserie besprochen werden.

Fortbildung

Theoretische Kenntnisse über Suizidalität und Einstellungen korrelieren: Domino und Swain [18] fanden, dass Fachpersonen mit einem besseren Wissen suizidales Verhalten seltener als manipulativ einstufen.

Fortbildungseminare können eine signifikante Veränderung der Kenntnisse und Einstellungen der praktizierenden Ärzte bewirken [19]. Aus dieser Erfahrung wurden die Seminare «Krise und Suizid» im Rahmen der Präventionskampagne der FMH und des BAG entwickelt und in verschiedenen Landesteilen durchgeführt.

Die wichtigste Studie, welche bis jetzt die Bedeutung der Fortbildung und der ärztlichen Kompetenz für die Suizidprävention aufzeigte, ist diejenige von Rutz und Mitarbeitern [20]. Eine Gruppe von Psychiatern führte auf der Ostseeinsel Gotland ein natürliches Experiment durch, indem sie zweimal im Winter den Hausärzten Kurse und Seminare zum Thema Erkennen und Behandeln von Depressionen anboten. Da die Befürchtung bestand, dass sich Hausärzte in der Behandlung depressiver Patienten überschätzten, wurden verschiedene Parameter zur Untersuchung beigezogen (z.B. Zeugnisse für Arbeitgeber, Verschreibepaxis von Psychopharmaka, Suizidrate usw.). Vor allem musste man erwarten, diese Veränderungen im Umgang mit depressiven Patienten könnten zu einer höheren Suizidrate führen. Das Gegenteil war der Fall: es fand sich nach dem zweiten Seminar eine signifikant tiefere Suizidrate. In der gleichen Zeit waren die Verschreibungen für Antidepressiva angestiegen, während diejenigen für Anxiolytika abnahmen. Erstaunlicherweise ging auch die Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungen um über 50% zurück, ebenso die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit. In andern Worten: Hausärzte erkannten nach der Fortbildung häufiger Depressionen, behandelten diese häufiger selber (korrekt), und gleichzeitig ging die Suizidrate zurück. Leider stieg in den folgenden

Jahren die Suizidrate langsam wieder an, möglicherweise weil zahlreiche Ärzte nur vorübergehend im Rahmen des staatlichen Gesundheitsdienstes auf der Insel Gotland arbeiteten. Bemerkenswert ist, dass bis jetzt nicht gezeigt werden konnte, dass psychiatrische Nachbehandlungen nach einem Suizidversuch das Risiko weiterer suizidaler Handlungen signifikant verringern. Dies unterstreicht die Rolle des Hausarztes in der Suizidverhütung.

Die Rolle der Antidepressiva in der Suizidverhütung

Bei Vorliegen einer depressiven Symptomatik ist die wichtigste antisuizidale Massnahme die adäquate antidepressive Medikation. Isacsonn fand einen Zusammenhang zwischen der (fünffachen) Zunahme der Verschreibungen für Antidepressiva und einem 25prozentigen Rückgang der Suizidrate in Schweden in den letzten Jahren. Die gleichen Muster wurden in Finnland, Dänemark und Norwegen, aber auch in Ungarn, welches traditionellerweise die höchste Suizidrate in Europa hatte, festgestellt. Diese Befunde sind also konsistent mit der Studie von Rutz et al. Sie sind auch vereinbar mit der vor Jahren immer wieder gemachten Feststellung, dass depressive suizidale Patienten nur in einer Minderheit mit antidepressiver Medikation in genügender Dosierung behandelt worden waren.

Bei den Antidepressiva besteht allerdings die paradoxe Situation, dass vor allem die älteren, trizyklischen Substanzen, welche durch ihre antidepressive Wirkung das Suizidrisiko reduzieren, infolge ihrer Toxizität als Mittel zum Suizid geeignet sind. Der sogenannte «Toxicity Index» (Anzahl Todesfälle infolge absichtlicher Überdosierungen pro Million Verschreibungen einer Substanz [17]) zeigt, dass sich Antidepressiva in der Häufigkeit tödlicher Ausgänge von Überdosierungen deutlich unterscheiden. Neuere Substanzen (v.a. SSRIs, Serotonin und

Tabelle 1.
Suizidales Verhalten in Zahlen, Schweiz.

Suizidtote, 1999 [Quelle: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit]	
Frauen	367
Männer	929
Total	1296
Rate, Suizide/100 000 Einwohner (1997)	16,3
Suizidversuche pro Jahr, die zu einer Behandlung führen, geschätzt [4]	8000–10 000
Rate, Suizidversuche/100 000 Einwohner [4]	
Frauen	177,1
Männer	128,6

Quintessenz

- Der Arzt sollte sich bewusst sein, dass die Tendenz besteht, Suizidalität in der Praxis zu unterschätzen. Dies mag unter anderem mit unserem biomedizinisch geprägten Krankheitsmodell zusammenhängen, das uns nicht unbedingt hilft, offen zu sein für Gedanken und Gefühlszustände unserer Patienten.
- Untersuchungen zeigen, dass Patienten an Suizid als möglichen Ausweg aus einer unerträglichen Situation denken, ohne dass dies in der Konsultation zur Sprache kommt.
- Der Arzt sollte aber nicht nur ein guter und interessierter Zuhörer sein. Theoretische Kenntnisse über suizidales Verhalten und Risikofaktoren sind ebenso nötig.
- Eine depressive Symptomatik ist der wichtigste Risikofaktor und wird oft erst auf gezieltes Befragen hin erfasst. Depressive Patienten suchen den Arzt sehr oft wegen unspezifischen körperlichen Beschwerden auf.
- Eine wirksame und genügend dosierte antidepressive Medikation kann lebensrettend sein. Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung der Suizidalität ist jedoch eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und die Compliance des Patienten. Beides kann durch Fortbildungsseminare für Ärzte verbessert werden.

Specific Reuptake Inhibitors), sind wesentlich weniger toxisch als die trizyklischen Antidepressiva. Berücksichtigt man jedoch alle Suizide (also auch andere Methoden), welche unter der Behandlung mit einzelnen antidepressiven Substanzen auftreten, so zeigen sich hinsichtlich Suizidhäufigkeit kaum Unterschiede. Es scheint also nicht berechtigt, wenn verlangt wird, dass nur noch die neuen antidepressiven Substanzen verschrieben werden sollten. Im weiteren sollten bei Suizidalität keine grösseren Packungen abgegeben werden. Experten sind sich einig, dass für eine erfolgreiche Suizidprävention nicht in erster Linie die Toxizität der Antidepressiva entscheidend ist, sondern ganz klar die wirksame und kompetente Behandlung depressiver Zustände. Diese hängt nicht nur von der Wahl der antidepressiven Substanz ab, sondern ebenso von der Compliance des Patienten und von der Qualität der therapeutischen Beziehung. Diese Aspekte werden im zweiten Teil der Artikelserie ausführlich behandelt werden.

Literatur

- Walther F, Noack H. Suizid und Suizidversuch in der ärztlichen Praxis. Dissertation, Bern 1993.
- Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:28-33.
- Ladame F, Jeanneret O. Suicide in adolescents: some comments on epidemiology and prevention. *Journal of Adolescence* 1982;5:355-66.
- Michel K, Knecht Ch, Kohler I, Sturzenegger M. Suizidversuche in der Agglomeration Bern. *Schweiz Med Wochenschr* 1991;121:1133-40.
- Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry* 1995;152:919-92.
- Michel K. Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun? *Schweiz Med Wochenschr* 1986; 116:770-4.
- Rutz W, Walinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Philgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1997;1:39-46.
- Treolar AJ, Pinfold TJ. Deliberate self-harm: An assessment of patients' attitudes to the care they receive. *Crisis* 1993;14:83-9.
- Bancroft J, Hawton K, Simkin S, Kingston B, Cumming C, Whitwell D. The reasons people give for taking overdoses: a further enquiry. *British Journal of Medical Psychology* 1979;52:353-65.
- Schnyder U, Valach L, Bichsel K, Michel K. Attempted suicide: Do we understand the patients' reasons? *General Hospital Psychiatry* 1999; 21:62-9.
- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:1001-9.
- Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. Suicide in bipolar disorder in Finland. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151:1020-4.
- Freeling P, Rao BM, Paykel ES. Unrecognized depression in general practice. *British Medical Journal* 1985;290,1880-3.
- Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Stajic M, Hartwell N, Portera L. Use of prescription of psychotropic drugs among suicide victims in New York City. *American Journal of Psychiatry* 1995;152: 1520-2.
- Isacsson G, Holmgren P, Wasserman D, Bergman U. Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden. *British Medical Journal* 1994;308:506-9.
- Fawcett J. Suicidal depression and physical illness. *JAMA* 1972;219: 1303-6.
- Cassidy J, Henry S. Fatal toxicity of antidepressant drugs in overdose. *British Medical Journal* 1987;295: 1021-4.
- Domino G, Swain BJ. Recognition of suicide lethality and attitudes toward suicide in mental health professionals. *OMEGA* 1985;16: 301-8.
- Michel K, Valach L. Suicide Prevention: Spreading the Gospel to General Practitioners. *British Journal of Psychiatry* 1992;160:757-60.
- Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;80: 151-4.