

Technical report

Suizidverhütung

Projektunterlagen einer Aktion der Verbindung der Schweizer Ärzte und des Bundesamtes für Gesundheitswesen

Conrad Frey¹, Konrad Michel²

¹ Zentralvorstand der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH

² Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Definitionen

Unter suizidalen Handlungen verstehen wir Suizide und Suizidversuche.

Mit Suizid bezeichnen wir einen Tod, welcher durch einen absichtlichen und sich selbst zugefügten Akt eintritt. Suizidversuche sind absichtliche Selbstschädigungen, welche mit mehr oder weniger klarer Selbsttötungstendenz durchgeführt wurden, jedoch keinen tödlichen Ausgang hatten. Der Begriff der parasuizidalen Geste ist problematisch und in der Schweiz wenig gebräuchlich. Darunter wird eine Selbstschädigung (Verletzung, Vergiftung) mit überwiegend appellativem Charakter und ohne Tötungsabsicht verstanden.

Weitere selbstdestruktive Verhaltensweisen wie Drogen- und Alkoholabhängigkeit gelten nicht als suizidale Handlungen im engeren Sinn.

Unter primärer Prävention von Suizidhandlungen verstehen wir die frühzeitige Veränderung von ungünstigen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie von Umweltfaktoren, mit dem Ziel, die Entstehung einer suizidalen Entwicklung zu verhindern. Die sekundäre Prävention beinhaltet die frühzeitige Erkennung einer Suizidalität, mit dem Ziel, eine Suizidhandlung zu verhindern.

Als tertiäre Prävention bezeichnen wir die Behandlung und Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch, mit dem Ziel weitere Suizidhandlungen zu verhindern und lebensbejahende Einstellungen und Verhaltensweisen zu fördern.

Epidemiologie

Die Schweiz gehört zur Gruppe der Länder mit einer überdurchschnittlich hohen Suizidrate¹. Die Suizidrate in den USA ist nur ca. die Hälfte derjenigen der Schweiz, diejenige in England ca. ein Drittel². Wie in praktisch allen westlichen Ländern zeigte die Suizidrate bei uns in den letzten 10 Jahren vor allem bei jungen erwachsenen Männern steigende Tendenz. In der Altersgruppe 25 bis 29 ist Suizid die häufigste Todesursache bei Männern³. Die Zahl medizinisch behandelter Suizidversuche ist rund 5

bis 10mal so hoch wie diejenige vollendeter Suizide (z.B. in der Agglomeration Bern, mit 300 000 Einwohnern, rund 400 Fälle pro Jahr)⁴. Wesentlich höher noch wird die Zahl der nicht medizinisch behandelten selbstschädigenden Handlungen geschätzt.

Die Rolle des Arztes

Verschiedene Untersuchungen im In- und Ausland zeigen, dass rund 80 % der Menschen, die sich das Leben nahmen, zum Zeitpunkt des Todes bei einem Arzt in Behandlung standen, nicht selten bei mehreren Ärzten gleichzeitig⁵. Unter den verschiedenen Fachrichtungen nahmen Hausärzte und Psychiater die wichtigste Rolle ein. Die Studien ergaben bei den Ärzten oft lückenhafte anamnestische Daten über eine mögliche Suizidgefährdung der betroffenen Patienten. So waren den Ärzten frühere Suizidversuche oft nicht bekannt oder sie hatten nichts über Suizidabsichten erfahren, obschon die Patienten dies ihren Angehörigen gegenüber eröffnet hatten⁵. Trotz breiter Fortbildungskampagnen blieben depressive Zustandsbilder häufig unerkannt und viele Patienten mit klassischer depressiver Symptomatik wurden nicht oder unzureichend behandelt. Dies bezieht sich auch auf fehlende oder ungenügend dosierte antidepressive Medikation. Andererseits muss auch die Gefahr von Suizidhandlungen durch Intoxikationen mit tricyclischen Antidepressiva erwähnt werden.

Auf spezifische emotionale Widerstände von Ärzten, ihre Patienten auf eine mögliche Suizidalität hin anzusprechen, weist McAnarney (1975) hin⁶. Diese Befunde deuten darauf hin, dass wahrscheinlich nicht alle Möglichkeiten der sekundären Prävention von Suizidhandlungen durch die niedergelassenen Ärzte ausgeschöpft sind. Dahingehend weist auch eine Studie aus Schweden, wo nach systematischer Fortbildung der Hausärzte die Suizidhäufigkeit in einer Bevölkerung reduziert werden konnte^{7–9}.

Die Rolle der Medien

Berichterstattungen über das Thema Suizid allgemein sowie über einzelne Suizidfälle können die Inzidenz von Suizidhandlungen erhöhen. Dies trifft vor allem für Jugendliche und junge Erwachsene zu. Phillips¹⁰, Gould¹¹ und Schmidtke und Häfner¹² wiesen solche Effekte von Fernsehsendungen, seien es Tagesschau oder fiktive Spielfilme, nach („Werther-Effekt“). Andere Autoren konnten den wissenschaftlichen Nachweis eines solchen negativen Effektes nicht bestätigen¹³.

Neben anderen Autoren konnten Sonneck et al¹⁴ aufzeigen, dass die Zahl der Untergrundbahn-Suizide in Wien abnahm, nachdem mit den Medien eine Vereinbarung getroffen war, über diese Todesfälle nicht mehr zu berichten. Die Erklärung für diesen Imitationseffekt liegt wohl am ehesten darin, dass gerade Jugendliche und junge Erwachsene sich gehäuft, beispielsweise wegen Beziehungsproblemen, in Krisensituationen befinden. Junge Menschen sind aber auch anfälliger für Suggestionen. Meldungen in den Medien können ihnen als Modell dienen und so den letzten und entscheidenden Impuls für eine suizidale Handlung geben. Dem gegenüber sind ausgewogene Berichte zum Thema Suizid, besonders wenn sie eine konstruktive Krisenbewältigung anstreben, sinnvoll. Sie helfen mit, das dunkel Thema im Bewusstsein der Gesellschaft nicht zu verdrängen.

Die Rolle der Schule

Neben der Familie stellt die Schule ein wichtiges Erfahrungsfeld für die soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar. Ausserhalb der unmittelbaren Kontrolle des Elternhauses können Beziehungen zu Gleichaltrigen aus unterschiedlichen sozialen Schichten und mit anderen familiären Hintergrund geknüpft werden.

In der Schule werden Regeln, Normen und Wertvorstellungen durch Lehrer aber auch die Gemeinschaft der Kinder vermittelt. Sie können grundsätzlich diejenigen des Elternhaus positiv modifizieren und ergänzen, aber auch schädlich wirken oder sie konkurrenzieren, was zu konflikthaften Spannungen zwischen Schule und Elternhaus führen kann. Neben Beziehungskonflikten stellen in der Schule Leistungsanforderungen, vermittelt durch Eltern und gesellschaftliche sowie bildungspolitische Normen, potentielle Überforderungs- und Stresssituationen dar. Solche Belastungen treffen erfahrungsgemäss Kinder mit vorbestehenden Lern- und Verhaltensstörungen sowie sozialer Benachteiligung nachhaltiger.

In der primären Prävention von suizidalen Handlungen kann die Schule, in Ergänzung zum Elternhaus, dem Schulkind Modelle und Hilfestellungen zur konstruktiven Bewältigung von Stresssituationen und Krisen anbieten.

In der sekundären Prävention sind Lehrer besonders geeignet, Krisensituationen bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen, anzusprechen und Beratungsangebote anzubieten oder zu vermitteln. Dies unter Berücksichtigung gemeindenaher medizinischer und psychosozialer Fachinstanzen wie Haus- und Fachärzte, schulpsychologische Dienste, Erziehungsberatungsstellen, Sozialdienste und Jugendämter.

Garland et al¹⁵ sowie Garfinkel¹⁶ vergleichen zusammenfassend die vielen zur Zeit existierenden Suizidpräventionsprogramme in Schulen der USA. Mulder et al¹⁷ beschreiben Ausbildungsgänge für Lehrer zur frühen Identifizierung von Kindern mit schweren psychischen Symptomen und einer hohen Inzidenz für suizidales Verhalten.

Präventiver Ansatz der Aktion

Das hier vorliegende Projekt stützt sich auf Empfehlungen zur umfassenden Strategie in der Prävention des suizidalen Verhaltens von Experten der WHO².

Ziel der gemeinsamen Aktion von FMH und BAG ist eine Reduktion der Häufigkeit von suizidalen Handlungen (vollendete Suizide, Suizidversuche) durch unterstützende Einflussnahme auf Ärzte und andere Berufsgruppen, welche durch ihre fachliche Kompetenz, ihre berufliche und soziale Stellung in der Lage sind, suizidale Verhaltensweisen von Individuen oder Bevölkerungsgruppen zu verändern oder in ihrer Entstehung längerfristig zu verhindern.

Im besonderen werden die folgenden Teilziele verfolgt:

- Sensibilisierung der Ärzteschaft für die Problemstellung und Vermitteln der Überzeugung, dass der Arzt ein Suizidrisiko bei seinen Patienten erkennen und vermindern kann (Einstellungen und Haltungen).
- Erweiterung der ärztlichen Kompetenz in der Erkennung und Behandlung von suizidgefährdeten Menschen (Wissen und Fertigkeiten).
- Ausgewogenheit in der Berichterstattung zum Thema Suizid und Krisenbewältigung in den Medien.
- Sensibilisierung weiterer relevanter Berufsgruppen (z. B. Pflegepersonal, Pädagogen) und Organisationen für die Suizidproblematik im allgemeinen und die Vermittlung von Anstössen für weitere, v. a. primärpräventive Aktionen.

Suizidales Verhalten wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. Drei hauptsächliche Bereiche können unterschieden werden (vergleiche dazu auch EURO-Bericht und Studien 74 der WHO über neue Formen des Suizidverhaltens;¹⁸).

1. Qualität der Gesundheitsversorgung
2. Familiäre und soziokulturelle Faktoren
3. Verfügbarkeit geeigneter Mittel zum Suizid

Eine breit gefasste Präventionskampagne muss der multikausalen Ätiologie Rechnung tragen. Pragmatisch betrachtet sind Suizidhandlungen eine spezifische Form neben andern dysfunktionalen menschlichen Problemlösungsversuchen. Diese weisen eine Anzahl gemeinsamer ungünstiger bio-psycho-sozialer Merkmale auf, welche primärpräventiv auch gemeinsam angegangen werden können. Um den Umfang psychohygienisch wünschbarer Massnahmen nicht unbegrenzt zu lassen, sind für die Präventionskampagne einschränkende Schwerpunkte notwendig.

Die geplante Aktion geht von der Ärzteschaft aus. Naturgemäss steht deshalb die Qualität der Gesundheitsversorgung in einer umfassenden bio-psycho-sozialen Sicht im Vordergrund. Trotz geplanter wissenschaftlicher Evaluation der Aktion ist nicht die Gewinnung neuer theoretischer Erkenntnisse ihr Ziel, sondern die Vermittlung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Einstellungen, welche sich aus Forschungsergebnissen und praktischen Erfahrungen ableiten lassen. Hauptsächliche Zielgruppe in der Ärzteschaft sind die in der Primärversorgung tätigen freipraktizierenden Ärzte. Die modular aufgebaute Aktion kann mit geringfügigen Modifikationen auch bei Spezial- und Spitalärzten sowie weiteren im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen angewendet werden.

Die Sensibilisierung der Ärzteschaft und die Vermittlung von Kompetenz im Umgang mit suizidalen Menschen und ihren Angehörigen erfolgt über kognitive und emotionale Wahrnehmungskanäle. Schriftliche Information alleine hat nur eine beschränkte praktische Wirkung¹⁹. Deshalb stehen im Zentrum der Kampagne regionale Fortbildungsveranstaltungen, in welchen kognitive Informationen zum Thema ausgeweitet, emotional vertieft und praktisch eingeübt werden. Michel und Valach¹⁹ haben nachgewiesen, dass selbst einmalige Schulungsangebote in Seminarform zu messbaren Veränderungen der Einstellungen und Kenntnisse zum Thema Suizid führen können.

Die Seminare werden einheitlich mit einem detaillierten Handbuch für die Moderatoren konzipiert. Nach entsprechendem Moderatorentaining soll die Leitung durch einen praktischen Arzt sowie einen Psychotherapeuten erfolgen. Der Aufbau der voraussichtlich ganztägigen Kurse, evtl. aufgeteilt in 2 Halbtage, sieht Blöcke mit theoretischer Wissensvermittlung und praktische Übungen mit Rollenspiel und Video vor.

Die praktischen Übungen haben zum Ziel:

1. Adoleszente und erwachsene Patienten, auch solche welche sich nicht offensichtlich in einer Krise befinden, in geeigneter Weise auf Suizidphantasien oder andere selbstdestruktive Verhaltensweisen anzusprechen, um ihnen ein Modell zu geben, dass in angst- und vorurteilsfreier Weise über intime und bedrohliche Phantasien gesprochen werden kann.

2. Gesprächsführung mit Menschen in suizidalen Krisen und schwierigen Lebenssituationen.

Mögliche thematische Schwergewichte sind:

- Erkennen einer Krise, Erkennen eines Suizidrisikos
- Ansprechen einer möglichen Suizidalität
- Relevante anamnestische Daten zur Abschätzung des Suizidrisikos
- Praxis der Krisenintervention
- Behandlung und Nachsorge von suizidalen Menschen
- Betreuung von betroffenen Familien
- Klärung des Behandlungskontexts
- Überweisung an psychotherapeutisch geschulte Fachkräfte.

Die Fortbildungsveranstaltungen können nur Impulse und Orientierungshilfen anbieten. Eine Verfeinerung und Festigung der Lerninhalte muss in weiterführenden Kleingruppen (z.B. Balintgruppen) sowie Super- und Intervision erreicht werden. Solche gemeindenahen Fortbildungsangebote sind erwünscht und sollen der Aktion folgen.

Die theoretischen Abschnitte der Seminare werden durch ein Ärztemanual ergänzt. Diese Arbeitsgrundlage will in knapper, anschaulicher und praxisorientierter Weise Informationen zur Theorie, Epidemiologie, Prävention, Diagnostik und Therapie suizidaler Handlungen vermitteln.

Zu verschiedenen Themenbereichen soll es einen Konsens der wissenschaftlich abgesicherten Expertenmeinungen darstellen. Mögliche Themen sind:

- Risikofaktoren für Suizidhandlungen
- Suizidalität: Epidemiologie und Erklärungsmodelle
- Präsuizidales Syndrom
- Depression (Diagnostik/Therapie)
- Medikamente und Suizidalität
- Suizidalität in besonderen Risikogruppen:
 - Adoleszente
 - Alte Menschen
 - Süchtige (Drogen, Alkohol)
 - Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen
- Krisenintervention bei suizidalen Menschen
- Angehörige von suizidalen Menschen
- Suizid: Ethische Erwägungen aus ärztlicher Sicht.

Ergänzende Materialien für den Patienten und für Angehörige (Symptome bei Depression, Möglichkeiten der Behandlung, Warnzeichen einer suizidalen Entwicklung, Ratschläge für Angehörige von psychisch kranken Menschen, Listen von Selbsthilfegruppen psychisch kranker Menschen) liegen der Ärztedokumentation bei. Nach Möglichkeit soll dabei auf bestehende Publikationen und Merkblätter zurückgegriffen werden.

Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein weiterer Aspekt des ärztlichen Handelns. Der Kommunikation zwi-

schen Medienvertretern und ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Experten der Suizidverhütung muss grosse Beachtung geschenkt werden. So sollen die Zeichen einer Depression und andere Warnzeichen eines drohenden Suizids vermehrt bekannt gemacht werden. Über gedruckte und elektronische Medien ist die Öffentlichkeit in geeigneter Weise über die vorhandenen persönlichen und familiären, aber auch gesellschaftlichen Möglichkeiten der Krisen- und Suizidverhütung zu informieren. So sollten regionale Anlaufstellen für Menschen in Krisensituationen oder deren Angehörige sowie anonyme Telefonberatungen periodisch publiziert werden. Diesem Wunsch nach vermehrter Medienpräsenz steht die Befürchtung von unbeabsichtigten Suggestionseffekten, vor allem beim Fernsehen sowie in den Boulevardzeitungen gegenüber. Die Aktion soll mit einer breiten Medienorientierung gestartet werden (Pressekonferenz, Pressemitteilungen, Fachartikel, Experteninterviews).

Unabhängig davon will die Aktion mit speziellen Fachtagungen und -artikeln für Journalisten gezielte Verbesserungen, vor allem eine vermehrte Zurückhaltung in der Berichterstattung über Suizidfälle erwirken.

Die Altersgruppe der Jugendlichen und Adoleszenten ist für die primäre und sekundäre Prävention von Suizidhandlungen von besonderer Bedeutung^{20, 21}. Die Ausbildung von Lehrern und Heilpädagogen im Erkennen von Krisensituationen bei ihren Schülern und das Einleiten von geeigneten Betreuungsschritten ist wichtig. Ärzte (Schulärzte, Kinderärzte, Kinderpsychiater) können und müssen hier Ausbildungsfunktionen übernehmen. Dennoch kann aus Kapazitätsgründen (Kantonale Schulsysteme und Lehrerfortbildung!) die Aktion in diesem Bereich nur Anstösse vermitteln.

Die geplante wissenschaftliche Evaluation der Aktion sieht in erster Linie eine Überprüfung des erwarteten Zuwachs an Wissen, sowie der Einstellung und Haltung der Ärzte vor (z. B. Häufigkeit des Ansprechens von Patienten auf eine mögliche Suizidalität).

Die Beantwortung der Frage, ob eine direkte Auswirkung einer solchen Präventionskampagne auf die Häufigkeit suizidaler Handlungen der Bevölkerung festzustellen ist, ist methodisch äusserst komplex. Dennoch muss geprüft werden, ob ein solcher Effekt in einer umschriebenen Region mit epidemiologischen Methoden erfasst werden kann.

Literaturverzeichnis

- 1 Michel K, Spuhler Th. Suizid in der Schweiz 1970 bis 1986. *SAeZ* 1988; 69: 1732–37.
- 2 Diekstra RWF. An international perspective on suicide and its prevention. In: N. Kreitman und S.D. Platt eds. *Current research on suicide and parasuicide*. Edinburgh, Edinburgh University Press, 1989.
- 3 Jeanneret O. Suicides et tentatives chez les adolescents: Aspects Epidémiologiques et Préventifs. *Bull Int Ped Assoc* 1985; 6: 332–353.
- 4 Michel K, Knecht Ch, Kohler J, Sturzenegger M. Suizidversuche in der Agglomeration Bern. *Schweiz Med Wschr* 1991; im Druck.
- 5 Michel K. Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun? *Schweiz Med Wschr* 1986; 116: 770–774.
- 6 McAnarney ER. Suicidal behavior of children and youth. *Ped Clin N Am* 1975; 22: 595–604.
- 7 Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide; clinical aspects. *Br J Psych* 1974; 125: 355–373.
- 8 Murphy G. The physician's responsibility for suicide. 1. An error of commission; 2. Errors of omission. *Ann Int Med* 1975; 82: 301–309.
- 9 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.
- 10 Phillips DP, Carstensen MS. Clustering of teenage suicide after television news stories about suicide: *N Engl J Med* 1986; 315: 685–89.
- 11 Gould MS, Shaffer D. The Impact of Suicide in Television Movies. Evidence of Imitation: *N Engl J Med* 1986; 315: 690–694.
- 12 Schmidtko A, Häfner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis: *Psychol Med* 1988; 18: 665–676.
- 13 Kessler RC, Stipp H. The impact of fictional television suicide stories on U.S. fatalities: a replication. *Am J Sociol* 1984; 90: 151–167.
- 14 Sonneck G, Nagel-Kuess S, Etzersdorfer E, Smeh E, Hauer B. Subway-suicide in Vienna: a contribution to the imitation effect in suicidal behaviour 1984–1988. In: Ferrari G, Bellini M, Crepet S, eds. *Suicidal behaviour and risk factors*. Bologna: Monduzzi Editore, 1990.
- 15 Garland A, Shaffer D, Whittle B. A national survey of school-based, adolescent suicide prevention programs. *J Am Acad Child & Adol Psych* 1989; 28: 931–934.
- 16 Garfinkel BD. The components of school-based suicide prevention: *Res Treat Child & Youth* 1989; 7: 97–116.
- 17 Mulder AM, Methorst GJ, Diekstra RF, Leiden U. Prevention of suicidal behavior in adolescents: The role and training of teachers: *Crisis* 1989; 10: 36–51.
- 18 WHO. EURO Berichte und Studien 74. Neue Formen des Suizidverhaltens: Kopenhagen, 1984.
- 19 Michel K, Valach M. Zur Publikation eingereicht, 1991.
- 20 Ladame F. Les tentatives de suicide des adolescents: Paris, Masson, 1987.
- 21 Ladame F. Le suicide chez l'enfant et l'adolescent. Approche clinique. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent*. Paris, PUF (sous presse) 1991.

Acknowledgements:

Unter Mitarbeit der übrigen Mitglieder der ad hoc Arbeitsgruppe:

Dr. med. Philippe Babando, Les Brenets (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin)

Frau Dr. med. Cornelia Heller, Meilen (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie)

Dr. med. Thomas Hess, Zürich (Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)

Prof. Dr. med. Olivier Jeanneret, Genève (Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin)

PD Dr. med. Francois Ladame, Genève (Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)

Bernhard Meili, Bern (Bundesamt für Gesundheitswesen)

Reto Meister, Weinfelden (Pro Mente Sana)

Dr. phil. Markus Merz, Orpund

Dr. med. Walter Oswald, Zäziwil (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin)

Frau Dr. phil. Catherine Perrin, Bern (Verbindung der Schweizer Ärzte FMH)

Korrespondenzadresse:

Dr. med. C. Frey

Medizinische Universitätskinderklinik

Psychosomatik

Inselspital

3010 Bern/Switzerland