

Suizid und Suizidprävention

Von Tobias Teismann

Eine sichere Prädiktion suizidalen Verhaltens ist nicht möglich – Suizidprävention hingegen schon. Ausgehend von einer Darstellung der Prävalenz suizidalen Erlebens und Verhaltens werden im folgenden Beitrag Möglichkeiten zur Suizidprävention beschrieben und diskutiert. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Darstellung der Zugangsbeschränkung zu letalen Mitteln und suizid-spezifischer Psychotherapie.



Tobias Teismann
PD Dr., Dipl.-Psychologe u. Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Leiter des Zentrums für Psychotherapie am Forschungs- u. Behandlungszentrum f. Psychische Gesundheit, Ruhr Universität Bochum.

1. Einleitung

In Deutschland sind im Jahr 2021 insgesamt 9206 Menschen durch einen Suizid gestorben, darunter 6805 Männer und 2401 Frauen. 162 dieser Personen waren nicht älter als 19 Jahre. Wie in nahezu allen Ländern der Welt (Naghavi, 2019) nimmt auch in Deutschland das Suizidrisiko mit dem Alter zu – und dies insbesondere bei Männern. Die allermeisten Suizide erfolgen in Deutschland durch Erhängen und die meisten Menschen sterben zu Hause durch einen Suizid (www.destatis.de). Weltweit ist es in den vergangenen Jahren zu einem Rückgang der Suizidzahlen gekommen (Naghavi, 2019); dies gilt auch für Deutschland: Hier hat sich die Zahl an Suiziden seit den 1980er Jahren halbiert. Und auch in den ersten beiden Jahren der Coronapandemie blieb eine weitreichende Zunahme an Suiziden in Deutschland – genauso wie in den meisten Ländern weltweit (Pirkis et al., 2022) – aus.

Gleichzeitig sind Suizidgedanken und Suizidversuche in der Bevölkerung und insbesondere bei jungen Menschen sehr verbreitet: In einer repräsentativen Untersuchung an deutschen Schulen gaben beispielsweise 36% der Neuntklässler an schon einmal ernsthaft über Suizid nachgedacht zu haben und knapp 8% berichteten von Suizidversuchen (Donath et al., 2019); besonders betroffen sind hierbei Kinder mit einem Migrationshintergrund. Suizidgedanken gehen mit einer erheblichen Belastung einher und müssen immer ernstgenommen werden. Nichtsdestotrotz machen die

Zahlen deutlich, dass die allerwenigsten Menschen, die einen Suizid erwägen einen Suizidversuch unternehmen oder durch einen Suizid sterben. Trotz vielfältiger Versuche gibt es bislang jedoch keine Möglichkeit zwischen Personen zu differenzieren, die über einen Suizid nachdenken und solchen, die suizidales Verhalten zeigen (Huang et al., 2020). Neben der grundsätzlichen Unmöglichkeit selten auftretende Ereignisse sicher vorherzusagen, hängt dies auch damit zusammen, dass Suizidgedanken bei vielen Betroffenen einen stark fluktuierenden (Hallensleben et al., 2019) und hochdynamischen Verlauf aufweisen: In einer Untersuchung von Paashaus et al. (2021) gaben beispielsweise 36% der Untersuchten an, dass zwischen ihrer Entscheidung zum Suizid und der tatsächlichen Suizidhandlung weniger als fünf Minuten vergangen seien. Nicht wenige Betroffene dürften von dieser Dynamik selber überrascht sein. Die Unmöglichkeit suizidalen Verhalten – selbst bei Kenntnis von Risikofaktoren wie Suizidgedanken, psychischen Störungen, Hoffnungslosigkeit, familiären Suiziden, Transgenderidentität – besser als auf Zufallsniveau vorherzusehen (Teismann et al., 2022), impliziert jedoch nicht, dass Suizidprävention nicht möglich sei. Analog hierzu braucht es keine genaue Vorhersage davon wer durch einen Autounfall sterben wird, um erfolgreiche Prävention von Verkehrsunfällen zu betreiben.

2. Suizidprävention

Im Zuge des gegenwärtigen Gesetzgebungsverfahrens zur Regelung des

assistierten Suizids wird derzeit ein fraktionsübergreifender Antrag zur deutschlandweiten Stärkung der Suizidprävention diskutiert (www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw25-de-suizidhilfe-897826). Gefordert werden hierbei u.a. der Aufbau eines deutschlandweiten Suizidpräventionsdienstes, Aufklärungs- und Informationskampagnen zur Entstigmatisierung von Suizidwünschen, eine Zugangsbeschränkung zu Suizidmitteln und der Ausbau niedrigschwelliger, kostenloser und zielgruppenspezifischer Beratungs- und Unterstützungsangebote inklusive Krisenhilfe, Therapie und Selbsthilfe für Menschen mit Suizidgedanken und für deren Angehörige. Unter den verschiedenen Ansätzen und Methoden der Suizidprävention findet sich bislang die beste empirische Evidenz für die Zugangsbeschränkung zu letalen Mitteln (englische Bezeichnung: Means Restriction) und die suizid-spezifische Psychotherapie (Platt & Niederkrotenthaler, 2020; Witt et al., 2021). Beide Ansätze werden im Folgenden genauer beschrieben.

2.1. Means Restriction

In einer Vielzahl von populationsbezogenen Untersuchungen ließ sich zeigen, dass Maßnahmen wie die Sicherung von Brücken, die Hausgasentgiftung, die Verschärfung von Waffengesetzen, das Verbot sowie die Reduktion der Packungsgrößen letaler Medikamente mit einem bedeutsamen Rückgang der methodenspezifischen und der

allgemeinen Suizidrate assoziiert sind (Teismann & Glasow, 2021). Der erschwerte Zugang zu einer Suizidmethode, scheint dabei nicht oder nur teilweise mit einer kompensatorischen Zunahme einer anderen Suizidmethode einherzugehen. Es wird angenommen, dass der positive Effekt von Zugangsbeschränkungen auf verschiedenen Wegen zustande kommt: Zum einen scheint das Zeitfenster innerhalb dessen die höchste Gefahr für suizidale Handlungen besteht nur von kurzer Dauer zu sein, d.h. es geht um wenige Minuten bis hin zu wenigen Stunden (vgl. Paashaus et al., 2021). Besteht in diesem Zeitfenster kein unmittelbarer Zugang zu einer Tötungsmethode, so erhöht sich die Chance, dass die Person überlebt. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass Personen, die sich - innerhalb einer spezifischen suizidalen Krise - für eine Suizidmethode entschieden haben, nur selten auf eine andere Methode ausweichen (Deisenhammer et al., 2016). Die Beschränkung des Zugriffs auf bestimmte Suizidmethoden mag somit einen gewissen Schutz bieten. Vor diesem Hintergrund muss die Verfügbarkeit von letalen Mitteln in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen immer erfragt und die Sicherung entsprechender besprochen werden. Solche Mittel, die Patient:innen ernsthaft als Suizidmethode in Erwägung ziehen, sollten entweder (1.) gänzlich beseitigt, (2.) einer Vertrauensperson zur Aufbewahrung gegeben, oder (3.) zumindest verschlossen, unzugänglich bzw. weit weg aufbewahrt werden. Im Einzelnen kann es also darum gehen, dass ein Medikamentenvorrat entsorgt oder einer vertrauten Person zur Verwahrung gegeben wird, dass das Auto eine Zeitlang nicht genutzt wird, dass das ausgewählte Seil abgegeben, im Keller versteckt oder in einem Schließfach eingeschlossen wird, dass keine Rasierklingen im Haus sind und/oder dass Schusswaffen abgegeben und Waffenschränke verschlossen werden. Naturgemäß lässt sich in Bezug auf viele Methoden keine absolute Sicherheit herstellen. Es scheint nicht selten aber zu reichen, wenn der Zugang etwas erschwert ist. Die Thematisierung von Zugangsbe-

schränkungen stellt vor diesem Hintergrund einen integralen Bestandteil verschiedener Psychotherapieverfahren von suizidalen Personen dar.

2.2. Psychotherapie

In Studien haben sich wiederholt v.a. zwei Formen der Psychotherapie – die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) – als effektiv hinsichtlich der Prävention (erneuter) suizidaler Selbstverletzungen erwiesen (Teismann & Gysin-Maillart, 2022). Hinweise auf einen positiven Effekt finden sich zudem für die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), ein spezifisches Verfahren aus dem Bereich der psychodynamischen Psychotherapie (Witt et al., 2021). Grundsätzlich scheinen Verfahren, die suizidales Erleben und Verhalten zum expliziten Fokus der Behandlung machen,

effektiver zu sein als Verfahren, die auf die Reduktion assoziierter Psychopathologie (z.B. Depression, Hoffnungslosigkeit) abzielen (Meerwijk et al., 2016). DBT und MBT sind vergleichsweise umfassende Therapieprogramme, die speziell zur Behandlung von Personen, die an einer Borderlinestörung leiden entwickelt wurden. Unter dem Oberbegriff der KVT wurden im Vergleich hierzu verschiedene Therapieprogramme entwickelt und evaluiert, die eine störungsübergreifende Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens ermöglichen sollen. Zu diesen Verfahren zählen Behandlungsprogramme wie die kognitive Therapie suizidaler Personen (KT-SP; Wenzel et al., 2009), die kurze kognitive Verhaltenstherapie zur Suizidprävention (KVT-SP; Bryan & Rudd, 2018), das Attempted Suicide Short Intervention Programm (ASSIP; Gysin-Maillart, 2021) und die Relapse Prevention Intervention after Suicidal Event (RISE; Bahlmann et al., 2022). Den genannten Verfahren ist gemeinsam, dass sie innerhalb weniger Therapiesitzungen (ca. 4 bis 12 Sitzungen), den Fokus darauf legen, die individuelle Dynamik einer suizidalen Krise zu verstehen, Sicherheit herzustellen (u.a. durch die Entwicklung eines Notfallplans sowie Means Restriction) und auf der Basis

Schlussendlich haben sich auch internetbasierte Therapieprogramme für suizidale Personen als effektiv erwiesen. Ihre empirische Untersuchung steht jedoch noch ganz am Anfang.

einer individuellen Fallkonzeption solche Faktoren zu benennen deren weitere Behandlung eine Eskalation potentieller zukünftiger suizidaler Krisen unterbinden sollte. Die verschiedenen Programme haben sich in ersten Untersuchungen als effektiv hinsichtlich der Prävention erneuter Suizidversuche erwiesen; keines der Verfahren hat bislang jedoch den Status einer empirisch-validierten Therapie. Mit Blick auf die Reduktion von Suizidgedanken hat sich schließlich ein als Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS; Jobes, 2016) bezeichnetes Verfahren, als effektiv erwiesen (Swift et al., 2020). Bei CAMS handelt es sich um ein therapeutisches Rahmenprogramm, innerhalb dessen Patient und Therapeutin zunächst gemeinsam eine Risikoabschätzung vornehmen und sodann gemeinschaftlich einen Behandlungsplan zur Überwindung einer aktuellen suizidalen Krise erstellen. CAMS ist dabei keiner therapeutischen Orientierung verpflichtet; in Abhängigkeit von der Ausrichtung der Behandler und Behandlerinnen können daher genauso kognitiv-verhaltenstherapeutische, wie systemische oder tiefenpsychologische Methoden genutzt werden.

Schlussendlich haben sich auch internetbasierte Therapieprogramme für suizidale Personen als effektiv erwiesen (Büscher et al., 2022). Allerdings sind die gefundenen Effekte klein, die Abbrecherquoten sind hoch und es steht bislang kein entsprechendes deutschsprachiges Programm zur Verfügung. Ausgehend vom sogenannten Papageno-Effekt, d.h. dem Befund, dass die mediale Berichterstattung über überwundene suizidale Krisen einen suizidpräventiven Effekt zu haben scheint (Niederkrötenhaller et al., 2010), gibt es aber zunehmend psychoedukative Internetseiten, auf denen Betroffene ihre Geschichte – und dies auch auf deutsch – erzählen (z.B. <https://8leben.psychenet.de>; <https://www.suizidpraevention-menaccess.de>; <https://betteroffwithyou.org.au>). Die empirische Untersuchung entsprechender Angebote steht jedoch noch ganz am Anfang.

3. Fazit

Die Tatsache, dass eine sichere Prädiktion nicht möglich ist, impliziert – wie gesagt – nicht, dass Prävention un-

möglich ist. Tatsächlich stehen diverse Maßnahmen zur Suizidprävention bereit, die sich als effektiv erwiesen haben und einer weitergehenden Dissemination bedürfen (Platt & Niederkrotenthaler, 2020). Die Verabschiedung eines spezifischen Suizidpräventionsgesetzes dürfte hierzu einen sehr wichtigen Beitrag leisten. Gleichzeitig muss betont werden, dass das Wissen um effektive Suizidprävention an verschiedenen Stellen noch weitgehend in den Kinderschuhen steckt. In diesem Sinne ist beispielsweise lange bekannt, dass (alte) Männer eine zentrale Risikogruppe für Suizide darstellen; dennoch gibt es nahezu keine spezifischen Behandlungsansätze für Männer, es gibt kein fundiertes Wissen dazu wie sich therapieaufsuchendes Verhalten von suizidalen Männern fördern lässt und es gibt kein fundiertes Wissen dazu wie Interventionen gestaltet werden sollten, um Männer in einer Behandlung zu halten. Mit Blick auf die gesetzliche Neuregelung des assistierten Suizids lässt sich des Weiteren konstatieren, dass es noch keine Behandlungsvorschläge dazu gibt wie eine offene Beratung von Menschen, die die Inanspruchnahme eines assistierten Suizids erwägen, gestaltet werden sollte. Strategien der motivierenden Gesprächsführung (Koban & Teismann, 2017) könnten sich hierfür genauso anbieten wie manche der oben beschriebenen Therapieprogramme - ausgearbeitete und erprobte Konzepte fehlen jedoch bislang auch hier.

Eine Intensivierung von Forschungsbemühungen und eine breite Dissemination hilfreicher Konzepte in die Praxis erscheint somit dringend geboten. ●

Literatur

Ausführliche Literaturangaben finden Sie auf der Kerbe-Homepage unter www.kerbe.info

Stabil suizidal – ich kenne mich da aus

Eine Psychiatrie-Mitarbeiterin als Patientin

Von Claudia M.

*Mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber*innen gekürzte Fassung des 2/2013 erschienenen Artikels in den Sozialpsychiatrischen Informationen.*

In einem Wutanfall wickelte ich meinen rot weiß gestreiften Kinderschul um den Hals und zog an beiden Enden so fest, dass mir schwarz vor Augen wurde. Eine Beule am Hinterkopf, als ich mich neben der Heizung wiederfand. Tränen über den Schmerz. Ich war sechs Jahre alt und dachte das erste Mal »ich will nicht mehr da sein«. Eine impulsive Handlung, unbemerkt von den Eltern, schnell wieder vergessen. Der Gedanke indessen verschwand nie wieder. Mit dreizehn versuchte ich dann das erste Mal, mir das Leben zu nehmen. Ich kannte mich nicht gut aus und die Anzahl der Tabletten war viel zu gering. So quälte ich mich weiter durch meinen Alltag, bis ich irgendwann zum Schutz vor meinen Gedanken und Handlungen in die Psychiatrie kam. Vor einem halben Jahr habe ich meine Psychotherapie abgebrochen. Gleichzeitig wurde meine Arbeitsbelastung immer höher und ich immer mutloser. Eine Rasierklinge in der Hand zu halten und zu wissen, es wäre nur ein tiefer Schnitt, aus dem Leben heraus, fokussierte meine Aufmerksamkeit und beruhigte mich. Diese Gedanken waren zuerst hin und wieder eine Lösung, dann häufiger, zuletzt dauerhaft. Meine Suizidalität wurde zum Daueraussehen. Tröstlich, lästig und beängstigend.

Ich bat in der psychiatrischen Klinik um Aufnahme. Ich war nicht zum ersten Mal in der Psychiatrie. Zwanzig Jahre war es her, dass ich über Jahre in der Klinik behandelt wurde. Eine Unterbringung nach PsychKG reihte sich damals an die nächste. Es gab für mich kein Leben »draußen«. Ich hatte keine Idee, wie ein normaler Alltag funktionieren sollte. In diesen Jahren lernte ich die Spielregeln

der Psychiatrie kennen und beherrschen. Der Weg nach draußen war damals weit, die doppelte Zeit des Aufenthalts brauchte ich, um im Alltag wieder Fuß zu fassen. Auch die Ärztin kannte ich von damals. So hatte ich sie zur »Vergangenheitsbewahrerin« erklärt.

Seit fast fünf Jahren arbeite ich selbst in der Psychiatrie. Verfüge über die Machtattribute der Institution: ein Namensschild und einen Schlüssel. Sie gewähren mir Zugang und machen mich von den Patienten unterscheidbar. Nun bin ich selbst wieder Patientin, ohne Namensschild und lediglich mit einem Schrankschlüssel ausgestattet. Ich vermag im Augenblick nicht zu entscheiden, welche Seite die undankbarere ist. Die Abläufe der Klinik sind mir vertraut. Trotz allen Wissens ist die Aufnahme in die Psychiatrie für mich eine ganz persönliche Katastrophe. Ein Einschnitt in meinen Alltag, eine Bankrotterklärung mir selbst gegenüber und doch ein unendlicher

Sie sagt, es sei knapp gewesen, wenn ein Mitpatient nicht die Dusche hätte benutzen wollen, hätte Schlimmeres vielleicht nicht verhindert werden können.

Trost. Neben aller Scham bin ich froh, einen Rahmen zu haben, in dem mir meine Suizidalität nicht mehr so bedrohlich erscheint. Und ich frage mich, ist so eine dauerhafte Suizidalität eigentlich wirklich gefährlich oder tut es derjenige, der es immer denkt und immer öfter andeutet, dann doch nicht? Werde ich es wirklich nicht tun?

Am nächsten Tag hoffe ich auf ein Gespräch mit der Ärztin. Kann sie meinen inneren Schmerz lindern? Wird es mir gelingen, ihr meinen Schmerz zu vermitteln? Ist das nicht überhaupt immer das Gleiche, was sie anhören muss? Natürlich ist es zu viel verlangt, dass sie sich auf den inneren Schmerz eines jeden Patienten einlassen soll. Viel zu viele Überlegungen, sowieso vergebens, sie hat keine Zeit, erst am späten Nachmittag. So lange muss ich durchhalten. Weil wir mündlich einen »Non-Suizidvertrag« abgeschlos-