

ERKENNEN VON SUIZIDALITÄT

THOMAS BRONISCH

Zusammenfassung

Erkennen von Suizidalität und Abschätzen akuter Suizidalität setzen eine Ausbildung in psychiatrischer Exploration und Diagnostik, aber auch die Fähigkeit, sich in die Psychodynamik und Lerngeschichte des suizidalen Patienten einfühlen zu können sowie Selbsterfahrung voraus. Erkennen von Suizidalität verlangt eine psychiatrische Anamnese, eine psychopathologische Befunderhebung mit dem Schwerpunkt auf der Erfassung depressiver Syndrome und evtl. früherer Suizidversuche, die Analyse der aktuellen Lebenssituation und der Motive für suizidales Verhalten. Die Einschätzung der akuten Suizidalität nach einem Suizidversuch hängt wesentlich von der Suizidmethode und dem Arrangement sowie der Einstellung des Patienten zu seinem Suizidversuch ab. Schließlich sind die derzeitigen Lebensumstände des Betroffenen und ihre Veränderbarkeit zu berücksichtigen.

Schlüsselwörter Suizidalität - Erkennen - Abschätzen

Summary

Recognition and assessment of acute suicidality have as prerequisites an education in psychiatric exploration and diagnostic assessment as well as an ability of empathy in psychodynamics and history of behavior as well as self-experience. Recognition of suicidality needs a psychiatric anamnesis, a psychopathological check-up with emphasis on depressive symptomatology and former suicide attempts, the analysis of the actual life circumstances and motives for suicidal behavior. The assessment of acute suicidality after a suicide attempt is primarily dependent on the suicide method, the arrangement of the suicide attempt as well as the stance of the patient on the suicide attempt. Finally, the present life circumstances of the respondents and their changeability have to be taken in account.

Keywords Suicidality - recognition - assessment

Definition von Suizidalität

Drei Begriffe sind zu definieren, die Formen suizidalen Erlebens und Verhaltens beinhalten:

- Suizidideen
- Suizidversuche
- Suizide

Suizidideen können bedeuten: Nachdenken über den Tod im allgemeinen und den eigenen Tod, Todeswünsche und suizidale Ideen im engeren Sinne. Hierbei handelt es sich um direkte Vorstellungen von der Suizidhandlung, d.h. „ich möchte mich umbringen“ und „wie kann ich mich umbringen“.

Die heute generell anerkannte Definition von Suizidversuch, im Englischen auch als Parasuizid bezeichnet, stammt von der Arbeitsgruppe der WHO von 1989 (Platt et al. 1992) und wurde zunächst in Englisch publiziert. Die autorisierte deutsche Version lautet wie folgt:

„Eine Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum absichtlich ein nicht habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde, oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken.“

Diese Definition beinhaltet einerseits eine aktive Intention, sich selbst zu schädigen, aber nicht unbedingt sich zu töten. Der Todeswunsch war von Kreitman als nicht notwendig erachtet worden (1986). Andererseits schließt diese Definition eine aktive Handlung mit dem Ziel der Veränderung äußerer Gegebenheiten ein.

Sie berücksichtigt aber nicht eine Gruppe von selbstschädigenden Verhaltensweisen, die von einigen Autoren, wie z. B. Karl Menninger (1938), als verzögerte Selbsttötung beschrieben werden: Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Magersucht oder u. U. auch riskante sportliche Aktivitäten mit einem hohen Risiko für Leib und Leben des Betroffenen (riskante Formen von Bergsteigen, Drachenfliegen, Skifahren, Autofahren etc.). Bei diesen Verhaltensweisen nimmt Karl Menninger einen dem Betroffenen nicht bewußten Todeswunsch an. Jedoch fehlten hier die aktive oder die aktive, bewußte Intention zu sterben sowie die auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstschädigung. Schließlich vermißt man in der WHO-Definition die Frage nach dem Motiv der Suizidhandlung.

Ein Suizid beinhaltet letztlich einen zum Tode führenden Suizidversuch.

Befunderhebung

Zum diagnostischen Vorgehen siehe Tabelle 1 (Bronisch 1998):

Tabelle 1: Diagnostisches Vorgehen bei Suizidalität

Diagnostische Ebene	Diagnostische Ziele
1. Anamnese	Erfassen der Symptomatik und ihrer chronologischen Entwicklung. Information über Vorerkrankungen (insbesondere Suizidversuche) und Lebenssituation
2. Exploration	Erkennen psychiatrischer Erkrankungen, insbesondere depressiver Syndrome; Verstehen auslösender Konfliktsituationen Beurteilung der aktuellen Suizidgefährdung - aktive vs. passive Gedanken - konkrete Planung vs. ungerichtete Absichten - häufige, drängende vs. seltene Gedanken - Gefährlichkeit einer geplanten oder ausgeführten suizidalen Handlung - Art des Suizidmotivs
3. Körperliche Untersuchung	Erfassen therapierelevanter körperlicher Begleiterkrankungen (inkl. der Folgen durchgeführter suizidaler Handlungen)
4. Fremdanamnese	Ergänzung und Überprüfung der Angaben des Patienten (besonders bei Bagatellisierungstendenzen; möglichst mit dem Einverständnis des Betroffenen!)

Die hier in der Tabelle 1 angegebenen diagnostischen Schritte zur Einschätzung von Suizidalität suggerieren zunächst ein längeres ausführlicheres Gespräch, evtl. zusätzlich auch noch mit Angehörigen, Freunden oder Arbeitskollegen des Patienten. Aber mit einigen wenigen gezielten Fragen z.B. bei einer Exploration während des ärztlichen Notfalldienstes oder einer Intensivstation oder im Rahmen einer Erstexploration in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxis, können die wesentlichen Aspekte von Suizidalität in wenigen Minuten abgefragt werden.

Einteilung von Suizidversuchen

Bei der Beschreibung von suizidalen Verhaltensweisen/Suizidversuchen hat es sich als klinisch brauchbar erwiesen, eine Unterteilung zu treffen, die sich nach den Motiven des Suizidenten richtet (Feuerlein 1971):

- (1) Parasuizidale Pause: Der Wunsch nach einer Zäsur steht im Vordergrund. Hierbei handelt es sich um Patienten, die z. B. mit Tabletten einfach einmal "abschalten wollen".
- (2) Parasuizidale Geste: Der Appell an den Mitmenschen steht im Vordergrund. Hierbei handelt es sich um Patienten, die einen Suizidversuch oftmals in Anwesenheit eines Partners unternehmen oder leicht auffindbar sind und keine "harte" Suizidversuchsmethode anwenden. Ziel ist es, auf ihre Not aufmerksam machen.
- (3) Parasuizidale Handlung: Hier steht die Autoaggression im Vordergrund im Sinne eines mißglückten Suizides.

Einschätzung der Ernsthaftigkeit eines Suizidversuchs

Neben der Ernsthaftigkeit der Suizidintention, wie oben beschrieben, sind Suizidarrangement und Gefährlichkeit der Suizidmethode von Bedeutung. Das Arrangement gibt Auskunft darüber, inwieweit der Suizident ein (rasches) Auffinden seiner Person nach erfolgtem Suizidversuch möglich oder unmöglich macht. Die Methode gibt unter Umständen Hinweise darauf, mit welcher Endgültigkeit der Betroffene sei-

nen Suizid in die Wege leitet. Hierbei spielen sogenannte „harte Methoden“ eine besondere Rolle. Dazu zählen alle Methoden, die nicht durch Einnahme von Drogen oder Medikamenten erfolgen, wie etwa: Erhängen, Erschießen, vor einen Zug springen, sich ertränken, sich aus einem hohen Gebäude stürzen, sich die Pulsadern aufschneiden oder sich eine todbringende Substanz spritzen oder infundieren (z. B. Insulin).

Dennoch gelten diese Charakteristika für ernsthafte Suizidversuche nicht uneingeschränkt, was an einem Beispiel erläutert wird: Eine Patientin unternimmt eines Abends einen Suizidversuch mit Einnahme von 20 Schlaftabletten, die sie im Medikamentenschrank vorgefunden hat („weiche Methode“). Sie legt sich ins gemeinsame Ehebett (Arrangement ermöglicht ein rasches Auffinden). Ihr Wunsch ist einfach, nach den vielen Streitigkeiten mal völlig abzuschalten (parasuizidale Pause). Die Patientin verstirbt noch in derselben Nacht: Bei den Tabletten handelte es sich um barbiturathaltige Schlafmittel, welche zu einer Lähmung des Atemzentrums führten. Der Ehemann ging erst spät ins Bett, hatte auf die nicht eindeutigen Suizidäußerungen seiner Frau nicht reagiert. Er fand sie schlafend vor, die Medikamentenschachtel war vom Nachttisch gefallen und lag für den Ehemann nicht direkt sichtbar auf dem Boden. Am nächsten Morgen konnte der herbeigerufene Notarzt nur noch den Tod der Patientin feststellen.

Indikatoren für Suizidalität

Die wichtigsten Indikatoren für eine akute suizidale Gefährdung sind aus Tabelle 2 zu entnehmen (Bronisch 1998).

Tabelle 2: Indikatoren für akute Suizidalität

Personale Faktoren:	
(1)	Patient distanziert sich nicht von Suizidideen/Suizidversuch, auch nicht nach einem ausführlichen Gespräch
(2)	Patient erlebt drängende Suizidgedanken
(3)	Patient wirkt ausgesprochen hoffnungslos
(4)	Patient hat keine Zukunftsperspektive
(5)	Patient ist sozial isoliert, hat sich in letzter Zeit zunehmend zurückgezogen
(6)	Patient hat Konflikt, der zu Suizidideen/Suizidversuch führte, nicht gelöst
(7)	Patient reagiert ausgesprochen gereizt/aggressiv oder ist agitiert, ein tragfähiger Gesprächsrapport kommt nicht zustande
(8)	Patient hat schwere depressive Verstimmung, evtl. mit depressiven Wahnideen
Anamnestiche Aspekte:	
(1)	Patient hat eine Suchterkrankung
(2)	Patient befindet sich in einer akuten psychotischen Episode
(3)	Patient hat einen oder mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte
(4)	Patient hat ein Suizidarrangement getroffen, das eine Auffindung schwierig oder unmöglich macht
(5)	Patient unternahm einen Suizidversuch mit harter Methode oder hat Suizidgedanken mit harter Methode
(6)	Patient hat positive Familienanamnese mit Suiziden und/oder Suizidversuchen
(7)	Patient zeigt mangelnde Impulskontrolle, z.B. bei akuter Alkoholintoxikation und im Alkoholentzug

Von besonderer Wichtigkeit ist das Vorliegen einer depressiven Verstimmung. Nahezu jeder Suizidgefährdete hat eine zumindest leichte depressive Verstimmung. Daher empfiehlt es sich, bei Verdacht auf Suizidalität zunächst nach den entsprechenden Symptomen zu fragen, wie depressiver Verstimmung, Schlafstörung Appetit- und Libidostörungen, Konzentrationsstörungen, Apathie, Müdigkeit, Freud- und Lustlosigkeit, Selbstabwertung, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit.

Hervorzuheben ist auch eine Familienanamnese mit Suiziden und Suizidversuchen, da dadurch das Risiko des Betroffenen deutlich erhöht ist.

Einschätzung des Risikos eines erneuten Suizidversuchs

Die Gefahr eines erneuten Suizidversuchs ist um so geringer, je konkreter der Patient darstellen kann, warum er zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr suizidal ist, d.h., was sich in seiner Einstellung zum Leben (Tode) und in seiner sozialen Situation so grundlegend geändert hat, daß ein Suizidversuch nicht mehr sinnvoll und notwendig erscheint.

Hat der Therapeut Zweifel an der Aufrichtigkeit der Antworten seines Patienten, sollten möglichst viele Fremdinformationen eingeholt werden.

Auch die Einstellung des Patienten zu seinem Suizidversuch läßt Rückschlüsse auf ein zukünftiges Risiko zu. Ein weniger ausgeprägtes Suizidrisiko haben Patienten, die froh sind, den Suizidversuch überlebt zu haben, die Suizidideen und suizidales Verhalten unannehmbar und schrecklich finden oder die um Hilfe bitten. Ein Patient dagegen, der unwirsch, trotzig, schweigsam, unkooperativ oder teilnahmslos, sogar feindselig ist, hat möglicherweise einen anhaltenden Todeswunsch. Deshalb muß mit einem weiterhin bestehenden beträchtlichen Suizidrisiko gerechnet werden, wenn der Patient sich nicht offen und direkt äußert. Ein Patient, der die Gefährlichkeit seines Suizidversuches herunterspielt oder leugnet, ist schwer einzuschätzen. Er wird möglicherweise versuchen, den Arzt davon zu überzeugen, daß sein selbsterstörerisches Verhalten unbeabsichtigt war (häufig bei Drogen- und Alkoholabhängigen). Dies läßt ebenfalls auf ein fortbestehendes hohes Suizidrisiko schließen.

Große Wachsamkeit ist angezeigt, wenn sich ein Patient nach einer Tablettenintoxikation, dem Aufwachen aus dem Koma oder nach Rettung aus anderen lebensbedrohlichen Situationen wie "neugeboren" fühlt. Solch ein Patient ist vielleicht euphorisch und behauptet, daß die beinahe tödliche Episode seine "unglückliche Vergangenheit ausgelöscht" habe. Diese gehobene Stimmung ist in der Regel jedoch nur kurzlebig, und es kann dann wieder zu einer suizidalen Gefährdung kommen, wenn der Patient ins reale Leben mit all seinen Enttäuschungen und Widrigkeiten zurückkehrt.

Besonders zu beachten ist die gedankliche Einengung des suizidalen Menschen auf seine Innenwelt, d.h. die ausschließliche Beschäftigung mit dem extrem negativ geprägten Erleben (Ringel 1953). Vorsicht ist besonders dann geboten, wenn der Patient nach Suizidandeutungen und ausgeprägter depressiver Verstimmung ganz plötzlich, ohne daß sich Wesentliches in seinem Leben geändert hat, eine "unheimliche" Ruhe ausstrahlt oder in einen ausgesprochen agitierten Zustand gerät.

Weiterhin sind suizidale Zwangsgedanken, die oftmals im Rahmen einer schweren Depression auftreten, alarmierend.

Risikofaktoren für Suizidalität

Aus den epidemiologischen Studien ergeben sich schon viele Hinweise auf Risikofaktoren für Suizidalität. Für Suizide und Suizidversuche ist es höheres Alter, der Familienstand geschieden, ledig, verwitwet, Arbeitslosigkeit; für Suizid das männliche Geschlecht, für Suizidversuche das weibliche Geschlecht und untere soziale Schicht (Bronisch im Druck).

Für Suizide ist der bedeutendste Risikofaktor allerdings ein vorangegangener Suizidversuch, und zwar: Je mehr Suizidversuche in der Vorgeschichte erfolgt sind, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit eines Suizides.

Risikofaktoren von erheblicher klinischer Bedeutung sind auch psychiatrische Erkrankungen, vor allem Suchterkrankungen und Depressionen. Es gibt Hinweise dafür, daß ca. 15% der stationär behandelten Depressiven und Suchtkranken sich suizidieren. Weiterhin finden sich gehäuft Suizide und Suizidversuche bei Schizophrenen und Patienten mit Panikstörungen, organischen Psychosyndromen sowie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Auch bei konsumierenden körperlichen Erkrankungen, wie z. B. Krebs oder Aids, sind leicht erhöhte Suizidraten festzustellen. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß mit diesen "Prädiktoren" ein Suizid nur unzureichend vorausgesagt werden kann (Bronisch im Druck).

Motive und Bedeutungsmöglichkeiten von Suizidalität

Eine Reihe von Motiven und Bedeutungsmöglichkeiten für Suizidversuche läßt sich grundsätzlich voneinander unterscheiden (Bronisch im Druck):

- (1) Erlösung von seelischem (Depression, Angst, Psychose) und körperlichem Leid (Krebs, Aids, Diabetes, Niereninsuffizienz)
- (2) Wunsch nach einem Gottesurteil bezüglich des eigenen Weiterlebens, d.h. weder leben noch sterben können
- (3) Suche nach Ruhe und Geborgenheit
- (4) Hilferuf und Hilfsappell
- (5) Entlastung von Schuldgefühlen
- (6) Wendung der Aggression gegen das eigene Ich, da Aggression nicht gegen den Partner gerichtet werden darf.
- (7) Primäre Aggressivität gegen das eigene Ich
- (8) Identifikation mit einer Idolfigur (sog. Werther-Effekt)
- (9) Erpressung, Wunsch, die soziale Umwelt zu kontrollieren, manipulieren
- (10) Racheakt im Sinne einer Bestrafung eines Partners
- (11) Kränkung aufgrund eines mangelhaft entwickelten Selbstwertgefühls (narzißtische Kränkung)
- (12) Einzige Möglichkeit, das Selbstwertgefühl noch zu retten (Suizidversuch als "narzißtische Plombe")
- (13) Appell an menschliche Bindung bzw. Aufkündigung aller menschlichen Bindungen
- (14) Aktive und freie Handlung eines Menschen (sog. Bilanzselbstmord)
- (15) Spannungsabfuhr: kein Suizidversuch im engeren Sinne

Meistens ist keine dieser Bedeutungsmöglichkeiten und Motive allein zutreffend. Ich neige dazu, besonders die narzißtischen Motive, vor allem aber den Appell an die menschliche Bindung, als die wesentlichen Motive für Suizidalität anzusehen. Motive geben Auskunft über therapeutische Eingriffsmöglichkeiten, bestimmen aber auch in Verbindung mit der auslösenden Lebenssituation das Ausmaß der weiterbestehenden Suizidgefährdung.

Die geschilderten Bedeutungsmöglichkeiten und Motive suggerieren in jedem Falle eine gewisse Abwägung, Entscheidung und Reflexion des Suizidenten. Dies entspricht jedoch nicht der klinischen Realität: Suizidversuche und Suizide sind zumeist Impuls-handlungen, wobei der momentane seelische Schmerz nicht ausgehalten werden kann. Allerdings kann der Impuls zunächst überspielt sein durch eintretende Ruhe, nach-

dem erst einmal der Entschluß, sich umzubringen, gefaßt worden ist. Eine ausgeprägte depressive Verstimmung mit Antriebshemmung kann ebenfalls den Suizidimpuls unterdrücken.

Schlußfolgerungen

Das Erkennen von Suizidalität und, damit verbunden, das Abschätzen von akuter Suizidalität sind Aufgaben nicht nur von Psychiatern und Nervenärzten, sondern gehören genauso zum routinemäßigen Repertoire eines jeden Psychotherapeuten.

Das setzt einerseits klinisches Wissen über psychiatrische Erkrankungen, eine Ausbildung in psychiatrischer Exploration und Anamneseerhebung voraus. Es beinhaltet andererseits die Fähigkeit, sich in die Problemlage eines suizidalen Patienten einfühlen zu können, was wiederum Erfahrung im Umgang mit suizidalen Patienten und Selbsterfahrung bedingt.

Da aber Suizidalität bei Beginn psychotherapeutischer Behandlungen nicht absehbar ist, muß auch ein Ausbildungskandidat ein Grundwissen über suizidales Verhalten haben. Vor allem dazu sollten die Ausführungen dieses Artikels einen Beitrag leisten.

Literatur

- Bronisch T: Suizidalität. In: Hewer W, Rössler W (Hrsg.): Das Notfall Psychiatrie Buch. München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg, 1998; 159-170.
- Bronisch T: Suizidalität. In: Möller, H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg.): Facharztbuch Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York, Springer im Druck.
- Feuerlein W: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung? Tendenzen suizidalen Verhaltens. Nervenarzt 1971; 3: 127-130.
- Kreitman N: Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer J-E, Müller C, Strömgen E (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. 2. Krisenintervention. Suizid. Konsiliarpsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Springer, 1986; 87-106.
- Menninger K: Selbsterstörung. Psychoanalyse des Selbstmordes. Übersetzung von: Man against himself. New York Harcourt Brace Jovanovich, Inc. 1938. 3. Aufl. Frankfurt/Main, Suhrkamp 1989.
- Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, Haring C, Lönqvist J, Michel K, Phillippe A, Pommereau X, Querejeta I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Sampato Faria J: Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand 1992; 85: 97-104.
- Ringel, E: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien, Düsseldorf, Maudrich, 1953.

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch
 Max-Planck-Institut für Psychiatrie
 Klinik • Kraepelinstr.10 • 80804 München
 Tel: 089/30622-239 • Fax: 089/30622-605
 E-mail: bronisch@mpipsykl.mpg.de