

Suizidprävention in der Hausarztpraxis

Gehen Sie aktiv auf Gefährdete zu

Sebastian Haas, Gregor Harbauer, Meilen

Suizid | Krisensituation | psychische Belastung

■ Suizidalität steht meistens im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, vor allem mit Depressionen. Ärzte in der medizinischen Grundversorgung nehmen oft eine Schlüsselposition ein, um suizidale Gefährdung frühzeitig zu erkennen und geeignete Massnahmen zu treffen. Einerseits dank der oft langjährigen, vertrauensvollen Beziehung und andererseits wegen der Tatsache, dass Suizidalität sich oft hinter somatischen und anderen medizinischen Beschwerden «verbirgt».

Einige relevante Zahlen

Im Durchschnitt wird der praktizierende Arzt bzw. die praktizierende Ärztin alle 2–3 Jahre mit einem vollendeten Suizid konfrontiert, sei es im Notfalldienst oder über seinen eigenen Patientenstamm. Patienten nach Suizidversuchen begegnen dem Grundversorger sogar bis zu 6 Mal pro Jahr [1]. Aus psychologischen Autopsiestudien ist bekannt, dass etwa 70% der späteren Suizidopfer im Monat vor der Suizidhandlung ihren Hausarzt aufgesucht, dort jedoch oft nicht von sich aus über ihre Suizidalität gesprochen hatten [2]. In einer finnischen Studie [3] konnte gezeigt werden, dass von 571 Suizidenten 18 % am Tag der Suizidhandlung noch Kontakt mit einer medizinischen Fachperson hatten und das Thema Suizid in 22% der Fälle während der letzten Konsultation angesprochen wurde. Der Hausarzt ist also meistens die wichtigste Vertrauensperson, oft wichtiger als der Therapeut. Umso bedeutsamer ist der Befund, dass über Fortbildungen für praktizie-

rende Ärzte und weitere Sensibilisierungsmassnahmen in der Öffentlichkeit, u.a. im Rahmen des europäischen «Bündnis gegen Depression», signifikante Veränderungen der Kenntnisse und Einstellungen erreicht werden können, wodurch es laut Studien zu einer Minderung der regionalen Suizidversuchsrate kommt [4].

Die Häufigkeit von Suiziden (exklusive Suizidhilfe) hat in der Schweiz über die vergangenen 20 Jahre kontinuierlich leicht abgenommen, wobei das Total der Selbsttötungen infolge der starken Zunahme assistierter Suizide seit 2005 leicht zugenommen hat (**Abb. 1**). Mit rund 1000 Suiziden pro Jahr werden in der Schweiz noch immer drei- bis viermal mehr Todesfälle durch Suizid als durch Verkehrsunfälle verzeichnet.

Besonders gefährdet sind alleinstehende Männer höheren Alters (ab 70. Lebensjahr). Unter den 1043 vollendeten Suiziden im Jahr 2017 imponierten als häufigste Suizidmethoden das Erhängen (17%), Stürze aus grosser Höhe (13,4%) und Schusswaffen (9,6%), wohingegen Vergiftungen nur noch bei 6% der Suizide eine Rolle spielten, was etwa einer Halbierung gegenüber den Zahlen von 1999 entspricht. Ebenso abgenommen an Bedeutung und Häufigkeit hat das Ertrinken.

Es lassen sich im Wesentlichen drei Gruppen von Menschen mit eindeutig erhöhtem Suizidrisiko benennen: Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen in akuten Krisensituationen, die sich aus situativen, aus lebensgeschichtlich-biografischen oder auch aus traumatischen Veränderungen ergeben, und Menschen, die bereits einmal in ihrem Leben suizidal reagiert haben bzw. Suizidversuche und suizidale Krisen hinter sich haben [5].



Dr. med. Sebastian Haas M.H.A.

Stv. Ärztlicher Direktor
Leiter Schwerpunkt Burnout und Belastungskrisen
sebastian.haas@hohenegg.ch

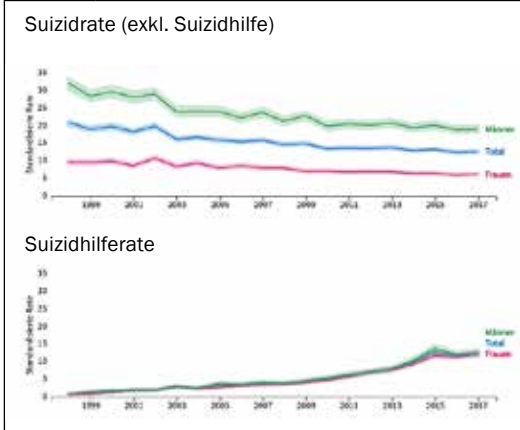


**Gregor Harbauer,
lic. phil. MAS MHC**

Leitender Psychologe
Fachpsychologe für Psychotherapie
FSP/SGVT
gregor.harbauer@hohenegg.ch

Privatklinik Hohenegg AG
Postfach 555
Hohenegg 1, 8706 Meilen

Abb. 1 Suizidstatistik Schweiz 1999–2017



Übersicht 1	Fragen an ärztliche Grundversorger zum Umgang mit Suizidalität
	<ul style="list-style-type: none"> – Wurde ich in meiner Praxis schon mit Suizidversuchen oder Suiziden konfrontiert? – Wie gut konnte ich diese(s) Erlebnis(se) verarbeiten? – Wurde ich in meiner Biografie oder meinem persönlichen Umfeld schon mit Suizidversuchen oder Suiziden konfrontiert? – Habe ich Angst vor dem Thema «Tod und Selbsttötung»? – Hatte ich selbst schon mal den Gedanken, mich umzubringen? – Wie würde ich es tun bzw. wie hatte ich es geplant? – Mit wem habe ich darüber gesprochen? – Hat mich schon mal ein Patient überzeugt, dass Suizid für ihn besser ist? – Sollten Ärzte und Therapeuten eine bewusste Entscheidung zum Suizid respektieren? – Welche Gründe könnte es für mich selbst geben, mein Leben zu beenden? – Was könnte mich daran hindern resp. was würde mir helfen, eine suizidale Krise zu bewältigen?

1. Menschen mit psychischen Erkrankungen: Aus psychologischen Autopsien nach Suiziden [6] wissen wir, dass 90% der Betroffenen vor ihrem Tod Symptome einer psychischen Erkrankung aufwiesen. Am häufigsten waren affektive Erkrankungen (43%), v.a. Depressionen, gefolgt von Suchterkrankungen, besonders Alkohol (26%), Persönlichkeitsstörungen (16%), Psychotischen Störungen (9%) und Anpassungsstörungen inkl. Angst und somatoforme Störungen (6%). 30–40% litten zum Zeitpunkt des Suizides unter einer somatischen Erkrankung, v.a. Karzinome und chronische Schmerzsyndrome.

2. Menschen in Krisensituationen: Hierzu gehören gehäuft Beziehungskrisen oder Partnerverlust. Kränkungen oft im beruflichen Kontext sowie der Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes, Identitätskrisen, chronische Arbeitslosigkeit und die Zeit nach einem Klinikaustritt, insbesondere aus der Psychiatrie.

3. Menschen, die bereits einmal in ihrem Leben suizidal reagiert haben: Suizidale Menschen erleben ihre unerträgliche seelische Not, die auch als «Mental Pain» beschrieben wird, oft als Traumatisierung, welche in ihrem Erleben und Handeln abgespeichert wird und als «Suicidal Mode» bei jeder nächsten suizidalen

Krise re-aktiviert werden kann [7]. Nicht überraschend ist der «seelische Schmerz» (Mental Pain), ein wiederkehrendes Thema in Abschiedsbriefen.

Haltung und Modelle zur Suizidalität

Als ärztlicher Grundversorger lässt sich die Konfrontation mit dem Phänomen Suizidalität also kaum verhindern. Deshalb ist es wichtig, die eigene Haltung, Erfahrungen aus der bisherigen Praxis, der eigenen Biografie und dem persönlichen Umfeld zu reflektieren. In Anlehnung an Dormmanns Fragen an Psychotherapeuten können Hausärzte bestimmte Fragen auf sich wirken lassen, die in **Übersicht 1** gelistet sind.

Der Umgang mit dem Phänomen Suizidalität kann von zwei gegensätzlichen Handlungspolen geprägt sein: *Allmacht* («S. ist kein Thema in meiner Praxis», «S. kommt bei mir nicht vor») und *Ohnmacht* («S. kann ich eh nicht verhindern», «S. macht mir Angst..»); beide Haltungen werden suizidalen Menschen nicht gerecht und erweisen sich in der Praxis als wenig hilfreich oder gar tödlich. Menschen in suizidalen Krisen möchten in aller Regel nicht sterben und bringen sich schon gar nicht «gerne» um. Sie halten viel eher ihr Leben in der akuten Krise nicht mehr aus, wollen «so» nicht mehr weiterleben und suchen daher oft verzweifelt nach Auswegen, ihre seelische Not zu beenden. Besteht also nur der geringste Verdacht, dass Suizidalität bei einem/r Patienten/in vorhanden sein könnte, sollte dies sofort angesprochen werden. Eine antiquierte Vorstellung, dass Menschen, die auf Suizidgedanken angesprochen werden, «erst recht» dazu motiviert werden, hat sich längst als Mythos erwiesen! Ebenso wenig sagt das Vorliegen von Suizidgedanken allein schon etwas aus zu möglichen späteren Suizidhandlungen.

Hilfreich kann es sein, sich einiger Modelle zu dem Verständnis für Menschen in suizidalen Krisen zu bedienen. Diese erleben ihre psychischen Probleme subjektiv oft als drei Mal «u», wie: unerträglich (seelischer Schmerz), unendlich (lange andauernd) und unausweichlich (unkontrollierbar). Die Wahrscheinlichkeit für eine Suizidhandlung steigt gemäss dem Kubus-Modell von Shneidman [8] linear-summativ: Je höher der seelische Schmerz (Mental Pain), je grösser der psychische Druck (Externe Stressoren) und je höher die innere Unruhe (Perturbation) beim Betroffenen. Gemäss einer interpersonalen Theorie [9] kommt es gehäuft zu akuter Suizidalität bei Verlust von Zugehörigkeit (Einsamkeit) verbunden mit der subjektiven Wahrnehmung, eine Last für sich selbst und andere zu sein und dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit über diesen Zustand.

Das Suizidrisiko ergibt sich nicht nur aus der aktuellen Situation (Life event oder psychische Erkrankung) als «State»-Variable, sondern auch aus oft angeborenen oder früh in der Biografie erworbenen Eigenschaften, welche die Vulnerabilität oder Impulsivität erhöhen («Trait»-Variablen), wie z.B. Folgen von Missbrauch oder Vernachlässigung, neurologische Grunderkrankungen oder Schädel-Hirn-Trauma, familiärer Substanzmissbrauch oder familiär gehäufte, gewaltsame Suizide. Letztere gehen u.a. gehäuft mit einer erniedrigten serotonergen Aktivität einher [10].

Fallbeispiel 1: Traumatische Krise

Der 47-jährige Finanzberater erfährt nach 15-jähriger, erfolgreicher Tätigkeit eines morgens von seinem Chef, dass er wegen interner Umstrukturierung nicht mehr gebraucht werde. Diese Nachricht trifft ihn völlig unerwartet. Er gerät in akute Existenznot, entwickelt ausgeprägte Schlafstörungen, weiss sich nicht mehr zu helfen und wird darauf von akuten Suizidgedanken geplagt. Dank einer vertrauensvollen Beziehung zum Hausarzt meldet er sich telefonisch bei diesem und wird gleichentags ins regionale Kriseninterventionszentrum überwiesen. Mit Unterstützung seines Hausarztes und einer mehrwöchigen, teilweise stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie (inkl. Antidepressiva) gelingt es ihm allmählich, seine Ängste zu verringern, wieder neue Perspektiven für sein Berufsleben zu entwickeln und die suizidale Krise zu überwinden.

Umgekehrt haben Menschen mit erhöhter serotonerger Aktivität oder anderen, oft genetisch determinierten, protektiven Eigenschaften die Fähigkeit nicht, einen Suizid überhaupt durchzuführen.

Bisher hat sich keine Evidenz finden lassen für ein alles erklärendes Modell. Auch gibt es kein umfassendes, klinisch «taugliches» Modell. Im klinischen Alltag am ehesten bewährt haben sich Krisenmodelle zur Beschreibung suizidaler Krisen, z.B. die «traumatische Krise» [11] nach plötzlich auftretenden Ereignissen oder die «Entwicklungskrise» [12], welche sich erst Tage bis Wochen nach dem auslösenden Ereignis manifestiert:

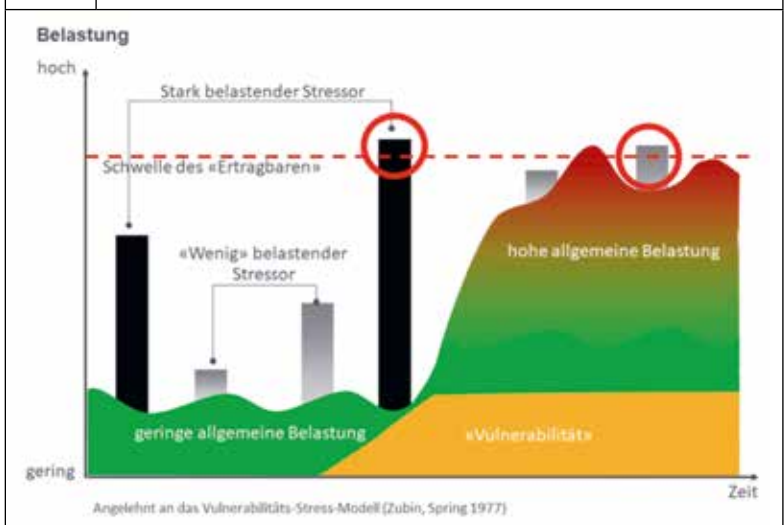
Bei einer traumatischen Krise ist das Ereignis benennbar, die Belastung manifestiert sich schlagartig. Das akute Stadium in dem erfahrungsgemäss 4–6-wöchigen Verlauf ist «früh», d.h. zum Zeitpunkt, wenn die Copingstrategien noch nicht angewandt wurden. Beispiele für die Ursachen traumatischer Krisen sind Naturkatastrophen, körperliche Gewalterfahrung, Tod, Krankheit, Invalidität oder sie stehen im Kontext von Beziehungstrennungen oder Untreue.

Traumatische Krisen münden im Allgemeinen etwas seltener in Suizidversuchen oder Suizidhandlungen als Entwicklungskrisen. Der Auslöser ist bei Entwicklungskrisen nicht immer bewusst, die Entwicklung erfolgt über Tage bis Wochen, die Dauer ist variabel; das akute Stadium erfolgt «spät», wenn die verfügbaren Copingstrategien «ausgereizt» sind. Beispiele: Arbeitslosigkeit, Stellenwechsel oder Beförderungen (auch wenn ausgeblieben: Kränkung), Pensionierung, Familie, Paar-Konflikte, Auszug von zu Hause, Schwangerschaft etc.

Meist kommt es vor einer suizidalen Entwicklungskrise zu einschneidenden psychischen Problemen (Stressoren), denen der/die Betroffene unter Mobilisierung und Einsatz verfügbarer Bewältigungsmassnahmen zu begegnen versucht. Verschärft wird die Situation, wenn das Niveau der allgemeinen Belastung beim Betroffenen ohnehin schon hoch ist und noch mehr, wenn gemäss dem Stress-Vulnerabilitätsmodell [13] analog dem zuvor beschriebenen Trait-Modell eine erhöhte Vulnerabilität vorliegt (**Abb. 2**). Oft gelingt es dann nicht, den Stressor zu entschärfen und die Belastung bleibt bestehen. Auch weitere Strategien versagen bei der Bewältigung des Problems, bis die Ressourcen und Energiereserven des Betroffenen allmählich versiegen. Wird die individuelle «Schwelle des Ertragbaren» unter diesem chronischen Stress überschritten, kommt es zu einem Ausnahmezustand, welcher in der Folge zu akuter Suizidalität und unter gewissen Umständen zu Suizidhandlungen führen kann.

Zur akuten Suizidalität kommt es, wenn die Schwelle des Ertragbaren über längere Zeit überschritten bleibt und damit ein chronischer Stresszustand generiert wird, welcher vom Betroffenen als unerträglicher Ausnahmezustand empfunden wird und für das Selbst nicht akzeptabel ist. In dieser existenziellen Bedrohung wird die Stresskaskade getriggert und es werden sowohl Flucht- als auch Angriffsimpulse ausgelöst. Bis es im sog. «suizidalen Modus» zu einer Suizidhandlung im engeren Sinn kommt, bedarf es neben

Abb. 2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell*



Quelle: Herbauer

*Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/-innen, standardisierte Rate

den im Kubus-Modell skizzierten Voraussetzungen noch einiger weiterer Bedingungen (z.B. das Vorliegen von « Hoffnungslosigkeit » sowie subjektiv « sozialer Isoliertheit »), welche in unterschiedlich bedeutsamer Weise eine Rolle spielen. Meist ist die Suizidintention von starker Ambivalenz begleitet und erst ein « dissoziativer » Zustand, oft induziert durch Schlafmangel, Stressfolgesymptome oder bewusstseinsverändernde Substanzen (z.B. Alkohol, Medikamente) « ermöglichen » dem Betroffenen, von der anfänglichen Intention (suizidaler Drang) in die Handlung zu kommen (**Abb. 3**).

Prävention von Suiziden

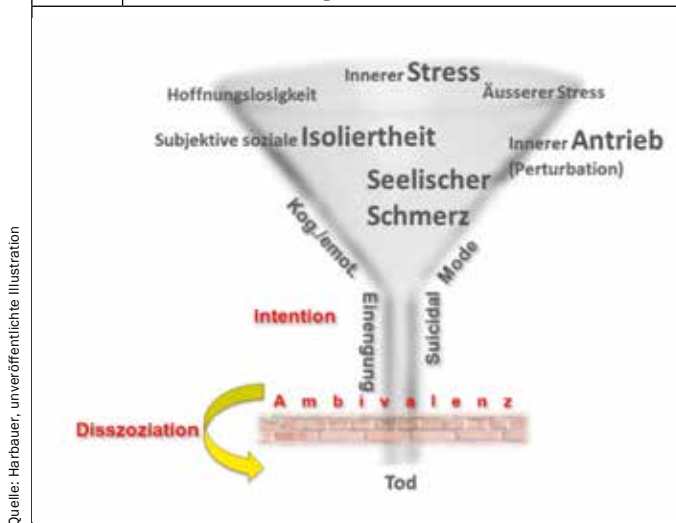
Gemäss einem phasenbezogenen Modell können 4 Typen von Suizidprozessen unterschieden werden. Impulsive Suizidversuche und kumulierender Leidensdruck (a und b) umfassen zusammen 20–40% der Fälle, von denen mit einem Bündel von suizidpräventiven Massnahmen mehr als 50% verhinderbar wären. Suizidversuche und Suizide bei schubweisem Verlauf (c) umfassen zusammen 50–70% der Fälle, von denen etwa 50% verhinderbar wären. Die restlichen 10% entsprechen Suiziden im Gefolge einer anhaltend

Fallbeispiel 2: Entwicklungskrise

Die 31-jährige Hotelier-Fachfrau lebt noch bei ihren Eltern und wurde Anfang des Jahres wegen ihrer guten Leistungen befördert. Zunächst ist sie hochmotiviert, da eine ihr wohlgesonnene Vorgesetzte sie in der für sie neuen Kaderrolle unterstützt. Als Letztere das Unternehmen verlässt, gerät sie in eine zunehmende Verunsicherung und Überforderung. Trotz hausärztlicher und psychotherapeutischer Unterstützung wird sie zunehmend depressiv und muss krankheitsbedingt hospitalisiert werden. Während des Klinikaufenthaltes wird sie zunehmend suizidal, da sie sich nichts mehr zutraut und sich nur noch als Last für sich und ihre Umgebung empfindet. In einem Moment der Verzweiflung verlässt sie unbeobachtet das Klinikgelände und springt von einer Brücke. Sie überlebt den Sturz mit multiplen Frakturen. Dankbar überlebt zu haben, bekundet sie im Verlauf ihren klaren Willen, sich den Problemen in ihrem Leben nun aktiv zu stellen und nicht mehr « davonlaufen » zu wollen.

nach [11]

Abb. 3 Wie kommt es aus Sicht der Betroffenen zur Suizidhandlung?



hohen Suizidalität, worunter auch Bilanzsuizide fallen (**Abb. 4**).

Gemäss dieser nicht unrealistischen Vision wären in der Schweiz von aktuell 1000 Suiziden pro Jahr insgesamt 400–500 verhinderbar.

In der Suizidprävention werden Massnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden: Als Primärprävention gelten Massnahmen, die suizidalen Menschen den Zugang zu Hilfsmitteln erschweren oder die Verfügbarkeit einschränken. Im Rahmen eines seit 2015 laufenden Schwerpunktprogrammes zur Suizid-Prävention im Kanton Zürich auf Grundlage eines Expertenberichtes [14] konnten z.B. folgende potenziell lebensrettenden Massnahmen umgesetzt werden: Rückrufaktionen für Medikamente aus den Haushalten in Zusammenarbeit mit Apotheken und Drogerien, Sicherheitsmassnahmen an Brücken, Türmen und Bahngleisen sowie massgeschneiderte Schulungen für Multiplikatoren, Informationsbroschüren und weitere, sensibilisierende Kommunikations- und Vernetzungsmassnahmen (vgl. www.suizidpraevention-zh.ch).

Zur Sekundärprävention gehört insbesondere die Behandlung der jeweiligen Grunderkrankung, welche zur suizidalen Krise geführt hat. Im Rahmen der nationalen Kampagne «wie geht es dir?» (www.wie-gehts-dir.ch), u.a. mit dem Slogan «Reden kann retten», wurden 2017 ca. 25000 Flyer im Kanton Zürich in Umlauf gebracht. Auch wurde eine Helpline Suizidprävention eingerichtet.

Im Rahmen der Tertiärprävention sollte insbesondere Augenmerk auf die Nachsorge nach Suizidversuchen gelegt werden. Da bekannt ist, dass unmittelbar nach einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ein ca. 200-fach erhöhtes Suizidrisiko besteht im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt. Etabliert wurden u.a. Überbrückungskonferenzen, zu denen Therapeuten oder Grundversorger eingeladen werden, um die poststationäre Betreuung sicherzustellen. Wichtig ist auch der Fokus auf die Angehörigen (vgl. www.trauernetz.ch).

Übersicht 2 Checkliste «Zugang zu suizidalen Menschen»

- Nehmen Sie Suizidale in ihrer Not und ihrem Leiden ernst und tragen Sie dieses Leiden mit [15].
- Sprechen Sie aktuelles Befinden und Gefühle der Betroffenen direkt und taktvoll an. Z.B. «Ich verstehe, dass es Ihnen so mies geht und Sie keinen Ausweg mehr sehen»; «Welche Gefühle erleben Sie denn zurzeit am heftigsten?»
- Jede Suizidalität hat ihre eigene Geschichte. Lassen Sie sich diese Entstehungsgeschichte erzählen. Z.B. «Mögen Sie mir erzählen, wie es dazu gekommen ist, dass es Ihnen so mies geht? Ich höre Ihnen gerne zu und möchte es aus Ihrer Sicht verstehen».
- Nehmen Sie sich Zeit und gewähren Sie dem suizidalen Menschen Zeit, zu berichten.
- Seien Sie transparent, z.B. sprechen Sie Befürchtungen **direkt** an, zeigen Sie Konsequenzen klar auf. Z.B. «Mir ist derzeit nicht wohl dabei, Sie unter diesen Umständen allein zu Hause zu wissen; was wäre am ehesten hilfreich für Ihre eigene Sicherheit?»

Übersicht 3 «Alarmsignale» – Hinweise zum Erkennen der Suizidalität

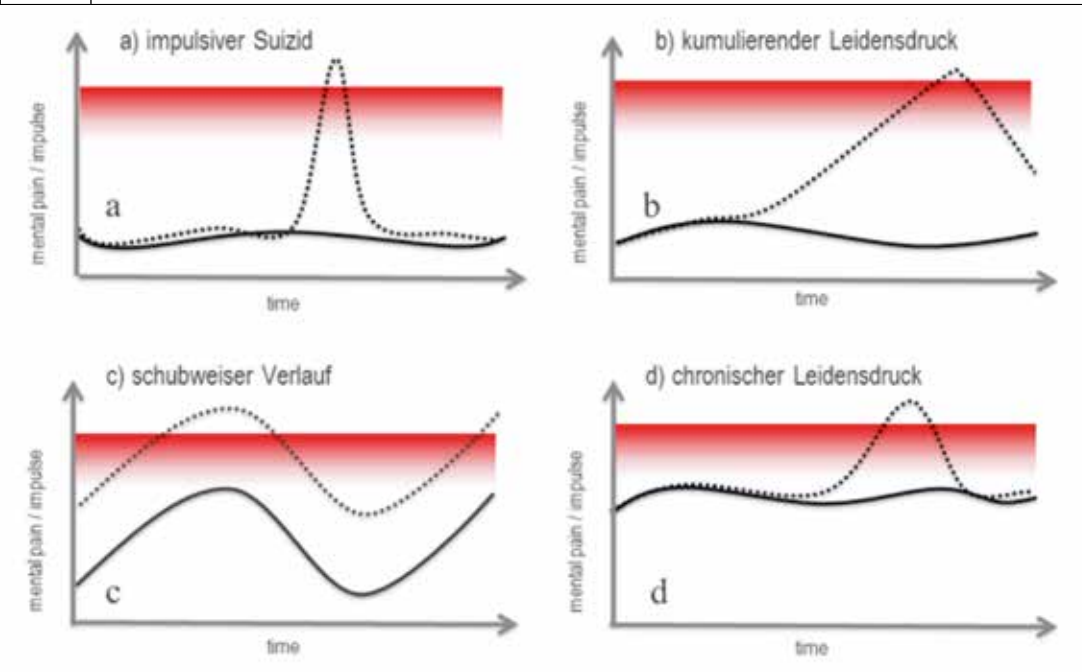
- Betroffene sprechen über Suizid/Todeswünsche; äussern z.B. «Ich weiss nicht, ob ich das nächste Mal noch da bin».
- Rückzug von Freunden und gewohnten Aktivitäten
- Aufräumen, Verschenken von Dingen
- Abschied nehmen, Abschiedsbriefe schreiben
- Nach Sterbemethoden und -mitteln suchen (Web-Foren z.B.)
- Hoffnungslosigkeit (wichtigster Prädiktor für Suizidhandlungen)
- Grosse Selbstkritik, geringe Selbstachtung, starke Kränkung
- Riskantes Verhalten (z.B. im Strassenverkehr)
- Veränderungen im Verhalten und in der Körpersprache
- Schlafstörungen, Appetitverlust, Energiemangel
- Plötzliche Ruhe und Gelöstheit nach einer Phase von Niedergeschlagenheit und Leiden (Entscheidung für geplanten Suizid ist evtl. gefallen und wird nicht kommuniziert).

Zugang zu Menschen in suizidalen Krisen

In Interviews nach Suizidversuchen konnte gezeigt werden, dass neben den psychischen Erkrankungen Beziehungskonflikte mit 71% zu den häufigsten Problemen zählen, die zu Suizidversuchen führen. Auch sind letztere mit 45% die häufigsten «Trigger» für eine vollzogene Suizidhandlung [16]. Ihre seelische Not mitzuteilen ist jedoch für viele suizidale Menschen schwierig, einerseits weil sie sich keinen Benefit vorstellen können, Angst haben vor den Konsequenzen oder schlechte Erfahrungen in der Kommunikation mit Helfenden gemacht haben. Unerträglichem seelischen Schmerz nicht mitteilen zu können, korreliert jedoch mit dem Suizidalitätsrisiko und der Letalität der Suizidhandlung [17].

Leider erleben Menschen in suizidalen Krisen oft Ablehnung oder Tabuisierung. Das Umfeld reagiert zudem häufig mit Hilflosigkeit, Überforderung oder sogar Wut. Im privaten Umfeld, aber auch seitens der Fachleute erleben sie oft, dass weggeschaut oder weggehört wird, ihre Beschwerden bagatellisiert werden

Abb. 4 Vier Typen von Suizidprozessen



nach [14]

oder sie gut gemeinte Ratschläge (darüber schlafen, abwarten) erhalten. Demgegenüber wünschen sich Menschen in suizidalen Krisen, dass sie direkt angesprochen werden, dass man sich Zeit nimmt für sie, ihnen zugehört wird, ihre Not/Probleme ernst genommen werden, Verständnis gezeigt und nachgefragt wird. Als besonders hilfreich in der Praxis hat sich ein «collaborative approach» [18], d.h. ein gemeinschaftlicher, kooperativer Zugang, bei dem Arzt und Patient einen Schulterchluss bilden und gemeinsam den Zustand der Suizidalität betrachten. Damit wird es dem Grundversorger leichter möglich, seine eigenen Gefühle und Befürchtungen (z.B. betreffend der Sicherheit) mit dem Betroffenen anzusprechen (**Übersicht 2**).

Entsprechend den Leitlinien zur Behandlung affektiver Störungen werden für das Management bei Suizidgefährdung folgende Massnahmen empfohlen: a) Direktes Ansprechen des Themas Suizid und b) Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung. Folgende Hinweise können als mögliche Alarmsignale verstanden und taktvoll angesprochen werden (**Übersicht 3**).

Assessment der Suizidalität – was hat sich klinisch bewährt?

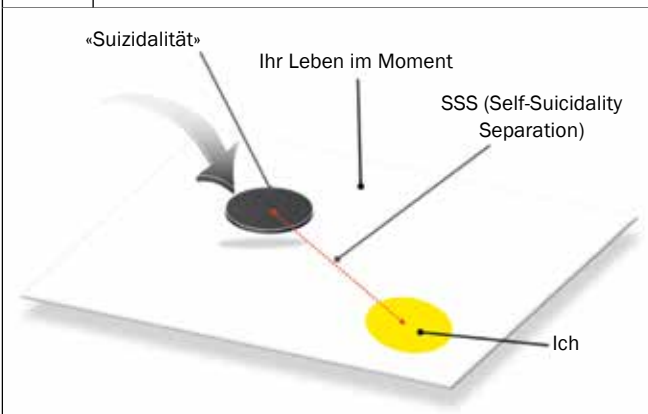
Hilfreich bei der Abschätzung einer konkreten Suizidgefährdung ist es, das Gesagte auf Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit zu prüfen. Der Einsatz eines Fragebogens oder das Stellen einer einzelnen, allgemeinen Frage sind hierzu meist nicht ausreichend. Suizidversuche und Suizidalität können effektiver reduziert werden, indem suizidgefährdete Menschen direkt auf ihre mögliche Suizidalität angesprochen werden – und nicht nur indirekt über ihre Symptome wie Hoffnungslosigkeit, Angst oder Depression. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurde das kli-

nische Visualisierungsinstrument PRISM-S (Pictorial Representation of Illness and Self Measure – Suicidality) entwickelt [19] (**Abb. 5**). PRISM-S hilft dabei, Suizidalität patientengerecht und in nützlicher Zeit zuverlässig einzuschätzen.

Gerade der Hausarzt sieht sich regelhaft vor die Aufgabe gestellt, innerhalb von kurzer Zeit eine zuverlässige Aussage über den aktuellen und sogar zukünftigen Gefährdungsgrad des Patienten machen zu müssen.

Wie an einer Studie mit Erwachsenen bis 65 Jahren gezeigt werden konnte, lässt sich mit PRISM-S die aktuelle Suizidgefährdung in weniger als fünf Minuten zuverlässig messen. Das standardisierte Instrument besteht aus einer weissen A4- Metallplatte mit einem gelben Punkt von sieben Zentimetern Durchmesser in der rechten unteren Ecke und einer schwarzen Kunststoffscheibe. Entsprechend der gemeinschaftlichen «Haltung eines Schulterchlusses» [18] setzt man sich

Abb. 5 Suizidalitätseinschätzung von PRISM-S gemeinsam mit dem Patienten



nach [19]

TAKE-HOME-MESSAGES

- **Erhöhtes Suizidrisiko haben Menschen in Krisensituationen mit psychischen Erkrankungen, und diejenigen, die bereits einmal in ihrem Leben suizidal reagiert haben.**
- **Suizidale Zustände sind oft nur vorübergehend und von starker Ambivalenz begleitet. Zu Suizidhandlungen kommt es meist erst in einem «dissoziativen» Ausnahme-Zustand.**
- **Mit einem Bündel konsequent angewendeter, suizidpräventiver Massnahmen liessen sich in der Schweiz theoretisch in der Zukunft bis zu 50% der jährlich 1000 Suizide verhindern.**
- **Hilfreich bei der Abschätzung einer konkreten Suizidgefährdung ist es, Suizidalität direkt anzusprechen und das Gesagte z.B. mithilfe des Visualisierungsinstrumentes PRISM S auf Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit zu prüfen.**

idealerweise neben den Patienten oder, wie in Hausarztpraxen oft üblich, im rechten Winkel zueinander an einen Tisch. Dem Patienten wird erklärt, dass die Platte sein «Leben» und der gelbe Kreis «er selbst» darstelle (Wording: Der gelbe Punkt repräsentiert «Sie»). Dann wird die schwarze, magnetische Scheibe von fünf Zentimetern Durchmesser gezeigt, die als Repräsentanz für den «Drang, sich das Leben zu nehmen», eingeführt wird. Schliesslich wird der Patient mit der Frage: «Welchen Platz in Ihrem Leben nimmt zurzeit der Drang, sich das Leben zu nehmen, ein?» auf- gefordert, die «Suizidalitätsscheibe» zu platzieren. Die Distanz zwischen dem gelben Punkt (Patient) und der «Suizidalitätsscheibe» ist das quantitative Mass, das mit «Gefährdungsausmass, sich zu suizidieren» beschrieben werden kann. Der Patient wird anschliessend gefragt: «Was bedeutet dies für Sie, wenn Sie den Drang, sich das Leben zu nehmen, an diesen Platz setzen?» Die spontan folgenden, konkreten Detailäusserungen werden qualitativ ausgewertet und bieten einen sofortigen und direkten Zugang zu den Hintergründen der Suizidalität. Das visuelle Instrument PRISM-S misst vergleichbar zuverlässig wie andere standardisierte Skalen, wie in einer Validierungsstudie und einer RCT-Studie gezeigt werden konnte [19], setzt jedoch nicht das übliche (und oft unbeliebte) «Paper & Pencil-Handling» ein.

Meistens gewinnt man mittels PRISM-S in zwei bis drei Minuten einen sehr guten Eindruck vom aktuellen Gefährdungsgrad des Patienten. Konkret visualisiert der Patient auf der Tafel die eigene Beziehung zu seinem Drang, sich zu suizidieren. Die schwarze Scheibe wird von den Patienten – entsprechend der Annahme der Autoren – an dem Punkt positioniert, an dem das unerträgliche Leidensausmass einerseits und ihre verfügbare Resilienz andererseits aufeinandertreffen. Er drückt sozusagen das gegenwärtige Gleichgewicht der beiden Tendenzen für oder wider die Suizidhandlung

aus, was sich im Dialog mit dem Patienten konkret thematisieren lässt. PRISM-S vermittelt in einfacher Art und Weise einen visuellen Eindruck, in welchem Ausmass sich die Suizidgefährdeten selbst «bedroht» fühlen, oder in anderen Worten, von wie viel «Widerstandsvermögen» oder Ressourcen sie noch getragen werden. Die Verwendung des Instrumentes PRISM-S ersetzt selbstverständlich nicht das ärztlich-psychologische Gespräch, in das die Erfahrungen der Fachpersonen und ihr «Bauchgefühl» mit einfließen. In der klinischen Praxis hat sich der Einsatz von PRISM-S bei Erwachsenen (18–65 Jahre) in mittlerweile vielen psychiatrischen Institutionen in der Schweiz bewährt.

Literatur:

1. Michel K: Der Arzt und der suizidale Patient. Teil 1: Grundsätzliche Aspekte. Schweizerisches Medizinisches Forum 2002; 29/30: 704–707.
2. Mahnkopf A: Umgang mit suizidalen Patienten in Zeiten wirtschaftlicher Zwänge. Suizidologie 2007; 19: 16–73.
3. Isometsä E, et al.: The Last Appointment Before Suicide: Is Suicide Intent Communicated? Am J Psychiatry 1995; 152(6): 919–922.
4. Hegerl U, et al.: Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention: Ergebnisse des «Nürnberger Bündnisses gegen Depression». Dtsch Arztebl 2003; 100: A 2732–2737.
5. Wolfersdorf M: Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. In: Psychotherapie im Dialog, 13. Jg., 2, 2012; 2–7.
6. Arsenault-Lapierre G, et al.: Psychiatric Diagnoses in 3275 Suicides: A Meta-Analysis BMC Psychiatry 2004; 4: 37.
7. Orbach I: Mental Pain and Suicide J Psychiatry Relat Sci 2003; 40(3): 191–201.
8. Shneidman ES: A psychological approach to suicide. In G. R. VandenBos & B. K. Bryant (Eds.), Master lectures series. Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action. American Psychological Association 1987; 147–183.
9. Van Orden KA et al.: The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev 2010; 117(2): 575–600.
10. Van Heeringen K: Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior. In: Dwivedi Y, ed. The Neurobiological Basis of Suicide. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis 2012.
11. Cullberg J: Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis 1978: 25–30.
12. Caplan G: Principles of preventive psychiatry. New York, London, Basic Books 1964.
13. Zubin J, Spring B: Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology 1977; 86(2): 103–126.
14. Ajdacic V, et al.: Expertenbericht zu handen des Regierungsrates des Kantons Zürich. FSSZ Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich 2011.
15. Dunkley C, Borthwick A, Bartlett RL, et al.: Hearing the Suicidal Patient's Emotional Pain: A Typological Model to Improve Communication. Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 2017; DOI: 10.1027/0227-5910/a000497.
16. Stulz N, et al.: Patient-Identified Priorities Leading to Attempted Suicide. Crisis 2018; 39: 37–46.
17. Gvion Y, et al.: Aggression-impulsivity, Mental Pain, and Communication Difficulties in Medically Serious and Medically Non-Serious Suicide Attempters. Compr Psychiatry 2014; 55(1): 40–50.
18. Jobes DA: Managing Suicidal Risk. New York; Guilford 2006.
19. Ring M, Harbauer G, Haas S, et al.: Validierung des Suizidalitätseinschätzungsinstrumentes PRISM-S (Pictorial Representation of Illness Self Measure - Suicidality) [Validity of the suicidality assessment instrument PRISM-S (Pictorial Representation of Illness Self Measure - Suicidality)]. Neuropsychiatr 2014; 28(4): 192–197.
20. Haas S, Stähli R: Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich. ISPM Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich 2012.
21. Haas S, Minder J, Harbauer G: Suizidalität im Alter – was kann der Hausarzt tun? [Suicidality in the elderly – what the general practitioner can do]. Praxis (Bern 1994) 2014; 103(18): 1061–1066.
22. Harbauer G, et al.: Suicidality assessment with PRISM-S – simple, fast, and visual: a brief nonverbal method to assess suicidality in adolescent and adult patients. Crisis 2013; 34: 131–136.
23. Meerwijk E: Direct Versus Indirect Psychosocial and Behavioural Interventions to Prevent Suicide and Suicide Attempts: A Systematic Review and Meta-Analysis. Lancet Psychiatry 2016; 3(6): 544–554.

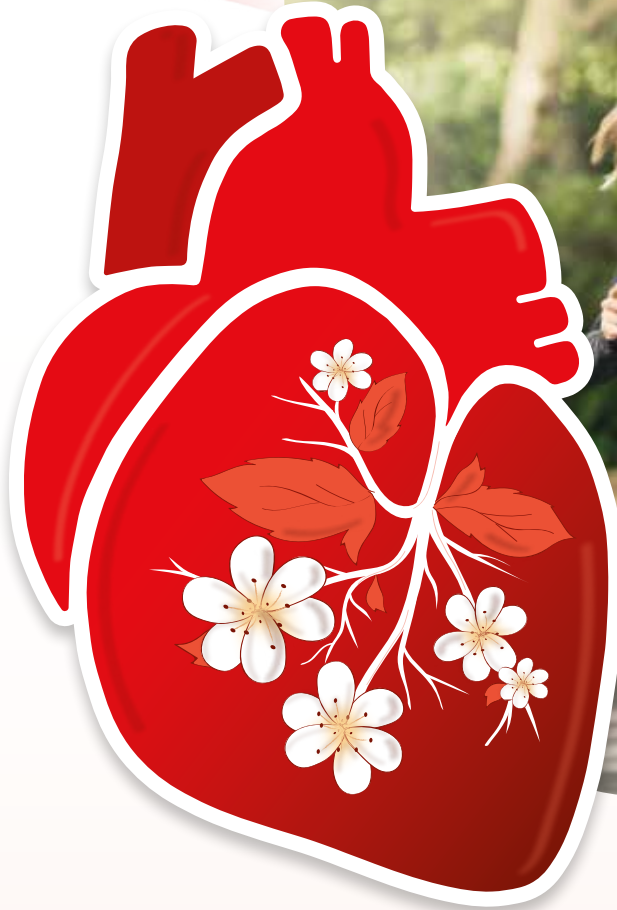
medizinonline



> Fortbildungsfragen auf Seite 13

Cardiplant® 450

Quantifizierter Weissdorn-Spezialextrakt WS® 1442



Stärkt das Herz^{1,2,3}

Beruhigt das Herz^{1,3,4}

Schützt das Herz^{1,3,5}

**Ein starkes Herz
für ein aktives Leben.**

Bei nervösen Herzbeschwerden¹

Kassenzulässig

Gekürzte Fachinformation Cardiplant® 450

Z: 1 FT enthält: 450 mg Trockenextrakt aus Weissdornblättern mit Blüten (4–6,6:1), quantifiziert auf 71,6–97,0 mg oligomere Procyanidine. Auszugsmittel: Ethanol 45% (m/m). **I:** Nervöse Herzbeschwerden wie rascher Puls, Herzklopfen, Herzstechen, Schwindelgefühl, Druck- und Beklemmungsgefühl in der Herzgegend. **D:** Erwachsene: täglich 1–2 FT mit etwas Flüssigkeit. Bei der Einnahme von 2 Filmtabletten empfiehlt es sich, morgens und abends je 1 FT zu nehmen. **KI:** Keine bekannt. **UEW:** Keine bekannt. **IA:** Keine bekannt. **S/S:** Keine klinische Daten vorhanden. **P:** 50 und 100 FT. **VK:** D, kassenzulässig. **ZI:** Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedinfo.ch

Referenzen

1 www.swissmedinfo.ch **2** Chatterjee et al. 2004. Crataegus special extract WS®1442 improves cardiac function and reduces infarct size in a rat model of prolonged coronary ischemia and reperfusion. *Life Sci.* Feb 27; 74(15): 1945–55. **3** Holubarsch et al. 2018. Benefit-Risk Assessment of Crataegus Extract WS®1442: An Evidence-Based Review. *Am J Cardiovasc Drugs.* Feb; 18(1): 25–36. **4** Koller et al. 2005. Weissdorn-Spezialextrakt in der Therapie früher Stadien der KHK-assoziierten Herzinsuffizienz. *MMW Originalien;* 147 (IV): 159–164. **5** Chatterjee et al. 1997. In vitro and in vivo studies on the cardioprotective action of oligomeric procyanidins in an Crataegus extract of leaves and blooms. *Arzneimittelforschung;* 47: 821–825. 07/2019



**Schwabe
Pharma AG**
From Nature. For Health.