

Depression und Suizidalität: Was Ärztinnen und Ärzte tun können

von Bülent Erdogan

18. Januar 1981: Das ZDF strahlt den ersten Streifen der sechsteiligen Serie „Tod eines Schülers“ aus. Der Abiturient Claus Wagner wirft sich vor einen Zug. In den fünf weiteren Folgen wird der Suizid aus der Perspektive der Eltern, Lehrer, Mitschüler und der Freundin aufgerollt. Die sechste Folge zeigt das Geschehen aus dem Blickwinkel des Suizidenten. Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim veröffentlicht daraufhin eine Statistik, nach der die Zahl von Bahnsuiziden unter männlichen Schülern im Alter zwischen 15 und 19 Jahren nach Ausstrahlung der Serie um 175 Prozent zugenommen hat. Das ZDF gibt eigene Studien in Auftrag, die keinen Zusammenhang erkennen.

Sieben Jahre zuvor: Der US-amerikanische Soziologe David Philipps prägt den Begriff „Werther-Effekt“, der auf Goethes Briefroman „Die Leiden des jungen Werther“ aus dem Jahr 1774 zurückgeht. Mit dem Werther-Effekt wird ein Zusammenhang zwischen der Berichterstattung über Suizide und der Suizidrate in der Bevölkerung beschrieben. Im Falle von Philipps sind es Berühmtheiten, die mit ihrem auf der Titelseite der *New York Times* geschilderten Suizid Nachahmungseffekte auslösten.

Über den Werther-Effekt gibt es in der Wissenschaft unterschiedliche Auffassungen. Fakt ist, Suizidalität ist ein alltägliches Phänomen in unserer Gesellschaft, wie Professor Dr. Tillmann Supprian von der Abteilung Gerontopsychiatrie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf auf dem 78. Fortbildungskongress der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung im Mai dieses Jahres auf Norderney ausführte. Im Jahr 2010 nahmen sich mehr als 10.000 Menschen in Deutschland das Leben, das sind pro Tag 27 vollendete Suizide, hinzu kommt eine noch viel größere Zahl von

Suizidversuchen. Immerhin ist die Zahl seit 1980, als sie bei mehr als 18.000 gelegen hatte, stark zurückgegangen. Die hohe Zahl von mehr als 100.000 Suizidversuchen jedes Jahr in Deutschland verdeutlicht einmal mehr auch deren Relevanz für die Ärzteschaft, denn viele der Patienten werden nach dem Suizidversuch ärztlich behandelt.

Ein Blick auf die Altersverteilung der Suizidenten offenbart dabei: Suizidalität ist auch und gerade ein Thema der älteren Generation. Mit 30 Suiziden auf 100.000 Einwohner bei Männern ab 85 Jahren liegt die Selbsttötungsrate dreimal so hoch wie bei Männern zwischen 35 und 39 Jahren und noch doppelt so hoch wie bei den Männern im Alter von 50 bis 54 Jahren. Das Suizidverhältnis zwischen Mann und Frau liegt über alle Kohorten etwa bei 2:1, bei den nicht tödlich endenden Versuchen dominieren indes die Frauen.

Was bringt gerade ältere Menschen dazu, ihrem Leben vorzeitig ein Ende zu setzen? „Die Ursachen für einen Suizid sind vielfältig“, sagt Supprian. „Das kann eine sich verschärfende Multi-

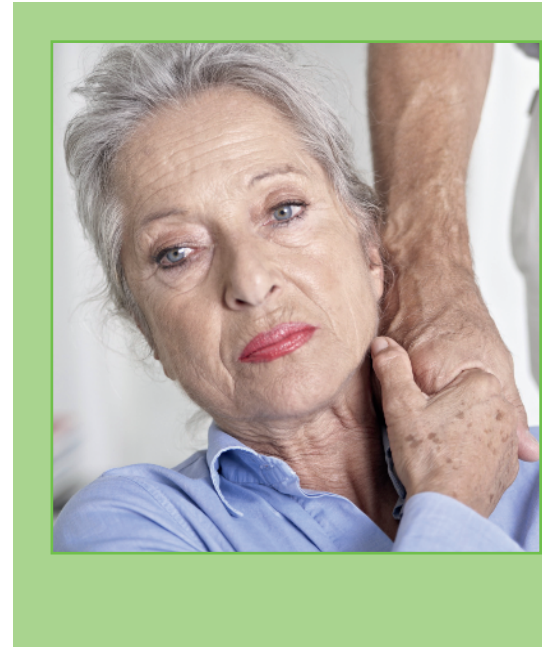
morbidity sein, der Tod des Partners oder der Wunsch, seinem Leben selbstbestimmt ein Ende setzen zu können, anstatt an Apparaten in der Klinik oder im Pflegebett im Seniorenheim sterben zu müssen“, sagt Supprian. Ein weiteres Motiv könne sein, dass Senioren den Suizid aus dem Gefühl heraus ausüben, Familie und Gesellschaft nicht mehr zur Last zu fallen („Altruistisches Motiv“), sagt er.

Zur Beurteilung einer Suizidgefährdung stellt Supprian seinen Patienten eine Reihe von Fragen:

- Hat der Patient bereits Suizid versucht?
- Hat er sich längere Zeit mit einem Testament beschäftigt oder einen Abschiedsbrief verfasst oder trägt er sich mit dem Gedanken?
- Beschäftigt sich der Patient mit Sterbehilfe-Organisationen?

„Die Ursachen für einen Suizid sind vielfältig.“

Professor Dr. Tillmann Supprian von der Abteilung Gerontopsychiatrie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf



- Hat er chronische Leiden oder ist eine Erkrankung neu diagnostiziert worden?
- Wie ist das familiäre Umfeld? Unterstützend und schützend oder distanziert?
- Gibt es wahnhaftige Symptomatiken?
- Hat der Patient Schulden?
- Gibt es kognitive Defizite, die der Patient ebenfalls wahrnimmt?

Und dabei fragt Supprian auch nach, ob im Umfeld des Patienten schon jemand eine Selbsttötung begangen hat. Wie im öffentlichen Leben gibt es nämlich auch im privaten Umfeld Menschen, die ein hohes Identifikationspotenzial mitbringen und deren Verhalten nachahmenswert erscheint. Solche Effekte lassen sich laut Supprian sowohl mit Blick auf die Suizidmethode als auch auf den Ort des Suizids erkennen, wobei der Bahnsuizid unter allen Methoden eher selten gewählt wird.

Wie kann der Suizidalität von Menschen entgegengewirkt werden? „Ein Schlüssel dazu ist die Erläuterung durch den Arzt, dass Selbsttötungsabsichten oft Folge einer Erkrankung wie einer Depression sind. Wichtig ist ebenso das Aufzeigen alternativer Problemlösungen und von Beispielen, in denen Menschen aus ihrer Suizidalität herausgefunden haben“, sagt Supprian. Hilfreich seien auch telefonische Hotlines und andere Gesprächsmöglichkeiten und die Information über professionelle Hilfe gegen die Lebensmüdigkeit.



Fotos von li. nach re.:
Westend61/Fotolia.com, Alexander Rath/Fotolia.com,
Robert Kneschke/Fotolia.com

Etwa jede vierte Frau und jeder achte Mann erkrankt mindestens einmal im Leben an einer Depression. Darauf machte auf dem 78. Fortbildungskongress auf Norderney der Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut Dr. Ingo Blaeser aufmerksam. „Mit einer Depression verknüpft ist auch ein um das Dreifache erhöhtes Mortalitätsrisiko“, sagt er. „Im Vergleich zur Normalbevölkerung haben Menschen mit Depression zudem ein 30-fach höheres Suizidrisiko.“ Häufige somatische Komorbiditäten von Depressionen sind laut Blaeser der Schlaganfall, Multiple Sklerose, Epilepsie, Morbus Parkinson, Migräne, Schädel-Hirn-Traumen und Suchterkrankungen. Patienten mit Depression gäben oft unspezifische Symptome wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Unterleibsschmerzen, Herzbeschwerden, Atembeschwerden oder Magen-Darm-Beschwerden an, die dann fälschlicherweise eine somatische Erkrankung vermuten lassen.

Von einer Depression zu unterscheiden, und damit Teil der Differenzialdiagnostik, sind normale Trauerreaktionen, die Anpassungsreaktion, die Angststörung und die Demenz, so Blaeser. Eine depressive Pseudodemenz lässt sich von einer Demenz anhand verschiedener Merkmale abgrenzen: „Eine Depression hat einen schnellen, erkennbaren Beginn, die Symptome sind oft von kurzer Dauer, die Stimmung ist beständig depressiv“, erläutert

Blaeser, „Antworten wie ‚Weiß nicht‘ sind typisch. Außerdem stellt der Patient die Defizite besonders stark heraus und unterliegt in seiner kognitiven Leistung großen Schwankungen.“

Die Demenz hingegen, so Blaeser, zeichne sich durch einen schleichenden Beginn mit bereits länger anhaltenden Symptomen sowie einem fluktuierenden Verhalten und schwankender Stimmung aus. Es überwiegen annähernd richtige Antworten, außerdem versuche der Patient, seine Defizite zu verbergen, zudem sei die kognitive Leistungsschwäche relativ konstant ausgeprägt. Leider werde laut der Studie „Depressionen in der Arztpraxis“ jede zweite affektive Störung nicht richtig erkannt.

Unabhängig von den angegebenen Beschwerden schließt der niedergelassene Neurologe Blaeser – gemäß der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) – im ersten Schritt körperliche Erkrankungen aus. Er fragt gezielt nach depressiven Symptomen und stellt hierzu zunächst offene Fragen, die dem Patienten die Befangenheit nehmen und ihn entlasten sollen. Zur Diagnostik

einer depressiven Störung gehört auch eine Abklärung in Hinblick auf Suizidalität, so Blaeser: „Fragen Sie immer auch nach Suizidgedanken.“

„Die Prognose einzelner depressiver Episoden ist gut.“

Dr. Ingo Blaeser, niedergelassener Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut in Wuppertal

In seinem Seminar auf Norderney stellte Blaeser verschiedene medikamentöse, nicht-medikamentöse sowie psychotherapeutische Therapieoptionen vor. Sein Fazit: „Depressionen sind in der ärztlichen Praxis häufige Erkrankungen. Vor

allem bei unzureichender Behandlung besteht eine deutlich erhöhte Mortalität. Die Prognose einzelner depressiver Episoden ist gut, bei wiederkehrenden Depressionen kann eine Redzidivprophylaxe mit einem Stimmungsstabilisator sinnvoll sein.“

Herbstkongress auf Norderney

Der Herbstkongress der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung auf Norderney findet vom 11. bis 18. Oktober 2014 statt. Zum 79. Fortbildungskongress werden über 300 Ärztinnen und Ärzte erwartet. Gleichzeitig findet auch die 22. Zertifizierungswoche für Haus- und Fachärzte statt. Nähere Informationen zum Programm finden Sie auf den *Seiten 38 ff.* und im Internet unter www.akademie-nordrhein.de.