

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

6.4 Was ist zu tun?

6.4.1 Antisuizidale Pharmakotherapie bei Depression

Bei suizidalen depressiven Patienten muss vor allem **effektiv** behandelt werden. Auch Therapieresistenz als solche darf nicht zu früh angenommen werden, sondern es muss nach Leitlinien die Therapie eskaliert werden. Als die wirksamsten Antidepressiva gelten Agomelatine, Amitriptylin, Escitalopram, Mirtazapin, Paroxetin, Venlafaxin und Vortioxetin (Cipriani et al. 2018).

Für **leichtere Depressionen** sind Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) wie Escitalopram und Sertralin und neuere Antidepressiva geeignet, da sie etwas weniger Nebenwirkungen haben (Cipriani et al. 2009).

Lithium ist das Mittel der Wahl für die Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen und hat ein Alleinstellungsmerkmal bezüglich seiner antisuizidalen Wirkung bei unipolaren Depressionen. Lithium reduziert das Suizidrisiko um etwa 85 % (Bschor 2014).

Aufgrund der antisuizidalen Wirkung von Lithium ist die Lebenserwartung von Patienten mit unipolarer Depression, die mit Lithium behandelt werden, um etwa 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 hingegen 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 der Schlaf normalisiert wird, wie es durch **Quetiapin oder Olanzapin erreicht werden kann** (Pompili et al. 2012, Brunner et al. 2014). Für beide Medikamente wurde ebenfalls eine antisuizidale Wirkung nachgewiesen.

Eine hoch dosierte Gabe von **Benzodiazepinen** kann Suizidalität, Angst und Grübeln sowie Unruhe und Agitation verbessern. Benzodiazepine erniedrigen die Suizidquote signifikant (Toffol et al. 2015).

Die Überwachung alleine kann Suizide nicht verhindern und eventuell sogar provozieren, wie alarmierend hohe Suizidzahlen aus Gefängnissen, gerade bei isolierten und überwachten Personen zeigen. Die Praxis eines „Antisuizidpaktes“ wird von einigen Autoren als eher unsicher eingestuft, da sie zwar der Beruhigung des Arztes dient, aber einen akut suizidalen Patienten eher nicht von einer suizidalen Handlung abbringen kann. Hier bleiben also ein guter und engmaschiger therapeutischer Kontakt, Offenheit, möglichst 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. Der Patient sollte sich verstanden fühlen und sich sicher sein, dass ihm geholfen wird.

Idealerweise sollte man bei suizidalen Äußerungen einen Patienten nicht verlegen, die Beziehung abbrechen und damit die Hoffnungslosigkeit des Patienten unterstreichen. Wichtig ist auch vor allem wahnhaftige Symptome und soziale Bedürfnisse des Patienten zu erkennen, ernst zu nehmen und (mit) zu behandeln. Hier sollten alle sich bietenden Möglichkeiten (medikamentös, sozial- und psychotherapeutisch) ausgeschöpft werden.

Bei persönlichkeitsgestörten Patienten und abhängigkeiterkrankten Menschen gilt, dass nicht passiv geheilt werden kann oder so-

gar gegen den Willen des Patienten, sondern nur in gemeinsamer Anstrengung. Schädlicher Regression, Drohen mit Suizidalität, Konsum von Alkohol und Tabletten sollte eher mit einer Therapiepause statt mit Eskalation von – dann ethisch nicht zu rechtfertigenden – Zwangsmaßnahmen entgegengewirkt werden. Umgekehrt müssen alle Anstrengungen unternommen werden, Menschen zu einer Therapie zu motivieren und gesunde Anteile zu unterstützen und zu fördern.

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 immer stattfindet und Suizide auf offenen Stationen nicht häufiger auftreten (Huber et al. 2016). Gleichzeitig wird die mit Suiziden assoziierte Stigmatisierung und Hoffnungslosigkeit getriggert. Es sollte viel mehr Offenheit gegenüber Gefühlen wie Autoaggression, Trauer, Angst, Verzweiflung hergestellt werden.

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

Wichtig ist, ressourcenorientiert zu arbeiten und nicht defizitorientiert auf Risiken und deren Absicherung zu fokussieren. 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.

6.4.2 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. Wichtig ist, schwer behandelbare Symptome oder fehlende Compliance nicht zu akzeptieren, sondern an deren Behandlung nach Leitlinien zu arbeiten. Das Wissen über die Symptome des Patienten und Erkennen seines individuellen Leidensdrucks sowie korrespondierend eine konsequente gute pharmakotherapeutische Einstellung bis zur Remission verhindern hier Suizide.

Bei Menschen mit Psychosen ist die **Clozapintherapie** 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 teilweise 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 langfristig eine im Vergleich höhere Suizidquote (Haukka et al. 2008, Tiihonen et al. 2009).

Die Mortalität durch Agranulozytose unter Clozapintherapie liegt bei 0,01 % der Patienten (Agid et al. 2011) und steht einem 30-fach höheren Risiko eines vollendeten Suizids im ersten Jahr der Erkrankung und einem 200-fach höheren Risiko eines vollendeten Suizids nach 10 Jahren (Nordentoft et al. 2011) sowie einem 600-fach höheren Risiko eines vollendeten Suizids nach 36 Jahren gegenüber (Jones et al. 2006). In einer finnischen Kohortenstudie bei ca. 1600 schizophrenen Patienten konnte gezeigt werden, dass eine neuroleptische Behandlung mit Olanzapin oder Polypharmazie mit einer erniedrigten Suizidquote verbunden war (Haukka et al. 2008).