

## Suizid – Zwischen Selbstmord und Freitod



Zusammenfassung des Symposiums vom 14. November 2013

Dr. Gabriella Hänggi

## Programm

---

**14.00–17.30**      **2 Parallelworkshops** (inkl. Kaffeepause)

**Workshop 1**

**Prävention, Akutbehandlung und Therapie von Suizidalität –  
Forschung und klinische Realität**

Prof. Dr. med. Konrad Michel, Privatpraxis Thun und  
Kompetenzzentrum für Suizidforschung und Suizidprävention,  
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern

und

**Workshop 2**

**Juristische und ethische Rahmenbedingungen für  
den Umgang mit Suizidalität im psychiatrischen  
Kontext**

lic. iur. Jürg Gassmann, Rechtsanwalt, Anwaltspraxis  
Winterthur  
Tobias Ballweg M.A., Dipl.-Psych., Leiter des Ethikforums,  
Sanatorium Kilchberg

*Im Rahmen einer Doppelveranstaltung des Sanatoriums Kilchberg zum Thema «Suizid» wurden am 14. November 2013 die wissenschaftlichen, medizinischen und psychotherapeutischen Erkenntnisse zur Prävention, Akutbehandlung und Therapie der Suizidalität besprochen. Darüber hinaus wurde das Kurzinterventionsprogramm «ASSIP» vorgestellt, das speziell zur Suizidprävention entwickelt wurde und nach ersten Ergebnissen zu einer deutlichen Reduktion der suizidalen Handlungen führt.*

Prof. Dr. med. Konrad Michel vom Kompetenzzentrum für Suizidforschung und Suizidprävention an der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie in Bern bemerkte einleitend, dass in der Schweiz jährlich mehr als 1'000 Personen Suizid begehen und weitere 15'000 bis 25'000 Personen einen Suizidversuch unternehmen. Diese doch erhebliche Suizidrate, die im europäischen Vergleich im Mittelfeld liegt, könnte mit staatlichen Massnahmen unabhängig von strukturellen Einflussgrössen gesenkt werden.

### **Risikofaktoren**

Als bedeutsamster Risikofaktor für einen Suizid hat sich ein Suizidversuch in der Anamnese erwiesen, welcher das Suizidrisiko über Jahre um den Faktor 40 bis 60 erhöht. Gemäss zahlreichen retrospektiven Untersuchungen erfüllen 90 bis 95 Prozent der suizidalen Personen zum Zeitpunkt des Suizids die Kriterien für eine psychiatrische Diagnose, wobei 50 bis 70 Prozent der Betroffenen an Depressionen leiden. Allerdings werden depressive Zustände nach wie vor häufig nicht erkannt, und dementsprechend erhält nur eine Minderheit aller depressiven suizidalen Patienten eine adäquate antidepressive Therapie. Aus einer schwedischen Studie geht nun aber hervor, dass eine fünffache Zunahme der Verschreibungen von Antidepressiva in den vergangenen Jahren mit einem Rückgang der Suizidrate um 25 Prozent einherging.

### **Beurteilung der Suizidalität**

Die Schwierigkeit des Erkennens von Suizidabsichten zeigt eine Studie aus der Schweiz mit 100 Fällen von Suizid oder Suizidversuch, gemäss welcher 48 Prozent der behandelnden Ärzte vom Suizid oder Suizidversuch ihrer Patienten überrascht waren und bei 65 Prozent der erfolgten Suizide sowie bei 40 Prozent der Suizidversuche über frühere Suizidversuche nicht informiert waren. Die Bedeutung der ärztlichen Fortbildung für die Suizidprävention unterstreicht eine auf der schwedischen Insel Gotland durchgeführte Studie, in welcher durch eine gezielte Ausbildung der niedergelassenen Allgemeinpraktiker über einen Zeitraum von 2 Jahren ein signifikanter Rückgang der Suizide erreicht wurde. In derselben Zeit stieg die Anzahl der Verschreibungen von Antidepressiva auf über das Dreifache an und diejenige von Lithium nahm um 30 Prozent zu, während die Anzahl der Hospitalisationen wegen Depression um 70 Prozent sank. Ein ähnliches Resultat vermeldete das Nürnberger Bündnis, welches durch die Sensibilisierung auf Depressionen als Ursache von Suiziden zu einem Rückgang der Suizidrate um 30 Prozent führte, wobei diese Risikoreduktion jedoch nur vorübergehend war.

### **Suizidprävention**

Angesichts der Tatsache, dass sich 50 bis 80 Prozent aller Suizidanten in ärztlicher Behandlung befinden, spielen die niedergelassenen Ärzte bei der Suizidprävention eine wichtige Rolle. Als grösste Herausforderung für eine effektive Prävention in der Praxis erweisen sich Probleme in der Kommunikation zwischen dem Arzt und dem suizidalen Patienten, was auf deren unterschiedliche Erklärungsmodelle für suizidales Verhalten zurückzuführen sein dürfte. So wählten Psychiater gemäss einer bereits im Jahr 1979 erschienenen englischen Studie unter den angebotenen Erklärungen für einen Suizidversuch vornehmlich manipulative Motive wie das Aufzeigen einer ausweglosen Situati-

on oder die Einflussnahme auf andere Menschen, wogegen die Patienten am häufigsten innerpsychische Motive wie eine unerträgliche Situation als Grund für ihren Suizidversuch angaben.

Aufgrund der heutigen Auffassung werden Suizide und Suizidversuche als Folge von Handlungen verstanden, die mit einem bestimmten Ziel – beispielsweise zur Beendigung einer unerträglichen Lebenssituation – ausgeführt werden. Da die suizidale Handlung vom Patienten oftmals mit grosser narrativer Kompetenz im lebensgeschichtlichen Kontext erklärt werden kann, lässt sich gemeinsam mit dem Patienten aus dessen individueller Lebensgeschichte ein Erklärungsmodell für die Beweggründe des Suizids entwickeln. Die Voraussetzung für eine solche patientenorientierte Gesprächsgestaltung besteht darin, dass der Arzt die Rolle des Allwissenden ablegt und als interessierter Zuhörer den Patienten zum Erzählen seiner persönlichen Lebensgeschichte ermuntert und dabei die Vertrauensbasis für eine gute therapeutische Beziehung schafft. Eine zu diesem Ansatz durchgeführte schweizerische Studie zeigt, dass die therapeutische Beziehung jeweils signifikant besser beurteilt wurde, wenn der Interviewer das Gespräch mit einleitenden Wörtern wie "erzählen" und "Geschichte" begann und wenn der Interviewer im Narrativ des Patienten die wichtigen, mit dem Suizidversuch verbundenen Lebensthemen ansprach. Die im Rahmen dieses gemeinschaftlichen Zugangs geschaffene vertrauensvolle therapeutische Beziehung bildet die Grundlage für eine realistische Einschätzung des aktuellen Suizidrisikos, welche die Einleitung von gezielten Massnahmen zur Verhinderung zukünftiger Suizidhandlungen ermöglicht.

Eine akute suizidale Krise entsteht in Lebenssituationen, in denen wichtige Erwartungen und Bedürfnisse im Zusammenhang mit Beziehungen, Arbeit oder persönlicher Identität bedroht sind, und welche die Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen übersteigen. In einer suizidalen Krise erleben die meisten Patienten ein Gefühl der Minderwertigkeit und Hoffnungslosigkeit sowie einen als unerträglich empfundenen psychischen Schmerz, der das Weiterleben kaum mehr möglich macht, so dass die Betroffenen als einzigen Ausweg zur Beendigung des unerträglichen Leidens nur noch den Suizid sehen. Dieser als suizidaler Modus bezeichnete Zustand äusserster Not entlädt sich kurz vor der eigentlichen Suizidhandlung in einen dissoziativen Zustand, in welchem das Zusammenwirken von Wahrnehmung, Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen vorübergehend gestört ist und damit rationales Handeln verunmöglicht wird. Nach heutigem Verständnis induzieren die im suizidalen Modus erlittenen traumatischen Erlebnisse hirnganische Veränderungen, die ein Leben lang bestehen bleiben. In jeder weiteren suizidalen Krisensituation kann der suizidale Modus reaktiviert werden, wodurch die gespeicherten Sinneseindrücke in all ihren Ausprägungen noch einmal durchlebt werden und die Lösung Suizid innert kurzer Zeit und weitgehend automatisch abgerufen wird. Die Hypothese einer erhöhten Vulnerabilität für suizidales Verhalten wird durch die Resultate einer Untersuchung mittels funktioneller Magnetresonanztomographie gestützt, wonach bei Menschen, die eine suizidale Krise durchgemacht haben, die Aktivierung der Erinnerung an die Krisensituation eine Verringerung der Hirnaktivität im präfrontalen Cortex induziert. Diese Erkenntnisse vermögen zumindest teilweise das massiv erhöhte Suizidrisiko, das nach einem vorhergehenden Suizidversuch besteht, zu erklären.

### **Akutbehandlung**

Eine grosse Herausforderung bei der stationären Behandlung suizidaler Patienten liegt darin, dass in der Klinik, aber auch kurz nach der Klinikentlassung ein besonders hohes Suizidrisiko besteht. Wesentlich wirksamer als ein generelles Antisuizid-Versprechen ist während der stationären Behandlung eine im Rahmen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung getroffene mündliche oder schriftliche Vereinbarung, wonach sich der Patient bei Verstärkung der Suizidgedanken umgehend und jederzeit an seine Bezugsperson wendet. Der Patient sollte in die Abklärung der Suizidalität und

in die Massnahmen, die zu seinem Schutz getroffen werden, so weit wie möglich einbezogen werden. Alle Mitarbeitenden der Station sollten über eine akute Suizidgefährdung eines Patienten informiert sein, wobei Veränderungen und neue Entwicklungen regelmässig dokumentiert werden müssen. Die ambulanten antisuizidalen Massnahmen sollten eine engmaschige Betreuung mit Rückfrage bei nicht eingehaltenen Terminen und regelmässige telefonische Kontaktaufnahmen sowie die Angabe einer Kontaktstelle, wo der Patient in einer akuten Krisensituation sofort therapeutische Hilfe anfordern kann, umfassen. Entscheidend für eine langfristige Suizidprävention ist die Etablierung von wirksamen Verhaltensstrategien, mit denen Warnzeichen frühzeitig erkannt und suizidale Krisen effizient und konstruktiv bewältigt werden können.

### **Therapie**

Eines der wesentlichsten Probleme bei der Therapie der Suizidalität besteht darin, dass über die Hälfte der Patienten wegen fehlender Krankheitseinsicht oder wegen Schamgefühlen die Nachbehandlung abbricht. Nach einem Suizidversuch ist jedoch das Risiko, einen Suizid zu vollenden, gegenüber demjenigen der Allgemeinbevölkerung um den Faktor 30 bis 100 erhöht.

Bei mittelgradigen oder schweren Depressionen mit Suizidalität besteht eine klare Indikation für eine Pharmakotherapie mit einem Antidepressivum, wobei aber das während den ersten 12 bis 14 Behandlungstagen – insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – erhöhte Suizidrisiko zu beachten ist. Nachdem die FDA angesichts der Hinweise auf eine verstärkte Suizidalität eine Sicherheitswarnung zur Anwendung von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern bei Jugendlichen erlassen hatte, wurde in den USA ein deutlicher Rückgang der Verwendung von Antidepressiva im Jugendalter verzeichnet, der in den folgenden Jahren mit einem erheblichen Anstieg der Suizidrate einherging. Das vor allem bei bipolaren affektiven Störungen eingesetzte Lithium ist das einzige Medikament, das neben einer antidepressiven Wirkung auch das Suizidrisiko deutlich verringert. Demgegenüber ist aufgrund der bestehenden Datenlage nicht erwiesen, dass eine psychotherapeutische Behandlung nach einem Suizidversuch das Risiko weiterer Suizidhandlungen langfristig zu senken vermag.

### **Kurzinterventionsprogramm zur Suizidprävention**

Zur Suizidprävention wurde an der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie in Bern das Interventionsprogramm «Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)» entwickelt, das als Kurztherapie über vier Sitzungen durchgeführt wird und Aspekte aus der Handlungstheorie, der Bindungstheorie und der kognitiven Verhaltenstherapie vereint. Im Rahmen dieses Programms klärt der Therapeut zunächst mittels eines narrativen Interviews, das auf Video aufgezeichnet wird, die Hintergründe, die zum Suizidversuch geführt haben. Durch die anschliessende Konfrontation des Patienten mit der Videoaufnahme wird der suizidale Modus aktiviert, wodurch die Bearbeitung der suizidspezifischen Emotionen und Kognitionen ermöglicht wird. Als nächstes werden Warnsignale zum frühzeitigen Erkennen von Krisensituationen identifiziert und Verhaltensmassnahmen zur Bewältigung suizidaler Krisen entwickelt, wobei die erarbeiteten Präventionsstrategien schriftlich zusammengefasst werden und dem Patienten in Form eines auf Kreditkartengrösse gefalteten Leporellos abgegeben werden. Ausserdem erhält der Patient eine Notfallkarte mit den Koordinaten derjenigen Personen, die in Krisensituationen um Hilfe gebeten werden können. Zum Abschluss wird der Patient nochmals mit der Videoaufzeichnung konfrontiert, um die Wirksamkeit der erarbeiteten Präventionsstrategien zu überprüfen. Zur langfristigen Nachbetreuung werden den Patienten während des ersten Jahres alle 3 Monate und während des zweiten Jahres alle 6 Monate regelmässig halbstandardisierte Briefe zugesandt, mit denen sie an die präventiven Strategien und an die Möglichkeit zur erneuten Kontaktaufnahmen erinnert werden. Erste vielversprechende Resultate zum therapeutischen Nutzen

des «ASSIP» zeigt die vorläufige Auswertung einer randomisierten kontrollierten Studie mit 120 suizidalen Patienten, in welcher innerhalb eines Jahres in der Kontrollgruppe 25 Patienten einen weiteren Suizidversuch unternahmen, während in der Interventionsgruppe lediglich 2 Patienten einen erneuten Suizidversuch begingen.

### **Weiterführende Literatur**

---

Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013): Kurztherapie nach Suizidversuch, ASSIP: Attempted Suicide Short Intervention Program, Therapiemanual, Bern: Verlag Hans Huber.

### **Für weitere Auskünfte stehen gerne zur Verfügung**

---

Dr. med. René Bridler M.H.A.  
Ärztlicher Direktor

Telefon 044 716 42 42  
[Rene.Bridler@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:Rene.Bridler@sanatorium-kilchberg.ch)

Tobias Ballweg M.A., Dipl.-Psych.  
Leiter des Ethikforums

Telefon 044 716 42 42  
[Tobias.Ballweg@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:Tobias.Ballweg@sanatorium-kilchberg.ch)