Selbstmordprävention

Trauen Sie sich, aktiv nach Suizidgedanken zu fragen

Etwa jeder Zehnte in deutschen Allgemeinarztpraxen leidet an einer Depression. Bei dieser Erkrankung ist das Selbstmordrisiko besonders hoch. Als Hausarzt sollten Sie deswegen in der Lage sein, suizidgefährdete Patienten zu identifizieren und richtig zu reagieren.

In Deutschland sterben mehr als doppelt so viele Menschen durch die eigene Hand wie durch Verkehrsunfälle. Suizidalität ist daher ein ernstes Problem der öffentlichen Gesundheit. Besonders gefährdet sind Menschen mit psychischen Erkrankungen, betonte PD Dr. Thomas Messer, Chefarzt an der Danuvius Klinik in Pfaffenhofen. In Studien konnte gezeigt werden, dass ca. 90% der Suizidopfer an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten haben.

Doch auch somatische Erkrankungen wie HIV, Krebs, terminale Niereninsuffizienz, Schlaganfall, multiple Sklerose oder Epilepsie können das Suizidrisiko erhöhen. Bei diesen Diagnosen riet Messer Hausärzten, v. a. in der Zeit direkt nach der Diagnosestellung, besonders wachsam zu sein.

Außerdem sind Suizidversuche in der Anamnese ein harter Prädiktor für Suizidalität in der weiteren Folge. Belastende Lebensereignisse und Suizide oder Suizidversuche in der Verwandtschaft erhöhen ebenfalls das Risiko.

Beurteilung der Suizidalität

Wichtigstes Element bei der Erkennung und Einschätzung der Suizidalität ist die direkte, wertneutrale, einfühlsame Nachfrage. Dabei schlägt Messer folgende einleitende Formulierungen vor:

- „Gab es Momente, in denen Sie es nicht länger ertragen haben und daran gedacht haben, sich das Leben zu nehmen?“
- „Ich spüre, wie tief traurig und verzweifelt Sie sind. Hat es in dieser schweren Situation schon einmal Momente gegeben, in denen Sie überlegt haben, sich das Leben zu nehmen?“

Bejaht der Patient die Frage, muss der Arzt abklären, ob er konkrete Vorstellungen hat, wie er sich das Leben nehmen könnte, ob er den Suizid bereits aktiv geplant hat oder gar schon Vorbereitungen getroffen hat. Dabei gilt laut Messer: Je konkreter die Angaben, desto höher ist das akute Risiko einzuschätzen.

Weiteren Aufschluss kann die Frage geben, ob der Patient Pläne für die nähere Zukunft hat. Sind diese glaubhaft und plausibel, ist das Risiko geringer, erklärte der Experte. Wichtig ist auch einzuschätzen, wie authentisch sich der Patient dem Arzt gegenüber verhält und ob er „bündnisfähig“ ist. Dies bedeutet, dass er in der Lage ist zu versprechen, sich über einen bestimmten Zeitraum, beispielsweise bis zum nächsten Termin, „nichts anzutun“ und sich sofort zu melden bzw. die Notaufnahme aufzusuchen, sollte es ihm schlechter gehen.

Fehler im Umgang mit Suizidalität

In seinem Vortrag nannte der Psychiater PD Dr. Thomas Messer einige häufige Irrtümer in Bezug auf Suizidalität:

- Die Befürchtung, dass die Frage nach Suizidalität Patienten erst auf den Gedanken bringen könnte, sich umzubringen,
- die Empfehlung an den Patienten: „Denken Sie doch daran, wie schön das Leben sein kann“,
- der Rat: „Seien Sie doch einsichtig“ oder „Werden Sie doch wieder vernünftig“,
- die Annahme, dass Menschen, die über Suizid sprechen, nur Aufmerksamkeit erregen wollen und keinen Selbstmord begehen.

Bejaht der Patient, dass er sterben will, hat er konkrete Pläne und kann er dem Arzt nicht glaubhaft versichern, dass er sich nicht umbringen wird, muss er sofort in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Ein ruhiges und einfühlsames Gespräch ist hier sehr wichtig. Ist die Situation nicht anders zu lösen, ist der Arzt verpflichtet, ihn gegen seinen Willen einweisen zu lassen, betonte der Experte. Pharmakotherapeutisch empfiehlt Messer in der Akutsituation ein Benzodiazepin, z. B. Lorazepam 0,5–3 mg pro Tag verteilt auf drei bis vier Dosen, oder Diazepam.

Regeln für den Umgang mit lebensmüden Patienten

Zusammenfassend nannte Messer folgende Regeln für den Umgang mit suizidgefährdeten Patienten:

- Liegt eine Depression vor, muss der Arzt aktiv danach fragen, ob sich Selbstmordgedanken aufdrängen.
- Falls der Patient nicht akut eingewiesen werden muss, sollte er kurzfristig wieder einbestellt werden. Der Arzt sollte einen Antisuizidpakt mit seinem Patienten abschließen und fachärztliche Hilfe hinzuziehen.

Dr. Constance Jakob

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 25. November 2016

Hausärzte können Suizide verhindern.

© svetaz / stock.adobe.com