

## Medizinische Notfallsituation

# Akute Suizidgefahr behandeln

Dieser Artikel knüpft an seinen Vorläufer „Akute Suizidgefahr erkennen“ in Ausgabe 12/2011 an. Darin wurden vier Gruppen von Risikofaktoren beschrieben: allgemeine, individuelle und aktuelle Risikofaktoren sowie akute Warnzeichen. Allgemeine und individuelle Risikofaktoren lassen sich in akuter Suizidgefahr nicht therapeutisch beeinflussen. Aktuelle Risikofaktoren und akute Warnzeichen lassen sich aber mit den richtigen Medikamenten und dem richtigen ärztlichen Verhalten wirksam behandeln.

Das hier beschriebene Vorgehen hat sich in mehr als vierzig Jahren bei der Behandlung akuter Suizidgefahr bewährt:

### Behandlung der aktuellen Risikofaktoren

- 1. Depressive Symptome**, auch schwere, lassen sich mit Antidepressiva behandeln, und zwar unabhängig von der Grundkrankheit oder den auslösenden Faktoren.
- 2. Schmerzen** lassen sich mit Analgetika, Antidepressiva und Anxiolytika behandeln. Dabei muss man jedoch bedenken, dass die Muskelspannung nicht erhöht, sondern eher erniedrigt werden sollte.
- 3. Eingeengtes Denken** ist ein typisches depressives Symptom, das gut auf Anxiolytika/Benzodiazepine und Antidepressiva anspricht.
- 4. Wahnideen** werden am besten mit Antipsychotika behandelt.
- 5. Autonomieverlust und Angst vor einer drohenden psychiatrischen Hospitalisierung:** lassen sich vor allem durch therapeutisch richtiges Verhalten günstig beeinflussen. Suizidale Patienten muss man häufiger einbestellen als andere, am besten zweimal in der Woche. Bei gefährlicher Suizidalität sehe ich die Patienten täglich. Sehr hilfreich ist der Einbezug der Angehörigen als Co-Therapeuten. Das können Partner, Eltern oder auch halbwüchsige Kinder sein. Die Angehörigen können in folgender Weise helfen: erfragen und besprechen von Suizidgedanken, Kontaktaufnahme zum Arzt/Therapeuten bei Bedarf, Kontrolle der Tabletten-Einnahme und vor allem: für den Patienten da sein.
- 6. Angst und Panik** lassen sich gut mit Anxiolytika/Benzodiazepinen behandeln.

### Behandlung der akuten Warnzeichen

- 1. Aggressivität und Suizidalität** lassen sich am wirksamsten mit Lithium behandeln. Dabei sollte der Lithiumspiegel auf 1 mmol/l eingestellt werden. Auch bei weiter bestehender Depression kann Lithium Aggressivität und Suizidgefahr in wenigen Tagen (etwa zehn) günstig beeinflussen. Diese Erkenntnis verdanken wir denjenigen Patienten, die schon kurz nach Absetzen von Lithium eine Krise mit ausgeprägter Aggressivität und Suizidgefahr erleben mussten.

Lithium ist das einzige Medikament, für das konsistent ein antisuizidaler Effekt gezeigt werden kann. Das gilt für die Behandlung der akuten Suizidgefahr und für die Langzeitbehandlung.



Prof. Dr. med. Brigitte Woggon  
Zürich

Bei Patienten, die über viele Jahre Lithium in genügend hoher Dosierung einnehmen, kann man auch dann eine antisuizidale Wirkung feststellen, wenn die prophylaktische Wirkung gegen neue Depressionen und/oder Manien nicht befriedigend ist. Daraus lässt sich schliessen, dass Lithium eine direkte antisuizidale Wirkung hat.

- 2. Angst und Agitiertheit** sprechen gut auf Benzodiazepine an.
- 3. Verminderter Realitätsbezug und Kontaktverminderung** lassen sich am besten durch eine enge Kontaktaufnahme und möglichst intensive emotionale Beziehung behandeln.

Dadurch, dass der Patient den Therapeuten gefühlsmässig wahrnehmen kann, bekommt er wieder Kontakt zu seiner Umwelt und damit zur Realität.

Bei Patienten, mit denen man wegen der Schwere ihrer Symptomatik keinen sprachlichen Kontakt aufnehmen kann, z.B. in einem depressiven Stupor, kann man die Hände des Patienten in die eigenen Hände nehmen und sie leicht drücken. Wenn der Patient diesen Druck wahrnehmen kann, merkt er, dass er noch da ist, dass er sich auch selbst spüren kann. Dann kann man ihn auffordern, doch zu versuchen, die Hände des Arztes zu drücken. Wenn das gelingt, ist der Realitätskontakt zumindest für kurze Zeit wieder vorhanden.

Bei richtigem Vorgehen bildet sich die in der Krise notwendige enge Beziehung ganz von selbst wieder zurück sobald die Krise vorbei ist. Eine Umarmung in der Krise bedingt nicht, dass man den Patienten zukünftig bei jeder Konsultation umarmt.

### Krisenintervention

Hüten und dämpfen! Den akut suizidgefährdeten Patienten muss man ins Bett bringen und bei ihm sitzen bis er mit den dämpfenden Medikamenten einschlafen kann. Das können Benzodiazepine oder Antipsychotika sein, z.B. Rohypnol/Flunitrazepam oder Nozinan/Levomepromazin.

Sind keine Angehörigen vorhanden, muss man mit dem Patienten selbst besprechen, was er tun muss, wenn ihn die Suizidgedanken „überschwemmen“. Es ist wichtig, dass der Patient möglichst immer jemanden erreichen kann, der ihm helfen kann. Der Patient sollte auf einem Zettel die Telefon-Nummern des Arztes und eines Vertreters bei sich tragen und einen zweiten Zettel am Telefon ankleben. Es ist oft erstaunlich, wie viel man mit einem Telefongespräch erreichen kann.

Auf dem Zettel mit den Telefon-Nummern sollte auch diejenige von der dargebotenen Hand stehen: 143. Unter dieser Num-

mer kann man rund um die Uhr jemanden erreichen, der zuhört und dadurch hilft, eine Krise zu überleben. Von dieser Möglichkeit machen viele Menschen Gebrauch, alle zwanzig Sekunden klingelt das Telefon 143.

Für den Fall, dass ein Telefon-Gespräch nicht möglich ist, bekommt der Patient von mir einen Zettel, auf dem genau steht, was er in welcher Reihenfolge in einer Suizid-Krise machen muss! Manchmal ist es ja dem Patienten in dieser Notsituation nicht möglich, Kontakt aufzunehmen.

Es ist aber gar nicht so wichtig, dass er professionelle Hilfe findet, irgendein mitmenschlicher Kontakt kann ebenso helfen.

Dazu ein Beispiel: Als ich noch Assistenzärztin war begrüßte mich ein Patient mit den Worten „es wirkt“! Er war in den Wald gegangen, um sich dort von einem Turm zu stürzen. Dann hat er sich an meine Aufforderung erinnert, in einer solchen Situation irgend jemanden anzusprechen. Er sagte zu einem Mann, der seinen Hund ausführte: „Bitte sprechen sie mit mir, es geht mir so schlecht, dass ich vom Turm springen muss“. Der Hunde-Besitzer begleitete meinen Patienten zurück in unsere Klinik und hat ihm so das Leben gerettet.

## Regeln für den Umgang mit Patienten in Suizidgefahr

- 1. Die gewohnten Strategien des Patienten nutzen:** Besonders wichtig ist es, das übliche Aktivationsniveau des Patienten möglichst rasch wieder zu erreichen.
- 2. Kontakt mit der Realität herstellen:** Das bedeutet, dass man aktiv einen möglichst engen Kontakt zum Patienten aufnehmen muss, wie eine emotionale Nabelschnur! Die für die Psychoanalyse geltende Abstinenzregel ist hier nicht gültig.
- 3. Patienten nicht allein lassen:** Die in vielen Kliniken praktizierte Isolation ist eine Folter.
- 4. Das Gefühl der Gefühllosigkeit beachten:** Bei Vorhandensein dieses Symptoms können die Patienten ihr Leiden und damit auch den Druck, sich das Leben zu nehmen, nicht adäquat ausdrücken.
- 5. Patienten nicht überfordern:** Suizidgefährdete Patienten können sich manchmal nicht so verhalten wie Gesunde/Pflegepersonal das möchten.
- 6. Antisuizid-Versprechen:** Es gibt Situationen, in denen das Antisuizid-Versprechen sehr hilfreich sein kann. Es gibt aber auch Situationen, in denen das Antisuizid-Versprechen eher das Gegenteil bewirkt. Patienten, die einen Suizid oder Suizidversuch begehen, handeln in aller Regel in äusserster Verzweiflung. Sie wollen nicht sterben, aber sie können nicht so weiter leben! Andere Patienten erleben Suizid-Impulse, die man nicht kontrollieren kann!
- 7. Suizidgefahr ernst nehmen:** Ein häufiger und schwerwiegender Fehler ist es, die Suizidgefahr im Einzelfall zu bagatellisieren, zum Beispiel mit dem Argument „sie hat das schon acht

mal gemacht, sie will nur Aufmerksamkeit auf sich lenken.“ Auch ein sogenannter appellativer Selbstmordversuch kann tödlich sein!

- 8. Der Fluch des Verstehen-Wollens:** Gefährlich sind Interpretationen oder Erklärungsversuche vom psychotherapeutischen Supervisor, der den Patienten ja nie persönlich gesehen hat.
- 9. Wann soll man hospitalisieren?** Am besten gar nicht! Den Patienten in eine psychiatrische Klinik zu schicken, bedeutet für ihn, dass er die wichtigsten Kontakte, nämlich zu seiner Familie, seinen Freunden und seinem Arzt verliert. Er wird allein in grösster Not in eine fremde Umgebung „verbannt“, in die er sich einfügen muss. Er kennt niemanden und niemand kennt ihn, eine ungeheure Belastung! Lässt sich eine Hospitalisierung nicht vermeiden, dann lieber in einem Kriseninterventions-Zentrum als in einer psychiatrischen Klinik. Die Aufnahme erfolgt niederschwellig und die Aufenthaltsdauer beträgt nur wenige Tage.

**Prof. Dr. med. Brigitte Woggon**  
 Fachärztin für Psychiatrie  
 Beckenhofstrasse 6, 8006 Zürich  
 bwoggon@woggon.ch

### Literatur:

1. Woggon B: Ich kann nicht wollen! Verlag Hans Huber, 3. Auflage 2002
2. Woggon B: Niemand hilft mir ! Verlag Hans Huber , 1999
3. Woggon B: Behandlung mit Psychopharmaka. Aktuell und massgeschneidert. Verlag Hans Huber, 3. „aktualisierte Auflage 2Q09



### Take-Home Message

- ◆ Die Behandlung der akuten Suizidgefahr setzt sich zusammen aus den richtigen Medikamenten und dem richtigen ärztlichen Verhalten
- ◆ Da die akute Suizidgefahr eine akute medizinische Notfallsituation darstellt, müssen Medikamente und Kontakt zum Patienten hoch genug dosiert werden