Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie

Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ; Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: - (1986)

Artikel: Die Beurteilung und Behandlung der akuten Suizidalität

Autor: Haenel, Thomas

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1051035

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Die Beurteilung und Behandlung der akuten Suizidalität

Thomas Haenel

Bis vor wenigen Jahrzehnten wurden Suizidhandlungen hingenommen, ohne daß an eine wirksame Prophylaxe geglaubt wurde. Auch heute kann die Suizidalität eines Menschen nicht mit eindeutigen, klaren Parametern oder laborähnlichen Daten gemessen werden. Trotzdem sind wir aber in der Lage, das Suizidrisiko abzuschätzen und damit umzugehen. Wäre ich gezwungen, die gesamte Suizidproblematik auf einen einzigen Satz zu reduzieren, würde ich den eines Pioniers der Suizidforschung – von *Erwin Ringel* – zitieren: „Ein signifikantes Symptom des zwischenmenschlichen Kontaktverlustes in unserer Zeit ist die Ahnungslosigkeit über das, was in anderen vorgeht."[20]

Einige statistische Angaben seien zur Darstellung der Problematik erlaubt: Weltweit sterben täglich mindestens 1000 Menschen durch eigene Hand. Aufgrund vorsichtiger Schätzungen muß angenommen werden, daß die effektive Zahl der vollzogenen Suizide um einiges höher liegt. Die Zahl der Suizid*versuche* ist etwa 5 – 15 mal so groß.[8] Von den Personen, die Suizid begangen haben, hatten 40-50 % innerhalb des letzten Monats, 20-25 % eine Woche vor ihrer Selbsttötung einen Arzt, fast immer einen Nicht-Psychiater, aufgesucht.[1] Häufig kommen solche Patienten wegen körperlicher, funktioneller Beschwerden zum Arzt, die sich in der Gesellschaft eines höheren Stellenwertes erfreuen als psychische Probleme. Patienten mit funktionellen und körperlichen Beschwerden suchen den Arzt oft auf, ohne über ihre emotionellen Probleme zu sprechen. Eine Depression oder larvierte Depression wird dann oft übersehen.[5] Besteht kein eindeutig somatisches Leiden oder besteht aufgrund der Anamnese oder des Verhaltens des Patienten Verdacht, daß er depressiv sein könnte, – ev. leidet er an einer larvierten Depression – wird der erfahrene Arzt den Kranken auf seine Empfindungen und Gefühle ansprechen und ihn auch nach Suizidgedanken und -impulsen fragen. Das Erkennen von Suizidtendenzen bedeutet naturgemäß einen wesentlichen Schritt zur Suizidverhütung, da dieses Problem, – vielleicht erstmals im Leben des Patienten – offen besprochen werden kann, ohne daß er mit moralisierenden Einwänden oder Aufforderungen zum Schweigen zu rechnen hat.[4]

Ältere Menschen begehen viel häufiger Suizid als Jüngere: Die Appellfunktion an die Umwelt spielt bei Jüngeren eine wesentlich größere Rolle als bei Betagten, die keine Hoffnung mehr hegen und sich von ihrer Umwelt abgewendet haben. Das Umgekehrte gilt für die Suizidversuche, die im jüngeren Alter viel häufiger vorkommen als bei Betagten. Vollzogene Suizide sind bei Männern etwa 2-3 mal häufiger als bei Frauen, wiederum umgekehrt verhält es sich bei den Suizidversuchen, die von Frauen viel häufiger durchgeführt werden. Letzteres ist offenbar ein Ausdruck dafür, daß sich die Frau, auch in unserer modernen Gesellschaft, viel eher hilfsbedürftig und „schwach" zeigen darf als der Mann.

Beurteilung der Suizidalität

Am wichtigsten ist die klinisch-psychiatrische Methode der Beurteilung der Suizidalität. Sie besteht vor allem in einem oder mehreren eingehenden Gesprächen mit dem Patienten. Wesentlich ist eine genaue Kenntnis der Anamnese, sowie eine Vertrauensbeziehung zum Kranken. Eine Fremdanamnese, die Schilderung der Situation des Gefährdeten durch einen ihm Nahestehenden, ist oft hilfreich und rundet das Bild ab. Im Gespräch ist es wichtig, genau hinzuhören, auf Nuancen in der Sprache zu achten und zu lesen, was zwischen den Zeilen steht. In der Unterredung wird dem potentiell Suizidgefährdeten – oft einem Depressiven – die Frage gestellt, ob er schon früher Suizidgedanken gehabt, ob er Suizidäußerungen andern gegenüber ausgesprochen oder mit Suizid gedroht habe oder ob er bereits früher Suizidhandlungen unternommen habe. Er wird auch nach Selbstvernichtungs- und Katastrophenträumen gefragt. Einen wesentlichen Hinweis gibt das Vorkommen von Suizidhandlungen (vollzogenen Suiziden oder Suizidversuchen) in seiner nächsten Umgebung, besonderes wenn sie kurz zurückliegen. Suizidhandlungen üben eine enorme Suggestivwirkung aus[9], sie wirken „ansteckend" und können Schuldgefühle und Selbstbestrafungswünsche wecken.

Nach *Kielholz*[9] sind nicht nur direkte und indirekte Suizidhinweise zu berücksichtigen, sondern auch das Krankheitsgepräge und die Umweltbeziehungen. Zur Abklärung des Krankheitsgepräges wird nach schweren Schuld- und Insuffizienzgefühlen, depressiven Zuständen mit ängstlich-agitiertem Gepräge, schweren und lang dauernden Schlafstörungen sowie nach unheilbaren Krankheiten und nach Drogenabhängigkeit gefahndet. Bei den Umweltbeziehungen wird nach zerrütteten Familienverhältnissen in der Kindheit (Broken home), dem Verlust oder dem primären Fehlen mitmenschlicher Kontakte und nach finanziellen Sorgen gefragt. Auch Vereinsamung und das Fehlen tragfähiger religiöser Bindungen sind zu beachten.

Durch eine adäquate, konsequente, liebevolle und auf das Kind eingehende Erziehung wird der wesentlichste und effektivste Beitrag zur primären Suizidverhütung geleistet. Die modernen Erkenntnisse über den Narzißmus lassen eine bessere Beurteilung des Suizidrisikos zu. Unter Narzißmus werden die verschiedenen Zustände des Selbstwertgefühls, des Selbstwerterlebens, verstanden. In der psychiatrischen Praxis werden Patienten mit Störungen des Selbstwerterlebens immer häufiger. Narzißtisch gestörte Menschen, die suizidal werden, mußten in ihrer frühen Kindheit das wichtige Geborgenheits- und Wärmegefühl der Familiengemeinschaft zumeist vermissen. Infolge dieses Mangels hat sich das Selbst jener Menschen nur ungenügend entwickelt: Sie werden später narzißtisch gestört bzw. narzißtisch neurotisch. Etwa die Hälfte der in der Notfallstation des Kantonsspitals Basel untersuchten Patienten mit Suizidversuchen stammen aus einer sogenannten „Broken home" Situation. Während unter einer äußeren „Broken home" Situation schicksalsmäßige Ereignisse für das Kind, wie zum Beispiel Scheidung der Eltern oder Tod eines der beiden Elternteile verstanden wird, ist unter einer inneren „Broken home" Situation das Faktum, daß sich das Selbst der jungen Menschen wegen einer behindernden, einengenden und lieblosen Erziehung nur ungenügend entwickeln konnte, zu verstehen. Die Familie ist äußerlich gesehen vielleicht intakt, aber die Eltern sind für die Kinder nicht da, nicht verfügbar: die Söhne und Töchter sind – nach M. *Sperber* – „Waisenkinder mit Vater und Mutter".

Die von uns Ärzten ausgeführte Suizidprophylaxe ist meistens eine sekundäre, wenn von der Aufklärungsarbeit, zu der wir uns gegenüber Laien verpflichtet fühlen, abgesehen wird. Die sekundäre Prophylaxe setzt ein, wenn sich entsprechend krankhafte Persönlichkeitsentwicklungen im Laufe von Jahren oder Jahrzehnten angebahnt haben. Neben den aktiven Maßnahmen, welche die Umwelt eines Suizidalen beeinflussen und die wir Ärzte ergreifen, zum Beispiel bei Patienten in einer Krisensituation, sind auch die passiven Maßnahmen zu erwähnen. Auf diese haben wir allerdings weniger Einfluß: Zu ihnen gehört die Eliminierung derjenigen Faktoren, die jemanden verleiten können eine Suizidhandlung zu unternehmen, zum Beispiel der leichte Zugang zu Hochhäusern, zu Drogen und Medikamenten, sowie die weiteste Verbreitung und allzu leichte Erhältlichkeit von Schußwaffen. Gelegenheit macht bekanntlich nicht nur Diebe, sondern auch Selbstmörder. Suizidhandlungen wirken nicht nur suggestiv, sondern günstige Gelegenheiten verführen anfällige Persönlichkeiten zu entsprechenden Handlungen. Groß aufgemachte Berichte in der Tagespresse, die dramatisch dargestellt werden, können labile Menschen, die vielleicht bereits Suizidgedanken hegen, dazu verleiten, eine entsprechende Handlung auszuführen. Damit habe ich übrigens das Janusgesicht der Aufklärung über Suizid in der Öffentlichkeit aufge-

zeigt. Eine solche Tätigkeit ist zwar nützlich und notwendig, doch kann sich diese Tätigkeit immer wieder als zweischneidiges Schwert erweisen.

Unter der tertiären Prophylaxe versteht man die Maßnahmen, die man nach einem bereits erfolgten Suizidversuch ergreift, um eine weitere Suizidhandlung zu verhindern.

Risikogruppen

Die häufigste Risikogruppen mit von 1-5 abnehmendem Suizidrisiko sind nach *Pöldinger*[15]

1. Depressive aller Arten
2. Drogenabhängige (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige im engeren Sinne)
3. Alte und Vereinsamte
4. Menschen, die durch eine Suizidankündigung oder -drohung aufgefallen sind und
5. Menschen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben.

Zahlreiche weitere Risikogruppen könnten angeführt werden, zum Beispiel Studentinnen und Studenten, Ärztinnen und Ärzte, Verfolgte aus politischen, religiösen oder rassischen Gründen, Flüchtlinge sowie allgemein Außenseiter der Gesellschaft.

Die Risikogruppen von 2-5 schließen ein depressives Leiden nicht aus: Toxikomane können aufgrund einer durchgemachten Depression oder eines chronisch subdepressiven Zustandes drogenabhängig werden oder sie können als Drogenabhängige depressiv werden. Auch vereinsamte und betagte Personen leiden oft an einer Depression. In Großstädten erkranken etwa 11 % der über 65-jährigen an einer Depression[12]. Auch Menschen, die ihren Suizid ankündigen und damit drohen oder die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben, sind oder waren oft depressiv[5]. Die Suizidgefahr nach einem soeben ausgeführten Suizidversuch darf nicht unterschätzt werden, obschon sie eine gewisse, meist nur vorübergehende Aggressionsabfuhr zur Folge hat. Der Anteil derer, die nach einem Suizidversuch die Suizidhandlung später wiederholen oder welche gar durch Suizid enden, beträgt etwa 25 %[18]. In den ersten Monaten nach einem Suizidversuch ist die Gefahr einer weiteren Suizidhandlung besonders groß[13,14].

Es stimmt nicht, daß Menschen, die von Suizid sprechen, ihn nicht ausführen. Bis zu 80 % derer, die sich suizidiert haben, haben ihre Absicht vorher kundgetan, oft auf indirekte Weise, indem sie andeutungsweise ihr baldiges „Nichtmehr-Vorhandensein" prophezeiten. Es ist immer wieder erstaunlich, wie wenig die Umwelt auf solche Ankündigungen einzugehen vermag, vorausgesetzt, solche subtilen Aussagen werden überhaupt bemerkt und wahrgenommen.

Das praesuizidale Syndrom

Neben den statischen und statistischen Gesichtspunkten sind auch dynamische Kriterien zu berücksichtigen. Anhand des von *Ringel*[19] beschriebenen praesuizidalen Syndroms soll eine besonders häufige und wesentliche Dynamik beschrieben werden, die für die meisten Selbsttötungen zutrifft. Das praesuizidale Syndrom besteht aus 3 Phasen, aus 3 Elementen:

1. Der Einengung
2. Der gehemmten, gegen die eigene Person gerichteten Aggression.
3. Den Selbstmordphantasien

Ad 1. Es gibt verschiedene Arten der Einengung: Zunächst sei die situative Einengung genannt, die im Gefühl zum Ausdruck kommt, im seelischen Lebensbereich eingeengt zu sein. Der Betreffende fühlt sich von allen Seiten behindert und glaubt in einen immer enger werdenden Rahmen gepreßt zu werden. Die Situation, in der sich der Patient befindet, wird als erdrückend, überwältigend erlebt, der gegenüber er sich ohnmächtig, hilflos und ausgeliefert empfindet. Wann diese situative Einengung im Einzelfall auftritt, ist abhängig von der Vorgeschichte des Betreffenden und auch davon, wie anfällig er für ein bestimmtes seelisches Trauma ist. Jedes Trauma ist immer subjektiv zu beurteilen, das heißt, subjektiv aus der Sicht des Patienten. Der dynamischen Einengung kommt ein Spontaneitätsverlust, eine Hemmung und passives Verhalten gleich. Es liegt aber kein Erlöschen der Persönlichkeitsdynamik vor, sondern eine Kanalisierung des Antriebs auf das Ziel der Selbstzerstörung hin. Die dynamische Einengung ist nicht mit einem adynamischen Zustand gleichzusetzen, wie zum Beispiel bei Carcinomkranken im Terminalstadium, die keinen Suizid begehen, weil dazu eine Dynamik nötig wäre, die sie gar nicht mehr besitzen. Dynamische Einengung heißt also, daß sich die Gefühle des Menschen in eine einzige Richtung bewegen, in Richtung Depression, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und daß alle Gegenregulationsmechanismen versagen. Auch der Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen, der Isolierung, kommt wichtige Bedeutung zu.

Ad. 2. Im praesuizidalen Syndrom ist die Aggression gegen die eigene Person gerichtet. Solche Patienten berichten etwa, daß sie alles „in sich hinein fressen". Es besteht eine Aggressionshemmung oder eine Aggressionsumkehr.

Es kann zu einem solchen Aggressionsdruck kommen, daß bestimmte Personen in gewissen Situationen diesem nicht mehr gewachsen sind. *Ringel*[21] nennt dieses 2. Element den Freud'schen Baustein (des praesuizidalen Syndroms), da *Sigmund Freud* als erster auf die wesentliche Rolle, welche die Aggression für den Suizid spielt, aufmerksam gemacht hat. Es

kann in einem Menschen das Gefühl ohnmächtiger Wut entstehen, welche zur Umkehr der Aggression gegen die eigene Person führt, zu dem, was als „Implosion" bezeichnet werden kann, einer Explosion, die nach innen erfolgt. Eine solche Implosion ist eine Anklage an die Umgebung, ein Vorwurf an die Umwelt, da nicht nur eine Selbstzerstörung stattfindet, sondern zugleich auch Rachetendenzen an anderen ihre Erfüllung finden. Dazu ein eindrückliches Beispiel: Ein Mädchen, dessen eine Schwester durch Selbstmord geendet hatte, unternahm einen Suizidversuch und wurde danach von *Ringel*[21] untersucht. Er fragte sie, wie ihre Eltern hätten weiter existieren sollen, wenn sie hätten erleben müssen, ein zweites Kind durch Suizid zu verlieren. Die blitzschnelle Antwort des Mädchens lautete: „Soviel Kinder, wie meine Eltern verdienen würden, durch Selbstmord zu verlieren, soviel können sie im ganzen Leben nicht zeugen!"
Ad. 3. Das letzte Element des praesuizidalen Syndroms ist die Zunahme bzw. das Überhandnehmen von Suizidphantasien. Mit diesen Phantasien und Todeswünschen ist die intensive gedankliche Beschäftigung mit dem eigenen Tod gemeint. Es werden 3 Stufen von Todesphantasien unterschieden[19]:

a. Die Vorstellung, tot zu sein: Es wird nicht das Sterben, sondern das Resultat des Sterbens phantasiert.
b. Die gedankliche Vorstellung, sich etwas anzutun, man denkt an Suizid, ohne daß es zu konkreten Plänen der Ausführung kommt.
c. Bestimmte Suizidmethoden werden in allen Einzelheiten und Details durchgedacht und geplant.

Was anfänglich wie ein selbstgewählter Mechanismus zur Entlastung aussieht, erweist sich später als Bumerang: Die Suizidgedanken verselbständigen sich, das heißt, sie drängen sich gegen den Willen zwanghaft auf und werden bis zum Tod, bzw. zur Suizidhandlung, immer intensiver.

Das praesuizidale Syndrom kann innert Stunden, Wochen oder innert Monaten durchschritten werden. Ist der Patient soweit, daß er den Suizidplan bis in alle Einzelheiten festgelegt und auch den Zeitpunkt seines Ablebens bestimmt hat, kann er einige Zeit vorher ruhig und abgeklärt, sogar guter Stimmung, erscheinen. Es ist eine die Umgebung irreführende „Ruhe vor dem Sturm". Diese Ruhe kann klinisch zum Beispiel durch eine scheinbare Aufhellung der Depression, durch eine vermeintliche Verbesserung des Befindens gekennzeichnet sein. Oft legt der Patient ein suizidales Verhalten an den Tag, welches aber von der Umgebung nicht wahrgenommen, nicht „für wahr" genommen bzw. nicht richtig interpretiert wird. Das Wegschenken von persönlichen Effekten kann zum Beispiel Ausdruck eines suizidalen Verhaltens sein.

Zur Verfügung stehende Instanzen und Massnahmen

Für Menschen, die suizidgefährdet sind, stehen verschiedene Instanzen und Institutionen zur Verfügung:

1. Der Hausarzt
2. Die Telefonseelsorge (die dargebotene Hand Tel. 143)
3. Praktizierende Psychiater
4. Psychiatrische Kliniken und Polikliniken
5. Notfallstation eines Spitals
6. Der Seelsorger

Mit Ausnahme des Hausarztes und des Seelsorgers, die im Idealfall persönlich bekannte Berater sind, unterhalten alle Instanzen einen Dienst, der rund um die Uhr beansprucht werden kann (gilt für größere Städte, wie zum Beispiel Basel). Dies bedeutet, daß jederzeit ein Gesprächspartner gefunden werden kann. Die Telefonseelsorge kann über Tel. 143 von jedem Ort in der Schweiz erreicht werden und bietet den Vorteil der Anonymität, das heißt, der Anrufer oder die Anruferin kann anonym bleiben. Eigentliche Suizidverhütungszentren, wie sie vor allem in den USA existieren (Suicide Prevention Centers), kennt man in der Schweiz nicht. Die entsprechende Arbeit wird von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und anderen Personen geleistet, die in freier Praxis, in psychiatrischen Kliniken, Polikliniken oder anderen Institutionen tätig sind. Die 1960 gegründete IASP (International Association for Suicide Prevention) setzt sich auf internationaler Ebene in besonderer Weise für die Suizidverhütung ein. Sie wurde in Wien von *Erwin Ringel* gegründet. Jeder Interessierte kann der IASP beitreten. Diese gibt eine eigene Zeitschrift (Crisis) heraus, die zweimal jährlich erscheint und die sich ausschließlich mit Suizidproblemen und akuter Krisenintervention befaßt.

Von wesentlicher Bedeutung sind die therapeutischen Maßnahmen, die dem Kranken erklärt und erläutert werden müssen. Dadurch können unnötige Ängste abgebaut werden und der Patient fühlt sich ernst genommen. Die Suizidalen müssen über die gute Behandelbarkeit ihres Leidens orientiert werden, daß zum Beispiel bei Depressionen Suizidgedanken häufig und gut einfühlbar sind. Die nächsten Angehörigen des Patienten, zum Beispiel der Partner oder die Partnerin, sind über die Suizidgefahr aufzuklären und sollten informiert werden, wie sie sich verhalten sollten. In der kritischen Zeit sollte der Kranke möglichst nicht allein gelassen werden. Moralisierende Appelle oder Aufforderungen an den Willen, zum Beispiel sich »zusammenreißen«, sollten unterlassen werden, da sie eher eine suizidfördernde, sicher aber keine verhütende Wirkung ausüben.

Kein Mensch ist in der Lage, ein verbindliches Versprechen zu geben, sich nie im Leben, unter keinen Umständen, ein Leid anzutun. Ein solches

Versprechen kann nicht für ein ganzes Leben gegeben, geschweige denn eingehalten werden. Trotzdem sollte ein solches Versprechen, das zeitlich limitiert sein muß, von einem Suizidalen gegeben werden können. Voraussetzung ist allerdings eine Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient. Ein solches Versprechen sollte vom Kranken nur »dosiert« abverlangt werden, zum Beispiel bis zum nächsten Hausbesuch, bis zur nächsten Konsultation oder bis ein gewisser kritischer Zeitpunkt im Leben des Patienten, mit Vorteil in naher Zukunft, vorüber ist. Auf diese Weise ist es dem Kranken auch viel eher möglich, ein Versprechen glaubhaft abzugeben. Der Suizidale darf ruhig das Engagement des Arztes erkennen, allerdings gehört zu einem solchen Engagement auch das Angebot, jederzeit für ihn erreichbar zu sein, wenn Suizidimpulse besonders stark zu werden drohen. Der Arzt sollte einem entsprechend Gefährdeten seine private Telefonnummer aushändigen und ihm mitteilen, daß er auch nachts angerufen werden könne. Falls dies aus irgend einem Grund nicht möglich erscheint, sollte dem Suizidalen ein entsprechender Stellvertreter oder eine andere Kontaktperson, die jederzeit angerufen werden kann, genannt werden. Bei einem agitiert-ängstlichen Zustandsbild mit Suizidalität ist eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik zumindest dann indiziert, wenn keine Bezugspersonen existieren, die zur Betreuung des Patienten herangezogen werden können.

Obschon Suizidhandlungen auch in psychiatrischen Kliniken vorkommen, bieten solche oft einen Schutz und geben dem Patienten Geborgenheit. Sie bieten einen, wie es *Ernst* ausgedrückt hat, relativen, aber keinen sicheren Schutz.[2] Wenn immer möglich sollte von einer Zwangseinweisung abgesehen werden. Diese sollte nur im äußersten Notfall zur Anwendung gelangen. Oft hegt der Patient nur gegen eine bestimmte psychiatrische Klinik, zum Beispiel die im eigenen Wohngebiet, Vorurteile. Mit der Einweisung in eine Privatklinik oder in eine von seinem Wohnort außerhalb gelegenen Klinik erklärt er sich oft einverstanden.

Psychopharmakotherapie

Beim Vorliegen einer der Suizidalität zugrunde liegenden Depression sind Antidepressiva die Mittel der Wahl. Es ist ratsam, die täglichen Medikamentdosen an vertrauenswürdige Angehörige abzugeben, da manche Antidepressiva (trizyclische) eine nur geringe therapeutische Breite aufweisen, das heißt, bei relativ geringer Überdosierung toxisch wirken können. Grundsätzlich muß betont werden, daß eine Pharmakotherapie ohne begleitende Psychotherapie als kontraindiziert zu gelten hat.[3,6] Vor einer Suizidhandlung kann die Angst als Triebfeder eine bedeutende Rolle spielen[17]. Ein sedierendes Antidepressivum ist dann das Mittel der Wahl, da es

auch anxiolytisch wirkt. Über die häufigsten Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Mundtrockenheit, besonders bei Behandlungsbeginn, sollte der Patient im voraus informiert werden. Auch sollte ihm mitgeteilt werden, daß die antidepressive Wirkung nicht sofort, sondern erst nach einer gewissen Latenzzeit zu erwarten ist. Antidepressiva können kombiniert werden mit Neuroleptika, da dadurch die Wirkung des Antidepressivums verstärkt wird. Kurzfristig kann auch ein Tranquillizer zusätzlich verordnet werden, falls zum Beispiel die anxiolytische Wirkung des Antidepressivums nicht ausreicht[16]. Falls Patienten auf oral eingenommene Antidepressiva nicht ansprechen, bestehen aussichtsreiche Möglichkeiten einer Therapie mit Antidepressiva, die als intravenöse Infusion täglich verabreicht werden können.

Die Infusionstherapie hat die in früheren Jahrzehnten übliche Elektrobehandlung (»Elektroschock«) weitgehend abgelöst und verdrängt. Bereits Ende der 60er Jahre wurde mit der intravenösen Verabreichung von Antidepressiva begonnen. Zuerst wurden Infusionen mit Clomipramin (Anafranil) durchgeführt, später wurde diese Substanz kombiniert mit Maprotilin (Ludiomil)[11]. Wie im einzelnen die Infusionstherapie durchgeführt wird, kann nicht mehr Gegenstand unserer Betrachtung sein: Es sei auf die im Anhang aufgeführte Literatur verwiesen. Die Infusionstherapie mit Antidepressiva bietet folgende Vorteile: Die antidepressiven Wirkstoffe gelangen unter Umgehung der Leber direkt ins Zentralnervensystem. Die gleichzeitige Applikation eines Neuroleptikum erhöht die Plasmakonzentration der Antidepressiva. Die Antidepressiva können, als Infusion gegeben, niedriger dosiert werden als bei peroraler Applikation, sodaß weniger Nebenwirkungen auftreten. Die antidepressive Wirkung tritt rascher ein und ist intensiver als bei einer entsprechenden peroralen Behandlung[10].

Abschließend sei noch einmal betont, daß jede Pharmakotherapie stets in Begleitung einer Psychotherapie zu geschehen hat, das heißt, einer der Situation angepaßten, auf den Patienten individuell eingehenden Gesprächstherapie. Es muß auch erwähnt werden, daß Suizidverhütung nicht nur von Institutionen und Fachleuten geleistet werden kann, sondern jeder sich daran beteiligen kann. Voraussetzungen dafür sind offene Ohren und die Bereitschaft, dem Mitmenschen, unserem Nächsten, zuzuhören, an seinen Problemen teilzunehmen und sich mit ihm zu solidarisieren. Von dem mehrfach zitierten *Erwin Ringel* stammt der nachdenklich stimmende Satz: »90 von 100 Selbstmorden ließen sich verhindern, würden Mitmenschen den Satz der Bibel erfüllen: ›Wer Ohren hat zu hören, der höre‹«.[21]

Literatur

1 *Achté, K.*: Suizidalität und Suizidverhütung – Münch. Med. Wschr. 117, 189–192 (1975)

2 *Ernst, K.*: Notfallpsychiatrie des Hausarztes: medizinisch, rechtlich, praktisch – Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS) 71, 853–858, (1982)

3 *Haenel, T.; Kielholz, P.*: Larvierte Depression und Suizidalität – Hexagon Roche 10. Jg. Heft 5, 2–7, (1982)

4 *Haenel, T.*: Die Beurteilung des Suizidrisikos – Sozial- und Praeventivmedizin 28, 71–75, (1983)

5 *Haenel, T.*: Die Suizidalität der Depressiven – Ther. Umschau 40, 774–780, (1983)

6 *Haenel, T.*: Zur Therapie von akut Suizidalen – Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS) 73, 1303–1306, (1984)

7 *Helmchen, H.*: Depressive Erkrankungen – Wander AG Bern, Urban und Schwarzenberg, 1981

8 *Henseler, H.*: Narzißtische Krisen, zur Psychodynamik des Selbstmordes – Rowohlt, 1974

9 *Kielholz, P.*: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker – 3. Auflage, Lehmanns-Verlag, München, 1971

10 *Kielholz, P.; Pöldinger, W.; Adams, C.*: Die larvierte Depression – Deutscher Ärzteverlag GmbH Köln-Lövenich, 1981

11 *Kielholz, P.*: Heutige Depressionsbehandlung – Ther. Umschau 40, 788–796, (1983)

12 *Kielholz, P.*: Depressionen – Forschung und Prophylaxe – Rektoratsrede, gehalten an der Jahresfeier der Universität Basel am 25. 11. 83. Verlag Helbing und Lichtenhahn, Basel, 1983

13 *Pino, R.; Kockott, G.; Feuerlein, W.*: Sechsjahreskatamnese an 100 Patienten mit Suizidversuchen durch Tabletteneinnahme – Arch. Psychiat. Nervenkr., 227, 213–226, (1979),

14 *Pohlmeier, H.*: Selbstmord und Selbstmordverhütung – Urban und Schwarzenberg, 2. Auflage, München, 1983

15 *Pöldinger, W.*: Die Beurteilung und Behandlung der Suizidalität – Ther. Umschau 37, 9–16, (1980)

16 *Pöldinger, W.*: Kompendium der Psychopharmakotherapie – 4. neubearbeitete Auflage, Editiones »Roche« Basel, 1982

17 *Pöldinger, W.*: Suizidalität depressiver Patienten richtig einschätzen – Psycho 9, 670–680, (1983)

18 *Pöldinger, W.*: Wie behandelt man Patienten mit rezidivierenden Suizidversuchen? – Therapiewoche 34, 290–294, (1984)

19 *Ringel, E.*: Selbstmordverhütung – Hans Huber, Bern, 1969

20 *Ringel, E.*: Möglichkeiten der ärztlichen Selbstmordprophylaxe – Therapiewoche 22, 2199–2214, (1972)

21 *Ringel, E.*: Die Beurteilung des Suizidrisikos – Schweiz. Ärztezeitung 62, 1405–1409, (13. 5. 1981)

Résumé

Appreciation et traitement du risque aigu de suicide

Pour être en mesure d'apprécier le risque de suicide, il faut tenir compte des groupes les plus menacés, tels que:
1. les dépressifs de toutes sortes
2. les alcooliques et les toxicomanes
3. les personnes âgées et solitaires
4. les individus se faisant remarquer par des intentions de suicide ou qui menacent de se donner la mort
5. les personnes ayant déjà attenté à leur vie.

A part ces points de vue statiques, il faut aussi tenir compte des facteurs psychodynamiques, tel le syndrome présuicidiaire décrit par *Ringel*, qui consiste en
1. un sentiment de restriction. Le patient se sent toujours plus à l'étroit.
2. un retour d'agression contre lui-même
3. des fantasmes de suicide tout d'abord actifs, tournant ensuite en une obsession à laquelle le patient ne peut quasiment plus se soustraire.

En cas de soupçon de risque aigu de suicide, on peut s'adresser aux instances compétentes suivantes:
1. médecin de famille
2. assistance téléphonique »La main tendue« tel. 143
3. psychiatre
4. policlinique psychiatrique et clinique psychiatrique
5. service des urgences d'un hôpital
6. pasteur

Dans ses relations avec des personnes en danger de suicide, il est essentiel de rester en contact avec le patient, de l'écouter et de l'observer. Des mesures thérapeutiques doivent lui être expliquées. Ses proches devraient prendre part au traitement et être orientés. Si les relations entre le médecin et le patient sont bonnes, il faudrait lui faire promettre de ne pas se faire de mal (toujours dans un laps de temps limité). La possibilité d'un internement dans une clinique psychiatrique ne doit, le cas échéant, pas être écartée. Le traitement du risque aigu de suicide consiste en une thérapie de la dépression, généralement à la base, respectivement en l'administration d'antidépressifs év. combinés avec un tranquillisant ou un neuroleptique. L'important est l'effet atténuant anxiolytique et antidépressif. D'assez bons résultats ont été réalisés ces 2 dernières décennies avec des antidépressifs, administrés de manière intraveineuse. L'effet antidépressif est plus rapide et présente moins d'effets secondaires que lors de l'administration orale des médicaments.

Thomas Haenel
PD Dr. med.
Steinenring 3
4051 Basel