

Suizide von bipolaren Patienten durch den konsequenten Einsatz von Lithium.

In der Psychiatrie kann nicht Suizidalität per se behandelt werden, sondern lediglich die ihr zugrunde liegende psychiatrische Erkrankung. Der suizidale Patient kann unterschiedliche Diagnosen haben und sich entsprechend unterschiedlich präsentieren und andere Vorgehensweisen erfordern.

6.3 Was ist zu tun?

6.3.1 Antisuizidale Pharmakotherapie bei Depression

Bei suizidalen depressiven Patienten muss vor allem **effektiv und zügig** behandelt werden. Auch Therapieresistenz als solche darf nicht zu früh angenommen werden, sondern es muss nach Leitlinien die Therapie eskaliert werden. Die am effektivsten wirksamen Antidepressiva sind **Mirtazapin und Venlafaxin** und sollten **bei schweren Depressionen** als Mittel der Wahl betrachtet werden (Cipriani et al. 2009).

Für **leichtere Depressionen** erscheinen bei etwas geringerer Wirksamkeit Escitalopram und Sertralin geeigneter, da sie etwas weniger Nebenwirkungen einbringen (Cipriani et al. 2009).

Lithium ist nicht nur das Mittel der Wahl für die Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen, sondern es ist auch in seiner antisuizidalen Wirkung bei unipolaren Depressionen einzigartig und reduziert das Suizidrisiko um 85 % (Bschor 2014).

Deshalb ist die Lebenserwartung von Lithiumpatienten mit unipolarer Depression 2 Jahre höher (Guzzetta et al. 2007) und bei bipolaren Patienten ist die Rate lebensbedrohlichen suizidalen Verhaltens während der Lithiumbehandlung ca. 7- bis 14-fach geringer (Baldessarini et al. 1999). Absetzen von Lithium stellt einen Risikofaktor für Suizid dar und erhöht suizidales Verhalten um das 20-fache (Baldessarini et

al. 1999). Die Mortalitätsraten und Suizidraten sind unter Lithiumtherapie deutlich niedriger als unter Antipsychotika, Antidepressiva, Benzodiazepinen und Valproat (Toffol et al. 2015). Des Weiteren werden Suizide verhindert, wenn schnell eine Schlafnormalisierung eintritt, wie es durch **Quetiapin oder Olanzapin** gewährleistet ist (Pompili et al. 2012, Brunner et al. 2014). Für beide Medikamente wurde eine antisuizidale Wirkung nachgewiesen.

Eine möglichst hoch dosierte Gabe von **Benzodiazepinen** ist unerlässlich um Suizidalität, Angst und Grübeln sowie Unruhe und Agitation zu beenden. Benzodiazepine erniedrigen ebenfalls die Suizidquote signifikant (Toffol et al. 2015).

Eine Überwachung alleine kann Suizide nicht verhindern und eventuell sogar provozieren, wie alarmierend hohe Suizidzahlen aus Gefängnissen, gerade bei isolierten und überwachten Insassen zeigen. Auch die oft übliche Praxis des „Antisuizidpaktes“ wird von vielen Autoren als eher bedenklich eingestuft, da sie möglicherweise nur der Beruhigung des Arztes dient, aber einen suizidalen Patienten nicht von einer suizidalen Handlung abbringen wird. Zumal dieser in der Regel nicht paktfähig sein wird. Bleibt also ein guter und engmaschiger therapeutischer Kontakt, verbindliche Absprachen, eine effektive, antisuizidale Pharmakotherapie, ein Ernstnehmen von Symptomen, das Stützen eines ressourcenorientierten Ansatzes, Vertrauen auf die Selbstheilungskompetenz und die Fähigkeiten des Patienten sowie ein hoffnungsstiftendes, optimistisches und vertrauendes Verhältnis. Dem Patienten muss klar sein, dass er verstanden wurde, und er muss sich sicher sein können, dass ihm geholfen wird.

Ein unsicherer Therapeut, der bei der ersten suizidalen Äußerung einen Patienten wegverlegt, die Beziehung abbricht und damit die Hoffnungslosigkeit des Patienten unterstreicht oder ein Therapeut, der Symptome und Bedürfnisse des Patienten nicht erkennt und/oder sie nicht ausreichend ernst nimmt (und damit den Patienten nicht ernst nimmt) und behandeln kann, wird mehr Suizide in seiner Statistik aufzuweisen haben als Therapeuten, die an ihre Patienten und

dessen Heilung glauben, ihn und seine Anliegen ernst nehmen, ihn genau dort unterstützen, wo er Hilfe annehmen möchte, optimistisch sind, ihm helfen zu können und alle Möglichkeiten (medikamentös, sozial und psychotherapeutisch) dazu ausschöpfen.

Auch gilt insbesondere bei persönlichkeitsgestörten Patienten und Abhängigkeitserkrankten, dass nicht passiv geheilt werden kann oder sogar gegen den Willen des Patienten, sondern nur in gemeinsamer Anstrengung. Schädlicher Regression, Drohen mit Suizidalität, Konsum von Alkohol und Tabletten sollte entsprechend mit einer Therapiepause statt mit Eskalation von – dann ethisch nicht zu rechtfertigenden – Zwangsmaßnahmen entgegengewirkt werden, da dieses Verhalten eine konstruktive Therapie mit Aussicht auf Besserung ausschließt.

Eine Verlegung von suizidalen Patienten auf „geschlossene Stationen“ wird derzeit kontrovers diskutiert. Zumal eine Verlegung per se die Suizidquote erhöht. Die wenigen Forschungsarbeiten zu diesem Thema zeigen, dass die in den Leitlinien geforderte Kontaktintensivierung auf geschlossenen Stationen nicht stattfindet. Gleichzeitig wird die mit Suiziden assoziierte Stigmatisierung und Hoffnungslosigkeit getriggert. „Antisuizidale“ Angebote wie Psychotherapie, regelmäßige Einzelarztgespräche und engmaschige Gespräche mit Pflegefachpersonen sind seltener in geschlossenen Stationen im Vergleich zu offenen Stationen, die traditionell mehr mit der Beziehung arbeiten als mit „Sicherheitsmaßnahmen“.

Offenheit gegenüber Gefühlen wie Autoaggression, Trauer, Angst, Verzweiflung muss hergestellt werden (wenn ein Patient beim Äußern von Suizidgedanken isoliert oder verlegt wird, fördert das nicht die Offenheit).

Das Umfeld und verfügbare Ansprechpersonen sollen aktiviert und der Zugang zu ihnen in einem Notfallplan erleichtert werden: Familie, Polizei, Krisendienst, Seelsorger, Psychologen, ambulante Anlaufstellen. Die beste Suizidverhinderung ist ein optimistischer Therapeut und eine enge therapeutische Beziehung sowie Intensivierung des Kontaktangebotes und psychotherapeutische Unterstützung.

Wichtig ist allgemein, ressourcenorientiert zu arbeiten und nicht defizitorientiert auf Risiken und deren Absicherung zu beharren. Gründe, die ein Weiterleben sinnvoll machen und Schutzfaktoren werden erarbeitet und hervorgehoben. Der Teufelskreis aus Sicherheitsmaßnahmen (geschlossene Station, Isolation, Überwachung) und Stigmatisierung und die daraus wieder resultierenden Suizidrisiken und Hoffnungslosigkeit sollten vom Behandler erkannt und diesen mit Mut entgegengewirkt werden.

6.3.2 Antisuizidale Pharmakotherapie bei Psychose

Hauptgrund für den Suizid eines psychotischen Patienten ist, dass ein Wahn nicht erkannt bzw. nicht effektiv behandelt wird und/oder eine zusätzliche depressive Symptomatik nicht erkannt und/oder behandelt wird. Die therapeutische Haltung ist häufig dann eher resignativ (der Wahn, die Stimmen, gehen nicht mehr weg, sind therapieresistent, der Patient muss damit klarkommen, der Patient braucht eine Depotmedikation, da er sowieso keine Medikamente einnimmt etc.). Das Ernstnehmen des Patienten und Erkennen seines individuellen Leidensdrucks verhindert hier Suizide.

Die **Clozapintherapie** ist hier die erste Wahlmedikation, wenn ein Patient einen Suizidversuch begangen hat oder 2 Behandlungsversuche mit anderen Präparaten gescheitert sind. Sie erniedrigt die Suizidrate im Vergleich zu anderen Neuroleptika um das ca. 6-fache (Tiihonen et al. 2009, Meltzer 2005).

Typische Neuroleptika gehen mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko einher (Kiviniemi et al. 2013, Haukka et al. 2008). Die Mortalität unter Typika liegt Studien zufolge deutlich über der der Atypika, wobei Risperidon den Mittelwert der Atypika eher drückt und andere Typika (Levomepromazin) effektiver sind als der Durchschnitt der Atypika. Patienten, die gar keine Antipsychotika nehmen, haben eine im Vergleich deutlich höhere Suizidquote (Haukka et al. 2008, Tiihonen et al. 2009).