

## **30. Das betroffenenorientierte Suizidregister als Maßnahme der Suizidprävention**

*Peter Lehmann*

Ein Suizidregister unter Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen könnte verlässliche Erkenntnisse bringen über den Zusammenhang zwischen Psychopharmakawirkungen und Suizidalität und wirksame Vorsorgemaßnahmen ermöglichen. Bisher wird die behandlungsbedingte Suizidalität tabuisiert.

Im Rahmen des "Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung in 2001-2006" befragten Organisationen von Psychiatriebetroffenen und Psychiatrie- und Angehörigenverbände verschiedener Länder psychiatrisch Tätige, Angehörige und Betroffene. Ergebnis der mit Unterstützung der Europäischen Union durchgeführten Studie "Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen": Psychiatriebetroffene werden im medizinischen Bereich systematisch diskriminiert. Eine von vielen vorgeschlagenen Antidiskriminierungsmaßnahmen ist die gesetzliche Gleichstellung zum Schutz der Menschenwürde und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit, u. a. durch die Einführung eines Suizidregisters, verbunden mit den Finanzmitteln zur Umsetzung der Maßnahme [1].

### **30.1. Risikofaktoren für Depressionen und Suizidalität**

Im Allgemeinen kommt es zu Suizidversuchen, wenn ein Mensch eine reflektierte, bewusste und psychologisch begründete Entscheidung trifft: sich wegen unerträglichen emotionalen Leids das Leben zu nehmen [2].

Politische, soziale, und ökonomische Suizidfaktoren sind bekannt. Dies gilt auch für psychiatrische Faktoren: Traurigkeit und Depression können Suizidalität bewirken. Ebenso Angst vor Zwangsunterbringung oder Verzweiflung angesichts einer als unheilbar verstandenen psychiatrischen Diagnose, ins-

besondere wenn diese mit Selbststigmatisierung mit sozialem Abstieg verbunden ist.

Nicht zu vergessen sind medizinische Krankheiten, die mit Suizidalität einhergehen können, z. B. neurologische Erkrankungen wie Parkinson. Selbst genetisch bedingte Abnormalitäten im Serotoninsystem werden mit Suizidalität in Verbindung gebracht. Und es gibt eine Vielzahl pharmakologischer Ursachen; Suizidalität kann medikamentös bedingt sein, z. B. durch Tuberkulostatika, Chemotherapeutika, orale Kontrazeptiva, ebenso durch Psychopharmaka wie Tranquilizer, Antiepileptika, Antidepressiva und Neuroleptika.

### **30.2. Suizidalität und psychiatrische Psychopharmaka**

Seit Jahren liegen Berichte vor über die mögliche suizidale Wirkung von Benzodiazepinen. Auch die chronische Abhängigkeit von Benzodiazepinen ist als Risikofaktor für Suizidalität bekannt. 2008 warnte die US-amerikanische Arzneibehörde FDA, Antiepileptika könnten das Risiko von suizidalen Gedanken oder Handlungen erhöhen. Die Hersteller wurden zu Warnhinweisen in den Fachinformationen verpflichtet. Die Warnung umfasste alle Antiepileptika, auch aus psychiatrischen Erwägungen verabreichte. Was Antidepressiva betrifft, so meldete 2004 die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, dass auch bei Erwachsenen insbesondere in Kombination mit psychomotorisch-exzitatorischen Nebenwirkungen der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer eine Suizidalität sich verschlimmern oder auch neu entstehen und damit eine vital bedrohliche Situation bewirkt werden könne.

Da heutzutage als Alternative zu riskanten Antidepressiva ausgerechnet wieder Elektroschocks angepriesen werden, soll an dieser Stelle hingewiesen sein auf deren bekannte hirnschädigende und suizidale Wirkungen, siehe z. B. das Buch "Mitgift – Notizen vom Verschwinden" von Kerstin Kempker [3].

Neuroleptika wirken durch eine Blockade speziell des Nervenimpulsüberträgerstoffs Dopamin mit dem Ergebnis, dass sich ein mehr oder weniger subtiles Parkinsonoid einstellt. Das Parkinsonoid, primär eine Erkrankung des

Bewegungsapparats, beinhaltet Veränderungen auch auf psychischen Ebene. Neurologen definieren diese als Parkinsonpsyche, ein gesetzmäßig mit dem Parkinsonoid einhergehender Symptomenkomplex, der sich von Apathie und Willenlosigkeit über Depression und Suizidalität bis hin zu Verwirrtheits- und Delirzuständen erstreckt.

Depression und Suizidalität sind normale, im Prinzip dosisunabhängige Wirkungen von Neuroleptika. Psychiater akzeptieren dies offensichtlich. Frank Ayd von der psychiatrischen Abteilung des Franklin Square Hospitals in Baltimore schrieb schon 1975, es bestehe eine allgemeine Übereinstimmung, dass milde bis schwere Depressionen, die zum Suizid führen können, bei der Behandlung mit jedem Depot-Neuroleptikum auftreten können, ebenso wie während der Behandlung mit jedem oralen Neuroleptikum. Diese depressiven Stimmungsveränderungen könnten zu jeder Zeit während depotneuroleptischer Behandlung auftreten [4].

Peter Müller von der psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen fand in seiner placebokontrollierten Untersuchung bei zwei Drittel der depotneuroleptisch Behandelten depressive Syndrome; ohne neuroleptische Behandlung fanden sich hingegen nach vollständiger Remission diese depressiven Verstimmungen nur ausnahmsweise, so sein Ergebnis [5]. Dieses entspricht Berichten aus erster Hand über neuroleptikabedingte Suizidalität, z. B. Regina Bellions Schilderung ihrer Persönlichkeitsveränderung unter Neuroleptika:

"Hinter meiner neuroleptischen Mauer vegetiere ich vor mich hin und bin ausgesperrt aus der Welt und aus dem Leben. Die reale Welt ist weiter von mir weg als Pluto von der Sonne. Meine eigene heimliche Welt ist auch weg – diese letzte Zuflucht habe ich mir mit Haldol zerstört. Dies ist nicht mein Leben. Dies bin nicht ich. Genauso gut könnte ich tot sein. Eine Idee nimmt allmählich Form an: Bevor es Winter wird, werde ich mich erhängen. Vorher will ich ausprobieren, ob mein Leben ohne Haldol anders wird. Ich reduziere die Tropfen. Weniger und weniger nehme ich davon ein, bis ich bei Null ankomme. Nach einem Monat bin ich clean. Da merke ich, wie verwahrlost

ich bin. Ich wasche mir die Haare, beziehe das Bett, mache die Wohnung sauber. Ich bereite eine warme Mahlzeit. Das macht mir sogar Vergnügen. Ich kann wieder denken." [6]

Vergleichbare Berichte liegen für sogenannte atypische Neuroleptika vor. Psychiatern geht es bei Selbstversuchen im Prinzip nicht anders, auch sie beschreiben das demoralisierende Gefühl der Minderwertig- und Leistungsunfähigkeit unter Neuroleptika, „das Erlebnis eines ganz passiven Existierens bei klarer Kenntnis der sonstigen Möglichkeiten“.

### **30.3. Suizidregister im psychiatrischen Bereich**

Drei Suizidregister versuchten oder versuchen im psychiatrischen Bereich, Zusammenhänge zwischen verminderter Lebenserwartung und medizinischen Behandlungsformen aufzudecken.

(1) Nach Flugblattaktionen und Informationen über neuroleptikabedingte Suizide gründeten eine Selbsthilfegruppe und das Psychiatrie-Beschwerdezentrum 1983 in Berlin die „Erfassungsstelle für Selbstmorde durch psychiatrische Behandlung“ (ESPB) und riefen per Pressekonferenz im Rathaus Schöneberg zur Unterstützung ihrer Initiative auf, allerdings erfolglos, so dass die ESPB ihre Aktivitäten wieder einstellte.

(2) Mit einem Sonderbogen zur Spontanerfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) möchte die Gruppe „Arzneimittelüberwachung in der Psychiatrie“ (AMÜP) Bayern um Manfred Wolfersdorf seit Anfang der 90er Jahre Daten zur möglicherweise behandlungsbedingten Suizidalität sammeln. 2002 reflektierte AMÜP Bayern über ihre Ergebnisse und die vielfältigen methodologischen Probleme und sprach sich für weiter entwickelte Fragenkataloge und Erfassungsbögen aus. Wiederholte Angebote zur Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen blieben ebenso ergebnis- und erfolglos wie das bayerische Suizidregister insgesamt.

(3) Ein Suizidregister in Schweden besteht seit Februar 2006. Dort müssen alle Suizide, die innerhalb von vier Wochen nach dem letzten Arztbesuch stattfinden, dem Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen gemeldet

werden. 2007 waren es 393 Fälle. Von diesen hatten 338 – 86% – im Jahr vor ihrem Suizid Psychopharmaka verabreicht bekommen, in 77% Antidepressiva und/oder Neuroleptika. Noch deutlicher geht der Zusammenhang von Psychopharmakabehandlung und Suizidalität aus den aus Blutanalysen gewonnenen Autopsiedaten der Nationalen Schwedischen Kommission für Forensik hervor. Danach hatten sich 2007 in Schweden 1126 Menschen das Leben genommen. 724 Menschen (64%) hatte man im Jahr des Suizids Psychopharmaka verordnet [7].

#### **30.4. Konsequenzen**

- Pilotprojekt unter Mitwirkung unabhängiger Psychiatriebetroffener zur Entwicklung eines Suizidregisters
- Aufklärung und Warnung vor psychopharmakabedingen Suizidrisiken, z. B durch Beipackzettel und in der Öffentlichkeit
- Einbeziehung selbstständiger, von der Pharmaindustrie unabhängiger Organisationen von Psychiatriebetroffenen in Suizidpräventionsprogramme, Forschung und Lehre
- Ausschluss von Pharmafirmen und von ihnen gesponserter Psychiater aus Suizidpräventionsprogrammen
- Anwendung des Eventualvorsatzes im Strafrecht für Verordner von Psychopharmaka, die einen Suizid als Folge der Verabreichung von Psychopharmaka für möglich halten , zugleich aber billigend in Kauf nehmen
- Verantwortungsvolles Absetzen von Psychopharmaka, dafür risikoarme Behandlungsalternativen.

Bessere Kenntnisse über suizidale Wirkungen von Psychopharmaka und anderen psychiatrischen Maßnahmen könnten psychiatrisch Tätigen, Angehörigen, Freunden und Betreuern dabei helfen, die Suizidalität suizidgefährdeter Menschen nicht zu verstärken.

### 30.5. Literatur

1. [www.enusp.org/harassment](http://www.enusp.org/harassment) / Stand 22.7.2006.
2. Webb, D. (2010) *Thinking about suicide: Contemplating and comprehending the urge to die*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
3. Kempker, K. (2000) *Mitgift – Notizen vom Verschwinden*. Berlin: Antipsy-chiatrieverlag.
4. Ayd, F. J. (1975) *The depot fluphenazines*. *American Journal of Psychiatry*. 132: p. 491-500.
5. Müller, P. (1981) *Depressive Syndrome im Verlauf schizophrener Psychosen*. Stuttgart: Enke.
6. Bellion, R. (2008) *Nach dem Absetzen fangen die Schwierigkeiten erst an*. In: P. Lehmann (Hg.): *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsy-chiatrieverlag, 3., akt. Aufl. 2008, S. 313-323
7. Larsson, J. (2009) *Psychiatric drugs & suicide in Sweden 2007*. [psychiatric-drugs.jannel.se/#home](http://psychiatric-drugs.jannel.se/#home) / Stand 27.6.2010

# ***„Depressivität und Suizidalität“***

***Prävention - Früherkennung -  
Pflegeinterventionen – Selbsthilfe***

Vorträge und Posterpräsentationen

7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld

Herausgeber:

Sabine Hahn, Michael Schulz, Susanne Schoppmann  
Christoph Abderhalden, Harald Stefan, Ian Needham



Der Verlag für die Pflege