

Skript
u.a. zur Vorlesung 429032-43218 [VO]
Depression bei körperlichen Erkrankungen

Univ.-Doz. Dr.med. Hans-Bernd Rothenhäusler

Leiter des psychiatrischen Konsiliardienstes
Facharzt für Psychiatrie
ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin
Univ.-Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Graz
8036 Graz, Auenbruggerplatz 31A

Tel.: 0316/385-86217

Fax.: 0316/385-3950

e-mail: Hans-Bernd.Rothenhaeusler@klinikum-graz.at

**Suizidalität – Akutdiagnostik und Akuttherapie vor
hausärztlichem Hintergrund**

Bedeutung des Hausarztes in der Suizidverhütung

In Deutschland sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle. Epidemiologischen Erhebungen zufolge nahmen sich in Deutschland im Jahre 1997 12256 Menschen das Leben. Zusätzlich gilt es die Dunkelziffer der Suizide zu beachten, die immerhin auf weitere ca. 3000 Opfer geschätzt wird. Die Zahl der Suizidversuche übersteigt die der jährlichen Suizidopfer sogar um mindestens das 10fache (2, 15). Suizide und Suizidversuche stellen somit ein medizinisches Problem ersten Ranges dar. Die hausärztliche Relevanz ergibt sich aus der Tatsache, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten im Vorfeld des Suizids bzw. Suizidversuchs ihren Arzt aufsucht und unter Umständen Hinweise auf Suizidabsichten gibt (8). So konnte in einer jüngst publizierten Untersuchung zur Rolle der Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit drohender Suizidalität gezeigt werden, dass 85.4% der Suizidversucher während der drei Monate vor dem Suizidversuch in hausärztlicher Behandlung waren. Immerhin 37.8% der untersuchten Suizidversucher nahmen einen Termin bei ihrem Hausarzt in der Woche vor dem Ereignis wahr, wobei über die Hälfte von ihnen über seelische Beschwerden klagte (11). Oftmals bieten die präsuizidalen Patienten Symptome des vielgestaltigen depressiven Syndroms, das vom Hausarzt unter Umständen nicht erkannt oder suffizient behandelt wird. Ferner befinden sich viele Patienten mit behandlungsbedürftigen Depressionen ausschliesslich in der hausärztlichen Versorgung, auch weil zahlreiche somatische Erkrankungen mit einer erhöhten Depressionskomorbidität vergesellschaftet sind (6). In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass depressive Zustandsbilder *per se* und weitestgehend unabhängig von vermuteten ätio-

pathogenetischen Zuordnungen mit einem deutlich erhöhten Risiko für suizidale Handlungen assoziiert sind.

Vor diesem Hintergrund ist in den achtziger Jahren in Schweden die sogenannte „Gotland – Studie“ durchgeführt worden, in der Hausärzten auf der Insel Gotland in speziellen Trainingsprogrammen besondere Kenntnisse und Fertigkeiten in der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen vermittelt wurden. Innerhalb von nur drei Jahren konnte auf diese Weise eine Reduktion der Suizidrate um über die Hälfte erzielt werden (14). Seit wenigen Jahren werden die suizidpräventiven Massnahmen aus der „Gotland – Studie“ im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ in Nürnberg in ergänzter Form wiederholt. Erste Ergebnisse weisen auf eine signifikant erniedrigte Suizidrate hin (1).

Akuttdiagnostik durch den Hausarzt

Da bis zu 70% der Menschen, die Suizid begehen, vor ihrem Tod depressiv krank waren (13), kommt dem rechtzeitigen Erkennen einer Depression eine entscheidende Bedeutung bei der Suizidverhütung zu. Bei Verdacht auf das Vorliegen eines depressiven Syndroms ist es ratsam, aktiv und gezielt nach seelischen (z.B. bedrückt, lustlos, freudlos, kraftlos, mutlos) und körperlichen Krankheitszeichen (z.B. Schlaf-, Appetit- und Sexualstörungen) einer Depression zu fragen. In Tabelle 1 sind Fragen wiedergegeben, die eine Depression erkennen helfen. Ergänzend könnte das Beck-Depressions-Inventar verwendet werden, das ein bewährtes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere einer

depressiven Symptomatik und deren Veränderung durch Behandlungsmassnahmen darstellt (5).

Grundsätzlich sollte sich der Hausarzt in seiner Evaluation zum Vorliegen einer Depression von Fawcett (4) leiten lassen, der 1972 schrieb: „Liegt ein Grund für eine Depression vor, so ist dies noch kein Grund, die Diagnose einer Depression nicht zu stellen.“ Denn für die Abschätzung der Suizidrisikos zählt primär, ob eine depressive Symptomatik vorliegt und wie ausgeprägt sie ist. Wenig hilfreich ist es, sich auf die interpretative Ebene zu begeben und zu glauben, dass der Schweregrad einer Depression mittels Zuordnung zur vermuteten Pathogenese (reaktiv, neurotisch, endogen) sicher beurteilt werden könnte. Bejaht der Patient beim ärztlichen Gespräch zur Abklärung des depressiven Syndroms die Frage „Haben Sie oft das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?“ muss unbedingt das Suizidrisiko im engeren Sinne eingeschätzt werden. Ängste, durch konkrete Fragen nach Todeswünschen, Suizidgedanken und Suizidabsichten, eine suizidale Handlung auszulösen, sind unbegründet. Richtig ist dagegen, dass durch offenes, direktes und ernstnehmendes Nachfragen Kommunikationsprobleme überwunden werden und infolgedessen eine seelische Entlastung beim Patienten in suizidaler Not herbeigeführt werden kann. In der hausärztlichen Versorgungssituation ist zur Abschätzung der Suizidalität der Fragenkatalog nach Pöldinger (12) vorteilhaft einzusetzen, der in Tabelle 2 zusammengefasst ist. Das Ausmass der Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit ist eng mit der aktuellen Gefahr einer suizidalen Handlung korreliert. Gleichfalls wird eine positive Anamnese für frühere Suizidversuche, insbesondere wenn der Suizidversuch weniger als ein Jahr zurückliegt, als Hochrisikofaktor betrachtet (7, 9, 10). Weitere bedeutsame Risikofaktoren sind in Tabelle 3 dargestellt.

Akuttherapie durch den Hausarzt

Die Akuttherapie beginnt bereits mit dem ärztlichen Gespräch zur Abschätzung der Suizidalität. Allein die Tatsache, dass der Hausarzt sich Zeit nimmt, offen, interessiert und einfühlsam nach seelischem Befinden, familiären Problemen, Beziehungskrisen und Suizidalität als einem möglichen Notsignal bei Lebenskrisen zu fragen, signalisiert dem Patienten: „Hier hast Du einen Ansprechpartner, der Dich in Deiner aktuellen Not ernstnimmt, der Dir zuhört, der Dich verstehen will, der Dir vielleicht helfen kann!“ Mit diesem Beziehungsangebot wird der Arzt zur Vertrauensperson, der Hoffnung vermitteln kann. Das schafft seelische Entlastung.

Im nächsten Schritt sollte mit dem Patienten eine feste weitere Terminvereinbarung getroffen werden. Gleichzeitig kann auch ein Suizidpakt geschlossen werden, wobei der Patient in die Hand des Arztes verspricht, dass er sich bis zum nächsten Termin nichts antut. Dabei ist zu beachten, dass der Suizidpakt auf höchstens eine Woche begrenzt sein sollte und selbstverständlich nicht mit akut psychotischen Patienten, bei denen der Realitätsbezug verlorengegangen ist, vereinbart werden kann. Insofern es der Patient dem Arzt erlaubt, sollten Angehörige oder nächste Bezugspersonen miteinbezogen werden. Oftmals erhält der Arzt von ihnen wichtige zusätzliche Informationen. Bei einer möglichen Zuspitzung der Krise beispielsweise am Wochenende oder nachts können diese Hilfe über den ärztlichen Notdienst holen oder den Patienten in eine psychiatrische Notfallambulanz bringen.

Besteht beim Patienten depressive Symptomatik, die womöglich mit Schlaflosigkeit und frühmorgendlichem Erwachen einhergeht, sollte un-

bedingt eine antidepressive Pharmakotherapie begonnen werden. Vorteilhaft einzusetzen sind konventionelle Antidepressiva vom Amitriptylin-typ oder die selektiven Antidepressiva Mirtazapin bzw. Nefazodon, die nicht nur effektiv depressionslösend wirken, sondern auch über dämpfende Eigenschaften verfügen. Wichtig ist, dem Patienten vor Beginn der medikamentösen Therapie genau zu erklären, wie Antidepressiva wirken, und zu versichern, dass sie weder abhängig machen noch die Persönlichkeit verändern. Dem Patienten sollten während der Krisenzeit nur Antidepressiva in Dosierungen von höchstens einer Woche rezeptiert werden. Tranquilizer, wie z.B. das gut anxiolytisch wirksame Lorazepam, können zusätzlich in geringen Mengen als „eiserne Ration“ für den Fall einer akuten Krise mitgegeben werden.

Den meisten Patienten, die unter emotionalen Krisen und depressiven Veränderungen leiden, kann mit diesem Therapieangebot in der hausärztlichen Praxis gut geholfen werden. Manchmal wird es allerdings notwendig sein, zusätzlich einen Psychiater in die Behandlung miteinzubeziehen, vor allem wenn es sich um Patienten mit Boderline-Persönlichkeitsstörungen, mit chronischer Suizidalität, mit manipulativen Tendenzen oder mit schizophrenen Erkrankungen handelt. Nach einer Anmeldung beim Psychiater muss aber darauf geachtet werden, dass der Patient auch weiterhin Termine bei seinem Hausarzt erhält, so dass er nicht das Gefühl vermittelt bekommt, lediglich „abgeschoben“ worden zu sein.

Gewinnt der Hausarzt während seines Gespräches mit dem suizidalen Patienten den Eindruck, eine suizidale Handlung droht unmittelbar, in den nächsten Stunden oder Tagen, so muss eine Einweisung in die Psychiatrische Klinik sofort veranlasst werden, die nach Möglichkeit im Ein-

verständnis mit dem gefährdeten Patienten erfolgen sollte. Besteht akute Selbstgefährdung bei gleichzeitig fehlender Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft, muss eine Zwangseinweisung auf eine geschlossene psychiatrische Station mit Hilfe der zuständigen Ordnungsbehörden veranlasst werden. Die rechtlichen Grundlagen sind in den Unterbringungsgesetzen festgelegt, die in jedem Bundesland verschieden sind. Auf jeden Fall gilt, dass alle zur unmittelbaren Suizidverhütung geeigneten Massnahmen durch die Bestimmungen des „rechtfertigenden Notstandes“ juristisch abgedeckt sind.

Literatur

- (1) Althaus D, Stefanek J, Hasford J, Hegerl U. Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Nervenarzt* 2002; 73: 659-664
- (2) Bronisch T. Suizidalität. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 2000: 1673-1691
- (3) Faust V. *Depressionsfibel*. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer Verlag, 1995
- (4) Fawcett J. Suicidal depression and physical illness. *J Amer Med Ass* 1972; 219: 1303-1306
- (5) Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. *Beck-Depressions-Inventar (BDI) – Bearbeitung der deutschen Ausgabe*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag, 1995
- (6) Laux G. Diagnostik und Therapie der Depression in der Praxis – Der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle. *MMW Fortschr Med* 2002; 144: 417-422
- (7) Links PS, Balchand K, Dawe I, Watson WJ. Preventing recurrent suicidal behaviour. *Can Fam Physician* 1999; 45: 2656-2660
- (8) Michel K. Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun? Ergebnisse einer Befragung Angehöriger von Suizidversuchern und Suizidopfern. *Schweiz med Wschr* 1986; 116: 770-774
- (9) Michel K. Der suizidale Patient. *Ther Umsch* 1997; 54: 413-416
- (10) Möller HJ, Torhorst A, Wächtler C. Versorgung von Patienten nach Selbstmordversuch – Aufgaben, Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten. *Psychiat Prax* 1982; 9: 106-112
- (11) Pfaff JF, Acres J, Wilson M. The role of general practitioners in parasuicide: A Western Australia perspective. *Archives of Suicide Research* 1999; 5: 207-214
- (12) Pöldinger W. *Zur Abschätzung der Suizidalität*. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber Verlag, 1968
- (13) Robins E. *The final months. A study of the lives of 134 persons who committed suicide*. New York, Oxford University Press, 1981

- (14) Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 151-154
- (15) Wolfersdorf M. Suizidalität – Begriffsbestimmung und Grundzüge der notfall-psychiatrischen Suizidprävention. *Psycho* 2000; 26: 319-325

Tabellen

Tabelle 1

Fragen, die eine Depression erkennen helfen (nach Faust [3])	
1.	Können Sie sich noch freuen?
2.	Fühlen Sie sich elend, zerschlagen?
3.	Fällt es Ihnen neuerdings schwer, Entscheidungen zu treffen?
4.	Haben Sie das Interesse an Dingen verloren, die Ihnen zuvor viel bedeuteten?
5.	Neigen Sie in letzter Zeit vermehrt zum Grübeln?
6.	Haben Sie oft das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?
7.	Fühlen Sie sich müde, schwunglos, kraftlos, und zwar ohne vorangegangene Anstrengung?
8.	Können Sie nicht mehr schlafen?
9.	Spüren Sie immer wieder Missempfindungen oder Schmerzen, besonders im Kopf, in der Brust, im Rücken usw.?
10.	Haben Sie keinen Appetit mehr?
11.	Haben Sie seit einiger Zeit sexuelle Probleme?

Tabelle 2

Fragebogen zur Abschätzung des Suizidrisikos (nach Pöldinger [12])

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden, um so höher muss das Suizidrisiko eingeschätzt werden!

1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?	Ja
2. Häufig?	Ja
3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?	Ja
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen wollen?	Ja
5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen?	Ja
6. Haben Sie schon zu jemanden über Ihre Selbstmordabsichten gesprochen?	Ja
7. Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen?	Ja
8. Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?	Ja
9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?	Ja
10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als Ihre Probleme zu denken?	Ja
11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakt zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden?	Ja
12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie noch Ihre Hobbies?	Nein
13. Haben Sie jemand, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?	Nein
14. Wohnen Sie zusammen mit Familienangehörigen oder Bekannten?	Nein
15. Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend?	Nein
16. Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?	Nein

Tabelle 3

Risikofaktoren für suizidale Handlungen	
<i>Klinische Faktoren</i>	<i>In erster Linie:</i> Vorliegen eines depressiven Syndroms; Status nach Suizidversuchen <i>Im weiteren:</i> Alkohol- und Drogenmissbrauch; schmerzhafte, chronische und lebeenseinschränkende körperliche Erkrankungen <i>Im speziellen:</i> Borderline-Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen
<i>Psychopathologische Faktoren</i>	Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit
<i>Soziodemographische Faktoren</i>	Allein lebend, Arbeitslosigkeit, Alter über 45 Jahre bei männlichem Geschlecht, Alter zwischen 15 und 24 Jahren, Verwitwung, Partnerverlust, Beziehungskrisen