



DGBS

Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.

Suizidalität

Informationen für Menschen mit einer bipolaren Erkrankung und deren Angehörige

In Deutschland nehmen sich pro Jahr ca. 12.000 Menschen das Leben, wobei die tatsächliche Zahl der Suizide (Dunkelziffer) sicher erheblich höher liegt. Die Zahl der Suizide übersteigt demnach die der jährlichen Verkehrstoten deutlich. In der Altersgruppe der 15- bis 35jährigen steht der Suizid nach Unfällen sogar an zweiter Stelle aller Todesursachen. Die Behandlung suizidaler Patienten gehört zu den schwierigsten Herausforderungen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Aufgrund der enormen gesundheitspolitischen Bedeutung ist die Therapie suizidalen Verhaltens in den letzten Jahren mehr und mehr in den Mittelpunkt psychiatrischer Forschung gerückt und nimmt einen größeren Stellenwert in der Erarbeitung von Behandlungs- und Präventionsstrategien ein. Die Erforschung dieses Effektes ist insofern von Bedeutung, als dass der Suizid global unter den 20 häufigsten Todesursachen innerhalb aller Altersgruppen zu finden ist. Weltweit nehmen sich ungefähr 1 Million Menschen jährlich das Leben (WHO 2011). Etwa 90 % der Menschen, die einen Suizid verüben, leiden zum Zeitpunkt des Todes an einer psychiatrischen Erkrankung, hier insbesondere an affektiven Störungen. Etwa 10- bis 20-mal häufiger als Suizide werden Suizidversuche unternommen.

Suizidalität - wer ist gefährdet?

Suizidalität kommt nicht nur bei depressiven Menschen vor, sondern auch bei anderen psychischen Erkrankungen und Lebensumständen, die zu großem seelischen Leid und Selbsttötungsabsichten führen können. Depressive Symptome und ein bestimmter Schweregrad depressiver Episoden stellen einen großen Risikofaktor für Suizidalität dar. Bei bipolaren Patienten sind es auch oft die sogenannten 'Mischzustände', die mit einem gleichzeitigen oder schnell abwechselnden Auftreten depressiver und manischer Symptomatik einhergehen, die ein hohes Suizidrisiko haben. Manische Episoden gehen nicht mit Suizidalität einher. Es gibt Hinweise darauf, dass die Suizidalität bei Menschen mit einer Bipolaren Störung besonders hoch ist: Man muss davon ausgehen, dass das Risiko für einen Suizid etwa 21-fach gegenüber der Gesamtbevölkerung erhöht ist. Jeder vierte Betroffene versucht mindestens einmal, sich das Leben zu nehmen. 15% der bipolar Erkrankten versterben durch Suizid.

Wenn auch biologische Faktoren als eine der Hauptursachen für Suizidalität in Frage kommen, so gibt es doch eine Reihe von **Risikofaktoren**, die jeder Betroffene und Angehörige kennen sollte. Neben der Diagnose einer Bipolaren Störung sind das: ein Suizidversuch in der Vorgeschichte, schwere depressive Episoden im Krankheitsverlauf, eine familiäre Belastung mit Suizidalität, jüngeres Lebensalter und funktionale Einschränkungen durch die Bipolare Störung (z.B. Arbeitsplatzverlust, Ehescheidung, etc.) und Einsamkeit bzw. soziale Isolation. Auch eine Persönlichkeitsstruktur, die impulsive Merkmale hat, kann einen erhöhten Risikofaktor für Suizidalität darstellen. In der Gruppe der Menschen mit Bipolaren Störungen gibt es keine Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf das Suizidrisiko.

Suizidalität © Copyright 2011 DGBS. All rights reserved.

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

Postanschrift Geschäftsstelle: DGBS · Klinik für Psychiatrie · Heinrich-Hoffmann-Straße 10 · 60528 Frankfurt/M

Tel.: 0700 333 444 54 (12 Ct/Min) · E-Mail: info@dgbs.de · Website: www.dgbs.de

Seite 1/4



Suizidalität - wie kann man sie erkennen?

Reden/Nachdenken über den Tod

Es ist ein Mythos, dass Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, nicht darüber reden. Tatsächlich sprechen die meisten suizidalen Menschen darüber, dass sie lebensüberdrüssig sind, sich 'nach Ruhe' sehnen, oder ihr Leben 'sinnlos' geworden ist.

Lebensumstände

Schwere Lebenssituationen, die entweder durch die bipolare Erkrankung begünstigt werden oder unabhängig von ihr auftreten, sind immer auch Warnzeichen für Suizidalität. Trennungssituationen, der Verlust des Arbeitsplatzes, finanzielle Probleme, aber auch Kränkungen, Verlust des Selbstwertgefühls und Abhängigkeit von anderen Menschen durch die Erkrankung können zu Lebensüberdruß und damit zu Suizidalität führen.

Verhaltensänderungen

Häufig ziehen sich suizidale Menschen von anderen zurück, kommunizieren weniger und wirken 'abwesend'. Andererseits beobachtet man oftmals, dass Menschen, die beschlossen haben, sich das Leben zu nehmen, plötzlich wie 'erleichtert' wirken und wieder aufgeschlossener und kommunikativer sind als zuvor. Auch das Verschenken von Eigentum, das 'Ordnen der eigenen Angelegenheiten' und andere ungewöhnliche Verhaltensweisen sollten Anlass geben, ein Gespräch zu suchen, in dem Suizidalität thematisiert wird.

Selbstwert, Schuldgefühle

Dieser Aspekt der Suizidalität ist ganz wichtig, denn er wird oft unterschätzt. Gerade depressive Menschen leiden an einem fundamentalen Verlust ihres Selbstwertes und überwältigenden Schuldgefühlen. Sie fühlen sich für alles verantwortlich und schämen sich für ihre Person, ihre Erkrankung und die 'Last', die sie anderen Menschen 'aufbürden'. Daraus entsteht oft der Gedanke 'allen ginge es ohne mich besser'. Die Schuld- und Schamgefühle können so schwer ausgeprägt sein, dass sie rationalen Argumenten nicht mehr zugänglich sind und der/die Betroffene nur noch im Suizid einen Ausweg sieht.

Hoffnungslosigkeit

Hoffnungslosigkeit ist zum einen ein Symptom schwerer depressiver Episoden, kann aber zum anderen auch Ausdruck einer Lebensauffassung sein, die aus schweren Krisensituationen oder anderen belastenden Lebensumständen resultiert. Die Betroffenen sind davon überzeugt, 'nie mehr Licht am Ende des Tunnels' zu sehen und 'nichts mehr zu haben, wofür es sich zu leben lohnt'. Solche Äußerungen können ein Hinweis auf Suizidalität sein und sollten immer ernst genommen werden.

Was kann man tun?

Als Angehöriger fühlt man sich zunächst hilflos und überfordert. Soll man den Betroffenen direkt auf mögliche Suizidalität ansprechen oder bringt man damit erst recht jemanden auf die Idee, sich das Leben zu nehmen? Wie konkret soll man nachhaken? Soll man beruhigen, trösten, soll man bagatellisieren? Es gibt einige Verhaltensregeln, an denen man sich orientieren kann. Zunächst einmal gehört jeder suizidale



Patient in die Hände eines/r Facharztes/ärztin! Das ist allerdings schon der zweite Schritt. Zuvor sind es oft die Angehörigen, die erkennen müssen, ob jemand suizidal ist oder nicht.

Befreien Sie sich von dem Mythos, dass Sie durch entsprechende Fragen einen anderen Menschen überhaupt erst auf die Idee eines Suizids bringen könnten! Vielleicht haben Sie selbst Hemmungen, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Indem Sie mögliche Suizidgedanken offen und taktvoll ansprechen, erleichtern Sie den Betroffenen.

Falsch sind folgende Annahmen:

1. Wer über Suizid spricht, tötet sich nicht.
 2. Suizide geschehen ohne Vorwarnung.
 3. Wer von sich aus über Suizid spricht, will nur Aufmerksamkeit erheischen oder Mitmenschen manipulieren.
 4. Einer Suizidandrohung nimmt man den Wind aus den Segeln, indem man den Kranken mutig konfrontiert („Dann mache es doch.“).
- Melden Sie einem suizidalen Menschen zurück, was Sie von seinen Mitteilungen verstanden haben. Beschreiben Sie es mit eigenen Worten. Benennen Sie besonders Gefühle, die oft nur mit Scheu zur Sprache kommen. Greifen Sie auch Unangenehmes auf, wie z.B. einen genauen Suizidplan. Unterbrechen Sie den Betroffenen, wenn er zu Selbstbeschuldigungen oder Verallgemeinerungen neigt. Hören Sie zu, verzichten Sie auf Parteinahme, wenn der Betroffene Wut oder Ärger ausdrückt.
 - Dem Entschluss, sich selbst das Leben zu nehmen, sind meist erfolglose Bemühungen vorangegangen. Erkennen Sie diese Versuche wertschätzend an und halten Sie dem Betroffenen nicht vor Augen, was er dabei falsch gemacht hat. Aus dem gleichen Grunde ist es nicht ratsam, einem suizidalen Menschen Schuldgefühle ausreden zu wollen. Auch ein eventuell vorangegangener Suizidversuch sollte nicht kritisiert werden.
 - Scheuen Sie sich nicht, konkret und ausführlich eventuelle Suizidpläne zu besprechen (Wie soll der Suizid ablaufen? Welche Vorbereitungen wurden bereits getroffen? Was hielt bislang von der Ausführung des Planes ab? Wie verliefen eventuelle frühere Suizidversuche?). Sehr wichtig ist es, danach zu fragen, wie sich ein Suizid auf Angehörige, Freunde und Kinder auswirken wird. Oft hat sich der Betroffene solche Gedanken noch nicht gemacht. Sie können ihm damit helfen, eine andere Perspektive zu eröffnen, bzw. sich von Suizidabsichten zu distanzieren.
 - Bieten Sie eine verlässliche Beziehung an. Bitten Sie umgekehrt darum, dass Ihnen die suizidale Person zusagt, sich bis zum nächsten Kontakt mit Ihnen oder einem fachlichen Helfer nichts anzutun. Verbinden Sie Ihre Bereitschaft zum Engagement mit einer deutlich von Ihnen ausgedrückten Erwartung: Der Betroffene sollte die Konsequenzen kennen, die es für Sie hat, wenn er sich nach diesem Gespräch das Leben nimmt. Treffen Sie aber nur solche Vereinbarungen, die einhaltbar und überschaubar sind. Verschaffen Sie dem Betroffenen sofortige Entlastung (in Form von Essen, Trinken, Schlafen). Stellen Sie für ihn Kontakte zu fachlichen Helfern her.



DGBS

Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.

Kann man Suizidalität behandeln?

Die sinnvolle Erforschung der Gründe für die Suizidalität und deren Therapie kann nur durch eine(n) Facharzt/-ärztin erfolgen! Die Therapie eines suizidalen Menschen hängt vom Auslöser der Selbsttötungsabsichten ab. Oftmals muss der Betroffene (auch gegen seinen Willen) auf einer geschlossenen Station behandelt werden, um ihn zu schützen. Das ist für alle Beteiligten ein zusätzlicher belastender Faktor.

Bei bipolaren Menschen sind es oft Depressionen und manisch-depressive Mischzustände, aber auch die bereits genannten Lebenskrisen, die zu Suizidalität führen können. Die akute Krise wird meist mit Benzodiazepinen behandelt. Sie können Spannung nehmen, Ängste abbauen und quälende Gedanken lösen. Antidepressiva oder stimmungsstabilisierende Substanzen (Lithium, Carbamazepin, Valproinsäure, Lamotrigin) kommen als Therapie einer zugrunde liegenden Depression zum Einsatz. Manisch-depressive Mischzustände sind klinisch meist so schwere Krankheitsbilder, dass die Kombination verschiedener Medikamente notwendig ist. Bei vordergründig aus der Lebenssituation entstandenen Suizidabsichten wird man auch psycho- bzw. oder soziotherapeutische Maßnahmen ergreifen. Eine hundertprozentige 'Prophylaxe' zum Schutz vor zukünftiger Suizidalität gibt es nicht. Patienten mit Bipolaren Störungen erhalten ja im Idealfall eine stimmungsstabilisierende Substanz, die neben den manischen auch die depressiven Episoden verhindern soll. Dadurch wird das Suizidrisiko indirekt eingeschränkt. Eine direkte Senkung der Suizidalität ist bisher nur für Lithium nachgewiesen. Aber auch das muss noch genauer untersucht werden. Die Entscheidung darüber, ob ein Patient zur Suizidprophylaxe auf Lithium eingestellt werden sollte, trifft allein der Arzt/die Ärztin.