

CliniCum

Das Medium für Psychiatrie und Neurologie

psy



Suizidalität

Konsensus-Statement – State of the art 2005

OA Dr. Wolfgang Aichhorn, Prim. DDr. Christine Butterfield-Meissl,
Dr. Kanita Dervic, Univ.-Prof. DDr. Johann Fabisch, Prim. Dr. Reinhold Fartacek,
Univ.-Prof. Dr. Richard Frey, Prim. Dr. Ernst-Jörg Friedl,
O. Univ.-Prof. Dr. Max Hermann Friedrich, Prim. Dr. Manfred Haushofer,
Dr. Thomas Kapitany, Univ.-Prof. Dr. Andreas Karwautz, Dr. Jochen Kindler,
Dr. Claudia Klier, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, Dr. Lukas Pezawas,
Univ.-Prof. Dr. Bernd Saletu, Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald Schubert,
Dr. Claudius Stein, Prim. Dr. Anton Tölk, Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata,
Prim. Dr. Elmar Windhager

Vorsitz: O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper,
O. Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer,
Dir. Dr. Marion Kalousek



Österreichische
Gesellschaft für
Neuropsychopharma-
kologie und Biologi-
sche Psychiatrie

Vorwort



**O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c.
Siegfried Kasper**
Klin. Abteilung für
Allgemeine Psychiatrie,
Univ.-Klinik für
Psychiatrie, Wien



**O. Univ.-Prof. DDr.
Hans-Peter Kapfhammer**
Univ.-Klinik für
Psychiatrie, Graz



Dir. Dr. Marion Kalousek
Ärztliche Direktion, SMZ
Baumgartner Höhe Otto-
Wagner-Spital, Wien

Nicht nur in der Klinik tätige Ärzte sind mit Patienten mit suizidalem Verhalten konfrontiert – auch niedergelassene Fachärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin stehen vor der Herausforderung, Patienten mit Suizidgedanken oder -plänen zu betreuen. Nur in seltenen Fällen sprechen Patienten Suizidgedanken oder suizidales Verhalten von selbst an – eine rechtzeitige Diagnose, Krisenintervention und Behandlung ist jedoch lebensrettend!

Mit dem Begriff Suizidverhalten werden Suizidankündigungen und Suizidversuche beschrieben, die mit der Absicht, das eigene Leben zu beenden, in selbst gesteuerter Weise ausgeführt werden. Suizidales Verhalten umfasst dabei sowohl fatale Handlungen (vollendeter Suizid) als auch potentiell hoch letale, aber gescheiterte Handlungen bis hin zu potentiell niedrig letalen Handlungen mit appellativem Charakter („Hilfeschrei“).

Bei der Diskussion um das Thema Suizidalität rückt zunehmend die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva in den Mittelpunkt des Interesses. Sie gehört neben der Krisenintervention und der psychotherapeutischen Führung zu den Eckpfeilern der Behandlung suizidaler Patienten. In jüngster Zeit ist insbesondere von der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde FDA jedoch eine Reevaluation des Zusammenhangs zwischen einer medikamentösen antidepressiven Therapie und Suizidideen bzw. Suizidalverhalten angeregt worden. Die Reevaluierung wird dadurch begründet, dass es vereinzelt rezente wissenschaftliche Daten gibt, die eine Erhöhung des Suizidverhaltens von Erwachsenen unter antidepressiver Therapie suggerieren.

Es ist prinzipiell denkbar, dass es tatsächlich eine kleine Untergruppe von Patienten gibt, bei denen bei medikamentöser Neueinstellung vermehrt Suizidideen und -verhalten auftreten. Bis zum Abschluss dieser Reevaluierung wird empfohlen, Patienten insbesondere zu Therapiebeginn oder in Umstellungsphasen besonders genau in Hinblick auf eine Veränderung von Suizidideen und -plänen zu monitieren. Diese Warnung betrifft auch Antidepressiva der jüngeren Generation, bei denen Suizidverhalten und Suizidideen genau dokumentiert wurden. Dabei muss hervorgehoben werden, dass nur neuere Antidepressiva wie SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und SNRI (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) in Studien auf eine mögliche Erhöhung des Suizidrisikos untersucht wurden, nicht jedoch ältere per se toxische Substanzen wie TZA (Trizyklische Antidepressiva). Insgesamt gilt es jedoch bei dieser Diskussion festzuhalten, dass jede unbehandelte Depression das Suizidrisiko etwa verdreifacht.

Erstellt wurde das vorliegende Konsensus-Statement, um den aktuellen Stand des Wissens zum Thema „Suizidalität“ zusammenzufassen, verschiedene Aspekte der Suizidalität darzustellen und damit letztendlich ein besseres Verständnis für suizidale Patienten in der medizinischen Praxis zu fördern. Das Statement wurde mit österreichischen ExpertInnen sowohl in der persönlichen Diskussion als auch im schriftlichen Austausch erarbeitet und stellt die konsensuelle Meinung der TeilnehmerInnen dar.

An dieser Stelle möchten wir uns auch bei jenen neun Pharmafirmen bedanken, die dieses Projekt finanziell unterstützen. Die Patronanz und Initiative des Konsensus-Statements „Suizidalität“ hat – wie schon bei den vorangegangenen Statements zu „Depression“, „Schizophrenie“, „Bipolare Störungen“ und „Angststörungen“ – die Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB) übernommen.

Wir hoffen, dass es uns gelungen ist, Ihnen damit eine wertvolle Unterstützung für eine effektive und praxisnahe Therapie in Ihrer täglichen Praxis zu geben.

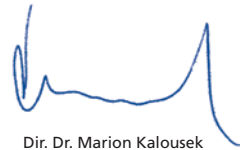
In diesem Sinne zeichnen



O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper



O. Univ.-Prof. DDR. Hans-Peter Kapfhammer



Dir. Dr. Marion Kalousek



Österreichische
Gesellschaft für
Neuropsychopharma-
kologie und Biologi-
sche Psychiatrie



Mag. Andrea Budin, Medizin Akademie



Claudia Lorbeer, Medizin Akademie

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Suizidalität bei psychiatrischen Erkrankungen

3. Suizidmodelle

4. Prädiktoren von Suizid und Suizidversuchen bei Depression

5. Risiko von Suizid und Suizidversuchen bei der Gabe von Antidepressiva oder Plazebo beim Erwachsenen

6. Toxizitätsindizes von Antidepressiva

7. Behandlung der Suizidalität

7.1. Beurteilung der Suizidalität

7.2. Medikamentöse Therapie

7.3. Umgang mit Suizidgefährdeten – Krisenintervention

7.4. Psychotherapie

8. Review von plazebokontrollierten Daten und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

9. Therapie der Depression mit Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

9.1. Medikamentöse Therapie

9.2. Psychotherapie der Depression mit Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

10. Suizidalität bei Schizophrenie

11. Suizidalität bei bipolarer Störung

12. Suizidalität bei Substanzmissbrauch

13. Chronische Suizidalität

I. Einleitung

Suizidale Patienten sind akute Notfälle, mit denen sowohl niedergelassene und Klinikärzte als auch Allgemeinmediziner und Fachärzte häufig konfrontiert sind. Für eine sichere und optimale Betreuung dieser oftmals heterogenen Patientengruppe sind klare Richtlinien Voraussetzung. Durch die mediale Berichterstattung und die dadurch ausgelöste fachinterne Diskussion ist in jüngster Zeit eine zunehmende Verunsicherung im Hinblick auf Zusammenhänge zwischen einer medikamentösen antidepressiven Behandlung und einem möglicherweise erhöhten Suizidrisiko zu bemerken. Dabei muss hervorgehoben werden, dass nur neuere Antidepressiva wie z.B. SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und SNRI (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) in Studien auf eine mögliche Erhöhung des Suizidrisikos untersucht wurden, nicht jedoch ältere Substanzen wie trizyklische Antidepressiva (TZA). Plazebokontrollierte Studien mit modernen Antidepressiva deuten nach derzeitigem Stand des Wissens auf keine Erhöhung des Suizidrisikos hin. Ein engmaschiges Monitoring der Patienten ist jedoch in jedem Fall anzuraten, da Patienten, bei denen eine Behandlung mit Antidepressiva indiziert ist, eine Gruppe mit per se erhöhtem Suizidrisiko darstellen.

2. Suizidalität bei psychiatrischen Erkrankungen

Im Prinzip ist suizidales Verhalten mit allen psychiatrischen Erkrankungen assoziiert, wobei das Risiko in unterschiedlichem Ausmaß erhöht ist. Auch organische Erkrankungen wie etwa Niereninsuffizienz, Chorea Huntington oder Multiple Sklerose können zu einem erhöhten Suizidrisiko beitragen, allerdings liegen derzeit noch nicht genügend Untersuchungen vor, um exakte Aussagen über die jeweilige Suizidalität treffen zu können. Eine chronische Erkrankung stellt unabhängig davon, ob sie psychisch oder somatisch bedingt ist, in jedem Fall ein schwer zu bewältigendes Lebensereignis dar und kann auf diese Weise Auslöser für suizidales Verhalten werden. Autopsiestudien haben gezeigt, dass 70 bis 90% der Suizide von Personen begangen werden, die zum Zeitpunkt des Todes psychisch erkrankt sind. Dabei sind die Erkrankungen oft unerkannt und/oder unbehandelt.

Zu beachten ist allerdings, dass häufig auch psychosoziale Krisen in der Vorgeschichte mit einer suizidalen Entwicklung verbunden sein können. Psychosoziale Krisen werden definiert als der Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit belastenden Ereignissen wie Traumata, Todesfällen oder Trennungen und plötzlichen Verlusten oder durch Lebensveränderungen wie Schwierigkeiten in Beziehungen oder am Arbeitsplatz konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der

Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern (Sonneck, 2000).

Ein besonders hohes Suizidrisiko weisen Personen mit affektiven Störungen und Substanzabhängigkeiten auf; bei einer Komorbidität mit einer anderen psychiatrischen Erkrankung ist das Risiko mehr als additiv erhöht. Jugendliche und junge Erwachsene stellen innerhalb dieser Risikogruppe wiederum eine besonders vulnerable Gruppe für Suizidversuche dar.

Impulsivität

Impulsivität wird als ein entscheidender Faktor für die Suizidalität angenommen, da dadurch die Umsetzung von Suizidgedanken erfolgen kann. Bestimmte psychiatrische Krankheiten wie Substanzabhängigkeit, verschiedene Formen von Depressionen, organisch bedingte psychische Störungen wie Demenzen, Persönlichkeitsstörungen wie Borderlinestörungen sowie schizophrene Erkrankungen sind mit einer gesteigerten Impulsivität und damit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Es gilt heute als gesichert, dass das serotonerge System in der Biologie der Impulskontrolle wesentlich involviert ist.

3. Suizidmodelle

Bereits Sigmund Freud sprach davon, dass „ein Selbstmörder nicht nur sich selbst, sondern zugleich auch ein introjiziertes Objekt ermordet“. 1953 wurde von Erwin Ringel das noch heute gültige Modell des Präsuizidalen Syndroms beschrieben. Es ist charakterisiert durch Einengung, gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression sowie Suizidfantasien. Ringel hat damit als Erster organisch-psychiatrische Aspekte mit psychodynamischen Aspekten verbunden. Weitere – vor allem aus österreichischer Sicht – bedeutende Suizidmodelle stammen von Walter Pödlinger (1968; Suizidale Entwicklung: Erwägung – Abwägung – Entschluss) und Gernot Sonneck (1982; Krisenintervention und Suizidverhütung).

Präsuizidales Syndrom – Erwin Ringel (1953)

1. Einengung
 - Situative Einengung
 - Dynamische Einengung mit einseitiger Ausrichtung der Apperzeption, Assoziation, Affekte, Verhaltensmuster und mit Reduktion der Abwehrmechanismen
 - Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen
 - Einengung der Wertwelt
2. Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
3. Suizidfantasien

Marie Asberg konnte 1986 nachweisen, dass im Liquor von Patienten mit Suizidversuchen, die eine so genannte „harte Methode“ angewendet haben, ähnlich wie bei

gewalttätigen Menschen das Serotonin-Abbauprodukt 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES) signifikant erniedrigt ist. Zahlreiche Post-mortem-Studien zeigen, dass es zu einer Verminderung von Serotonin-Transportern im ventromedialen präfrontalen, orbitofrontalen Cortex und subgenualen Cingulum kommt, während verschiedene postsynaptische 5-HT-Rezeptoren (z.B. 5-HT_{1A}, 5-HT₂) an diesen Stellen hinaufreguliert sind und ein kompensatorisches Verhalten eine erniedrigte Serotonin-Verfügbarkeit nahe legt. Diese Befunde sind unabhängig von der klinischen Diagnose einer Depression. Weiters gibt es auch biologische Befunde zu potenziellen Störungen in anderen Monoaminsystemen (Dopamin, Noradrenalin), wobei diesen derzeit eine geringere Bedeutung zugemessen wird.

Hervorzuheben ist weiters das Modell des suizidalen Prozesses von Niels Retterstol (1993). In diesem Modell werden neben dem beobachtbaren Verhalten, wie z.B. Botschaften mit Suizidinhalten, auch nicht beobachtbare Komponenten berücksichtigt. Zu Letzteren zählen bewusste und unbewusste Gedanken, Impulse oder Pläne zum Suizid. Ziel der Präventionsarbeit muss es sein, die Schwelle zwischen nicht beobachtbarem und beobachtetem Verhalten zu senken, da gerade die nicht beobachtbaren Komponenten einen großen Teil der Suizidalität ausmachen.

John Mann (1999) richtet in seinem Modell das Augenmerk auf den Zusammenhang zwischen Suizidalität und psychischen Störungen. Zwar haben 90% der Suizidopfer zum Zeitpunkt des Suizids eine psychische Störung, die meisten psychisch Kranken nehmen sich aber nicht das Leben: Psychische Erkrankung ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Erklärung bzw. Bedingung für einen Suizid. Mann verweist auch darauf, dass ein Suizidversuch in der Anamnese der beste Prädiktor für künftiges Suizidverhalten oder Suizid ist. Allerdings haben wiederum nur 20 bis 30% der Personen, die einen Suizid verüben, einen Suizidversuch in der Anamnese.

In seinem auch als „Stress-Diathese-Modell“ bezeichneten Suizidmodell (siehe Abbildung 1) unterstreicht Mann ferner, dass sich das individuelle Suizidrisiko nicht nur aus der psychischen Erkrankung (Stressor) ergibt, sondern auch durch die Diathese – gekennzeichnet durch erhöhte Impulsivität und Suizidgedanken. Sie führen letztlich zum Ausagieren in Form von Suizidalhandlungen. Ferner betont Mann den Einfluss früher Traumen auf die Gehirnmaturation und den Zusammenhang mit späteren psychischen Störungen. Sowohl der objektive Zustand (Fremdbeurteilung) als auch der subjektive Zustand (Selbstbeurteilung) gemeinsam mit individuellen Eigenschaften sind in diesem Modell dargestellt.

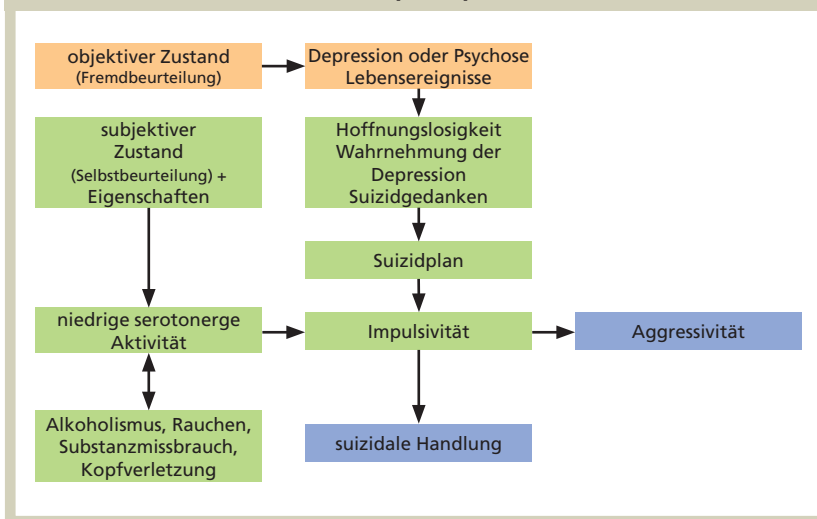
Psychologische Aspekte im Zusammenhang mit Suizidalität:

- Impulsivität
- Schwarz-weiß-Denken
- Kognitive Rigidität
- Eingeschränkte Problemlöse-Ressourcen
- Verminderte Spezifität des autobiografischen Gedächtnisses
- Hoffnungslosigkeit

Klinische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Suizidalität und Psychopathologie zeigen, dass die Diagnose der psychischen Störung in vielen Fällen nur sehr ungenau erfolgt. Auf einer psychopathologischen Symptomebene sind es vor allem Aggressivität und Impulsivität, die mit suizidalem Ausdruck und Verhalten korreliert sind. Auch „Aggressivität“ ist ein psychopathologisches Merkmal. Besonders suizidgefährdet sind Patienten mit den psychopathologischen Merkmalen depressive/dysphorische Stimmungslage und gesteigerter Antrieb (Letzteres kann Anlass für impulsive Handlungen sein).

Obwohl Beobachtungen ergeben, dass Suizidalität familiär gehäuft auftritt, gibt es bislang kaum Forschungsergebnisse über die Rolle genetischer Einflüsse auf die Suizidalität. Eine familiäre Häufung sollte jedoch nicht nur auf die Rolle genetischer Einflüsse beschränkt bleiben. Psychodynamische Einflussgrößen wie „Lernen am Modell“ stellen dabei ebenso einen wichtigen Faktor dar.

Abbildung 1
Suizidmodell nach J. Mann (1999): „Stress-Diathese-Modell“



Suizidales Verhalten ist komplex, und wahrscheinlich besteht ein Zusammenspiel aus erniedrigter serotonerger Aktivität und Persönlichkeitsfaktoren (siehe Abbildung 1), wobei die Rolle der biologischen Einflüsse größer sein dürfte als bislang angenommen. Die jüngst erforschte genetische Variabilität des Serotonintransporter-Gens zeigt, dass depressive Patienten mit Life Events und Traumatisierungen höhere

Suizidversuchsraten aufzeigen, wenn sie eine High-Risk-Variante des Gens aufweisen, verglichen mit Patienten mit einer Low-Risk-Variante des Gens. Suizidverhalten ist nach heutigem Verständnis das Resultat einer komplexen Gen-Umwelt-Interaktion.

4. Prädiktoren von Suizid und Suizidversuchen bei Depression (epidemiologische Evidenz)

Im Jahr 2004 verübten in Österreich insgesamt 1418 Menschen einen Suizid, davon 1073 Männer und 345 Frauen. Wie in Abbildung 2 ersichtlich, steigt die Zahl der Suizide mit dem Alter deutlich an, hier wiederum vor allem beim männlichen Geschlecht. Abseits der offiziellen Statistiken ist jedoch eine Dunkelziffer anzunehmen, da z.B. nach Autounfällen nicht unmittelbar auf einen Suizid rückgeschlossen werden kann.

Ebenso wird bei Suizidversuchen von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen, wobei hier der Frauenanteil höher ist als bei Suiziden und jenen der Männer übertrifft. Insgesamt ist in der westlichen Welt mit Ausnahme der USA die Zahl der Suizidopfer etwa elfmal so hoch wie die Zahl der durch fremde Gewalt verstorbenen Personen.

Tabelle 1 zeigt die altersstandardisierten Mortalitätsraten (errechnen sich aus der Division der Zahl der beobachteten durch die Zahl der erwarteten Sterbefälle) für Suizide bei psychischen und körperlichen Erkrankungen: Metaanalysen zufolge ist unter Patienten mit affektiven Störungen die Suizidrate bei der Gruppe mit der Diagnose einer Major Depression am höchsten. Andere Untersuchungen sprechen Patienten mit bipolaren Störungen das höchste Suizidrisiko zu, allerdings scheint dabei die Komorbidität mit Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen eine bedeutsame Rolle zu spielen. Auffällig ist auch die hohe Mortalitätsrate bei Patienten mit Essstörungen. Dass in der medizinischen Literatur insgesamt divergierende Angaben zu den jeweiligen Suizidrisiken bei einzelnen psychiatrischen Erkrankungen zu finden sind, dürfte durch unterschiedliche diagnostische Standards zu erklären sein.

Zu den Prädiktoren für einen Suizid bei depressiven Patienten liegt bislang keine Metaanalyse vor, es gibt jedoch einzelne Studien, in denen allerdings ältere und hoch betagte Patienten, die ein besonders hohes Suizidrisiko haben, vielfach nicht eingeschlossen wurden.

Abbildung 2
Suizidrate in Österreich 2004 (pro 100.000)

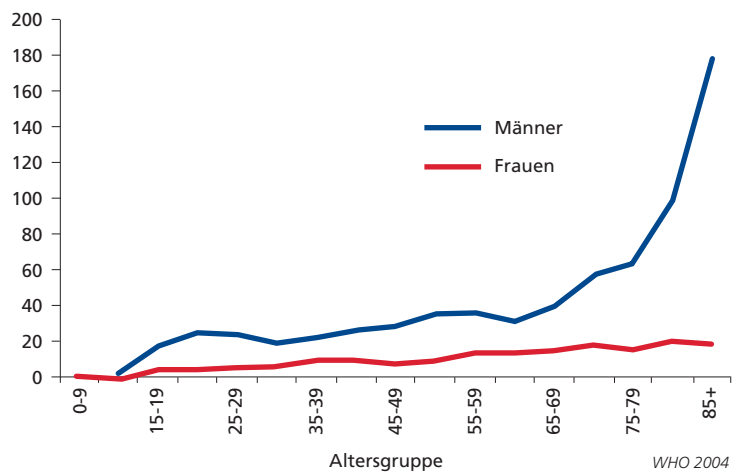


Tabelle 1
Standardisierte Mortalitätsraten (=SMR) für Suizide aus Metaanalysen (Harris & Barraclough, 1994 bzw. 1997)

Psychische Erkrankungen	SMR (95% CI)
Affektive Erkrankungen	
Major Depression	20,4 (18,3–22,6)
Bipolare Störungen	15,1 (12,3–18,4)
Dysthymie	12,1 (11,5–12,8)
Andere affektive Erkrankungen	16,1 (14,5–17,8)
Andere psychische Erkrankungen	
Essstörungen (Anorexie, Bulimie)	23,1 (15,4–33,4)
Alkoholmissbrauch und -sucht	5,9 (5,4–6,3)
Opiatmissbrauch und -sucht	14,0 (10,8–17,9)
Schizophrenie	8,5 (8,0–9,0)
Panikstörungen	10,0 (4,6–19,0)
Persönlichkeitsstörungen	7,1 (4,8–10,1)
Körperliche Erkrankungen	SMR (95% CI)
Morbus Huntington	2,9 (2,2–3,7)
Epilepsie	5,1 (3,9–6,6)
Aids/HIV	6,7 (5,8–7,6)
Maligne Neoplasmen	1,8 (1,7–1,9)
Multiple Sklerose	2,4 (1,9–2,9)
Nierenerkrankungen: während Dialyse	14,5 (8,9–22,4)
Nierenerkrankungen: Zustand nach Transplantation	3,8 (1,9–6,9)
Lupus Erythematodes – systemisch	4,4 (2,6–6,9)
Morbus Parkinson	2,5 (1,1–5,0)

Prädiktoren für ein erhöhtes Suizidrisiko bei Patienten mit Depressionen:

- Jüngerer Alter (bei Männern)
- Alkoholkonsum
- Depression bei bipolarer Störung
- Mischzustände (manisch-depressiv) bei bipolarer Störung
- Komorbidität mit Angsterkrankungen
- Frühere Suizidversuche
- Obdachlosigkeit
- Kürzliches Verlusterlebnis
- Soziale Isolation (fehlendes Netz)
- Suizid in Familienanamnese
- Chronische Schmerzen

Psychopathologische Charakteristika für erhöhtes Suizidrisiko:

- Tiefe Hoffnungslosigkeit
- Schuldgefühle und Selbstvorwürfe
- Gefühl der Wertlosigkeit
- „Altruistische“ Suizid- bzw. Opferideen
- Agitiertheit bzw. gesteigerter Antrieb
- Ausgeprägte Schlafstörungen
- Depressiver Wahn
- Andere psychotische Symptome

5. Risiko von Suizid und Suizidversuchen bei der Gabe von Antidepressiva oder Plazebo beim Erwachsenen

In der Diskussion um das Risiko von Suiziden stehen folgende Fragen im Vordergrund:

1. Kann mit Hilfe von Antidepressiva Suizidverhalten behandelt werden?
2. Wird durch die antidepressive Therapie möglicherweise ein erhöhtes Suizidrisiko induziert?
3. Besteht Toxizität bei Überdosierungen?

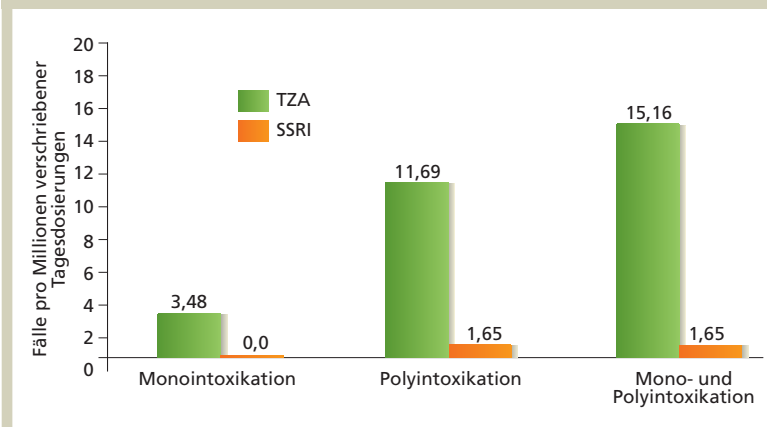
Antidepressiva und dabei insbesondere die neuen Klassen wie z.B. SSRI und SNRI **reduzieren Suizidgedanken** – erhoben z.B. mittels Hamiltonscore, wobei jedoch unklar ist, wie gut die Prävention damit gesichert ist. Bei unbehandelten Depressionen besteht ein bis auf das Dreifache erhöhtes Suizidrisiko.

Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass bei einer kleinen Patientenuntergruppe **Suizidgedanken** kurzfristig zu Therapiebeginn **ansteigen**, da z.B. häufig Patienten die Behandlung während einer Phase mit per se gesteigerter Suizidalität beginnen. Die Behandlung muss in jedem Fall über einen ausreichend langen Zeitraum erfolgen und die Kooperation des Patienten sichergestellt werden. Der Vergleich sämtlicher plazebokontrollierter, doppelblinder klinischer Prüfungen von 1983 bis 1997, die zur Registrierung von Antidepressiva in Holland eingereicht wurden, ergibt keinen Unterschied bei den Raten an Suiziden

bzw. Suizidversuchen zwischen Plazebo und antidepressiv wirksamen Medikamenten. Wird die absolute Suizidrate in Relation zur Patientenexpositionszeit herangezogen, so ergibt auch die Analyse von FDA-Berichten über mehr als 48.000 Patienten, bei der SSRI, SNRI und andere Antidepressiva und Plazebo verglichen werden, keinen signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen.

Sehr rezente Ergebnisse haben zu einer Reevaluation dieser Aussagen geführt, die noch nicht abgeschlossen ist. Es gibt Berichte, dass bei einer Untergruppe von Patienten möglicherweise das Suizidrisiko bei Therapiebeginn oder Umstellung kurzfristig gesteigert ist. Es wird daher eine engmaschige Monitorisierung der Patienten in diesem Zeitraum empfohlen, bis zu dieser Thematik abschließende Studienergebnisse vorliegen.

Abbildung 3
Anzahl der Intoxikationen mit TZA oder SSRI an der Notfallambulanz am Wiener AKH



Bei der Interpretation der Studien ist zudem darauf hinzuweisen, dass eine Suizidalität in den meisten Studien gar nicht ausreichend vorhanden ist, da eine bestehende Suizidalität ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie darstellt. Die vorliegenden Studien können daher nur eingeschränkt zur Bewertung der Suizidalität herangezogen werden.

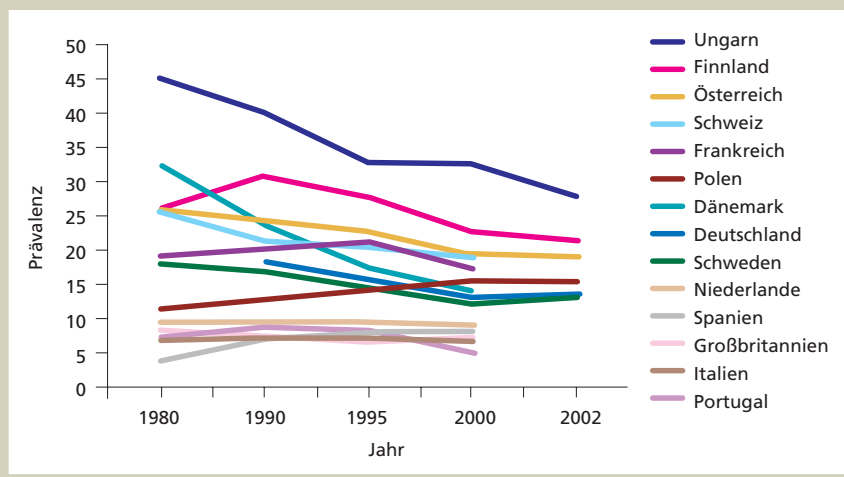
Eine am Wiener AKH gemeinsam von den Universitätskliniken für Psychiatrie und Notfallmedizin durchgeführte retrospektive Untersuchung aller Patienten, die zwischen 1992 und 1997 wegen akuter Intoxikationen behandelt wurden, ist der Frage der **Toxizität** von Antidepressiva nachgegangen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass von insgesamt 83 Poly- bzw. Mono-intoxikationen bei 22 TZA beteiligt waren und in zehn Fällen SSRI.

Während bei Polyintoxikationen mit TZA die Toxizität auf TZA zurückzuführen ist, sind bei SSRI-Polyintoxikationen meist gleichzeitig eingenommene Benzodiazepine für die Toxizität verantwortlich. Es gab keine einzige Mono-intoxikation mit SSRI (siehe Abbildung 3).

Die Studie zeigt eindrucksvoll, dass die älteren TZA eine um ein Vielfaches erhöhte Toxizität aufweisen, was auch in anderen Studien belegt wurde.

Im Zeitraum zwischen 1992 und 1997 sind in Wien die Verordnungen von SSRI exponentiell angestiegen und haben TZA überholt. Die Suizidinzidenz ist im Beobachtungszeitraum im Wesentlichen gleich geblieben, zwischen 1996 und 1997 kam es sogar zu einem signifikanten Abfall der Suizide in Wien. Ähnliche Berichte liegen auch aus anderen europäischen Ländern vor, wo mit der zunehmenden Verordnung von SSRI ein Rückgang der Suizidraten beobachtet wurde, was aufgrund der multifaktoriellen Bedingtheit jedoch nicht allein auf die Verordnung von Antidepressiva zurückgeführt werden kann (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4
WHO-Suizidraten in europäischen Ländern
(pro 100.000 Einwohner)



6. Toxizitätsindizes von Antidepressiva

Zur Berechnung der Toxizitätsindizes von Antidepressiva können verschiedene Parameter herangezogen werden:

- 1) Die LD50 (letale Dosis 50%), ein im Tierexperiment ermittelter Parameter, ist jene Dosis, die bei 50% der exponierten Tiere (meist Mäuse) zum Tod führt. Die LD50 ist der derzeit beste präklinische Indikator für die Toxizität einer Substanz. In Übereinstimmung mit EU-Direktiven werden Substanzen nach ihren LD50-Werten als niedrig (200 bis 2.000mg/kg Körpergewicht), moderat (25 bis 200mg/kg) and extrem toxisch (<25mg/kg) klassifiziert. Laut Merck-Index (2001) wäre demnach Doxepin, ein trizyklisches Antidepressivum (TZA), die einzige Substanz mit moderater Toxizität, alle anderen Antidepressiva wären nur wenig toxisch.

Betrachtet man die LD50 (in mg/kg) von Mäusen im Verhältnis zu den von der World Health Organisation

(WHO) definierten therapeutischen Tagesdosen beim Patienten (defined daily doses, DDD, umgerechnet auf mg/kg), dann ist der LD50/DDD-Quotient bei allen Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), bei Reboxetin und Tianeptin >500, bei allen anderen Antidepressiva zwischen 100 und 500. Hohe Quotienten sprechen für geringe Toxizität.

- 2) Die therapeutischen und potenziell letalen Plasmakonzentrationsbereiche beim Menschen wurden für die meisten Antidepressiva publiziert (Schulz und Schmoltdt, 2003). Ein hoher Quotient aus letaler (LBC) und therapeutischer Plasmakonzentration (ThBC) spricht für eine große therapeutische Breite.

Erstellt man die Berechnung für den niedrigsten angenommenen letalen und den höchsten therapeutischen Plasmaspiegel, so zeigen lediglich SSRI und Venlafaxin einen Wert >10, die TZA-Werte liegen zwischen zwei (Maprotilin) und zehn.

- 3) Fallberichte nach Überdosierungen sind wichtige Datenquellen, um die Toxizität eines Antidepressivums zu ermitteln. Die höchste überlebte Dosis in Relation zur definierten therapeutischen Tagesdosis (DDD) erlaubt Rückschlüsse auf die Toxizität. Die höchsten Quotienten (>150) aus maximal überlebter Dosis und DDD ließen sich für SSRI ermitteln.

- 4) Der fatale Toxizitätsindex (FTI, f-Index) ist definiert als Anzahl letaler Intoxikationen mit einer Substanz pro einer Million verordneter Tagesdosen dieser Substanz in einem definierten Zeitraum. Er wird im wissenschaftlichen Diskurs verwendet, um die Toxizität von Psychopharmaka möglichst realitätsnahe zu erfassen. Zum Beispiel gab es in Wien zwischen 1991 bis 1997 insgesamt 30 von der Gerichtsmedizin erfasste letale Mono-Intoxikationen mit TZA, aber keine mit SSRI, obwohl beide Substanzgruppen im gesamten Beobachtungszeitraum etwa gleich häufig verordnet wurden. Damit war der f-Index für TZA signifikant höher als für SSRI. Dieses Ergebnis fanden auch andere Autoren.

Zusammenfassend zeigten sowohl die experimentelle Pharmakologie (LD50), die Analysen aus humanen Plasmakonzentrationen (therapeutische und letale), die derzeit verfügbaren Fallstudien nach Überdosis (maximal überlebte Menge einer Substanz) als auch Post-mortem-Befunde bei Suizidopfern (FTI), dass die neuen Antidepressiva deutlich sicherer sind als trizyklische Antidepressiva.

Innerhalb der neueren Antidepressiva, zu denen verschiedene Substanzgruppen mit unterschiedlichen Wirkprofilen gehören, gibt es die meisten – in der Regel

positiven – Befunde zu den SSRI. Die SSRI können – die Toxizität betreffend – als derzeitiger Goldstandard betrachtet werden.

7. Behandlung der Suizidalität

7.1. Beurteilung der Suizidalität

Die allermeisten Menschen (bis zu 90%), die an einen Suizid denken, geben mehr oder weniger deutliche direkte oder indirekte Suizidhinweise. Bei diesen Personen stellt sich ebenso wie bei einem gewissen Prozentsatz von Personen nach Suizidversuch/Parasuiziden die Frage der weiteren Suizidgefährdung.

Die Einschätzung des Grades der Gefährdung ist eine der verantwortungsvollsten Aufgaben, und es ist verständlich, dass seit langem nach verbindlichen Kriterien gesucht wird, um die Unsicherheit in der Einschätzung der Suizidalität zu reduzieren. Eine restlose Sicherheit allerdings gibt es nicht.

Zur Beurteilung der Suizidgefährdung kann ein Schema dienen (Sonneck, 2000, siehe Abbildung 5). Der wichtigste Indikator ist sicherlich der direkte oder indirekte Suizidhinweis. Je systematischer und realistischer Suizidgedanken sind, je weniger Alternativen erwogen werden, desto gefährlicher ist die Situation. Risikogruppe, Umfang, Art und Schwere von Psychopathologien, gewalttätiges oder impulsives Verhalten in der Vorgeschichte und Suizide in der Familiengeschichte sind weitere wichtige Hinweise.

Isoliert für sich genommen geben diese Umstände allerdings keinen Aufschluss über eine aktuelle Suizidalität. Erst das Zusammentreffen mit konkreten Suizidgedanken und -fantasien, unter Umständen in einer aktuellen Krise oder Belastungssituation, kombiniert mit Angst-, Erregungs-, Unruhezuständen und Schlafstörungen lassen auf eine akute Suizidalität schließen.

Sich aufdrängende Suizidfantasien sind bedrohlicher einzuschätzen als aktiv intendierte. Ebenso ist der leichte Zugriff auf tödliche Mittel, besonders auf Schusswaffen oder Medikamente, gefährlich.

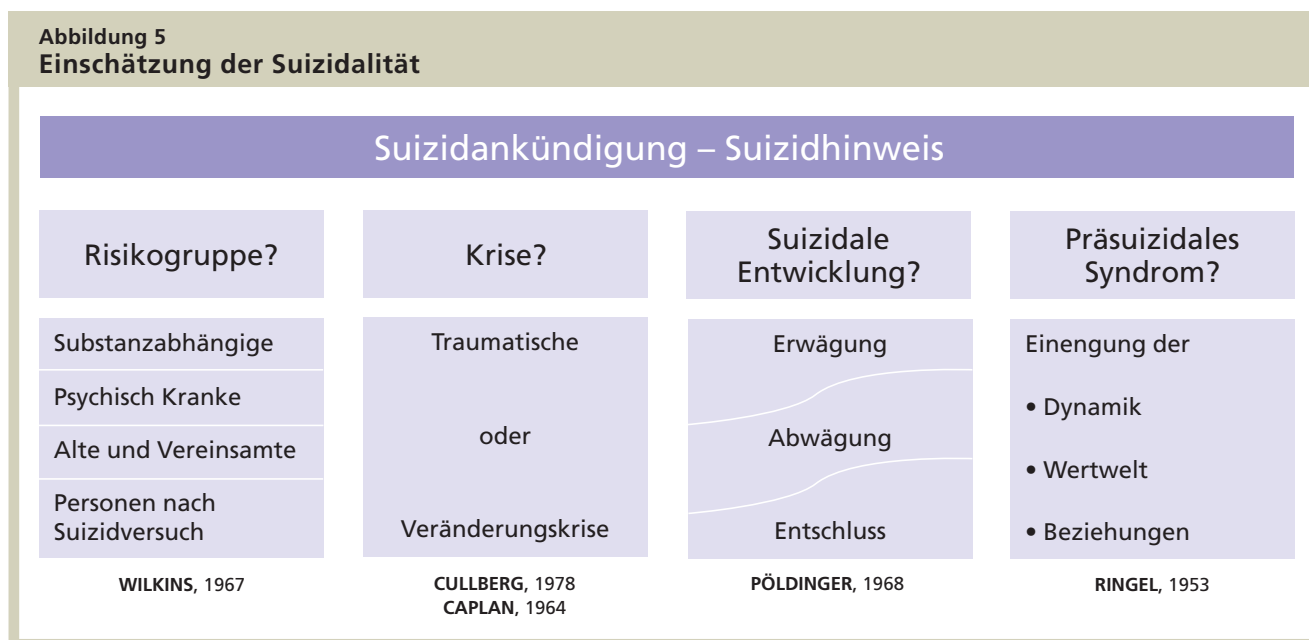
Zu klären ist auch, in welchem Stadium der suizidalen Entwicklung (Pöldinger, 1968) sich der Betroffene befindet. Man kann davon ausgehen, dass es sich bei suizidalen Handlungen in der Mehrzahl der Fälle um einen vorsätzlichen Akt handelt, vor dem die Betroffenen warnen, und seltener um eine völlig überraschende Impulshandlung. Pöldinger beschreibt drei Phasen, die einer suizidalen Handlung in den meisten Fällen vorangehen.

Die erste Phase ist die Phase der Erwägung. Der Suizid wird als mögliche Problemlösung in Betracht gezogen. Die Suizidgedanken sind vage und unkonkret. Es folgt das Stadium der Abwägung. Der innere Konflikt zwischen selbst erhaltenden und selbst zerstörenden Tendenzen erreicht den Höhepunkt und wird oft agiert. Die massive Spannung äußert sich in direkten Suizidankündigungen oder -drohungen. Die Unerträglichkeit der Situation macht den Betroffenen unter Umständen allerdings auch zugänglicher für Unterstützung und professionelle Hilfe.

Im Stadium des Entschlusses tritt eine scheinbare Beruhigung ein, die von der Umgebung falsch interpretiert werden kann. Die Spannungen, hervorgerufen durch die starke Ambivalenz, die Angst und die Qual, die mit dem Gedanken an ein Weiterleben verbunden sind, fallen weg. Suizidankündigungen – so es überhaupt noch welche gibt – sind meist indirekt. Dagegen werden konkrete vorbereitende Handlungen gesetzt.

Weiters muss Hinweisen auf eine affektive Einengung (präsuizidales Syndrom, Ringel, 1953, siehe weiter oben) nachgegangen werden.

Abbildung 5
Einschätzung der Suizidalität



Die wichtigsten Antidepressiva im Überblick*

Substanzgruppen	ASRI	SSRI				
Wirkstoffe	Escitalopram	Citalopram	Fluoxetin	Fluoxamin	Paroxetin	Sertralin
Pharmakodynamik						
Serotonin (5-HT)	+++ ¹⁾	+++	+++	+++	+++	+++
Noradrenalin (NA)	0	0	0	0	0	0
Monoaminoxidase (MAO)	0	0	0	0	0	0
Anticholinerg (mACh)	0	0	0	0	0	0
Histaminerg (H ₁)	0	0	0	0	0	0
Serotonin-2-Rezeptor (5-HT ₂)	0	0	0	0	0	0
Dopamin (DA)	0	0	0	0	0	+
α ₁ -adrenerg (α ₁)	0	0	0	0	0	0
α ₂ -adrenerg (α ₂)	0	0	0	0	0	0
Pharmakokinetik						
Metabolit	Desmethyl-Escitalopram	Didemethyl-Citalopram	Norfluoxetin	–	–	N-Desmethyl-Sertralin
Halbwertszeit (h)	30	35	96	13–22	24	22–36
Bioverfügbarkeit (%)	80	80	85	53	65	88
Plasmaeiweißbindung (%)	80	80	75	80	95	98
Dosierung (mg/Tag)						
Depression	5–20	5–40	10–80	50–300	20–50	50–200
Kinder und Jugendliche	–	–	–	–	–	Indikation Zwangsstörung: 25–200 mg
Nebenwirkungen						
Anticholinerge Wirkung	0	0	0	0	0/+	0
Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe	++	++	++	++	++	++
Sedierung	0	0	0	0	0	0
Agitation, Schlafstörungen	+	+	++	++	+	++
Sexuelle Funktionsstörungen	+	+	++	+	++	+
Orthostatische Hypotonie	0	0	0	0	0	0
Gewichtszunahme	0	0	0	+	0/+	0
EKG-Veränderungen	0	0	0	0	0	0

* Die Angaben beziehen sich auf mögliche Anfangsdosierung bei Einstellung der Patienten bis zur maximal empfohlenen Tagesdosis.

Fußnoten:

- 1) Selektive allosterische Bindung.
- 2) Nur in Depressionsstudien mit Kapseln, bei anderen Indikationen und Tabletten nicht vorgekommen.
- 3) In Österreich registriert, nicht am Markt erhältlich.

Abkürzungen:

- ASRI: Allosterischer Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
 SSRI: Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
 SNRI: Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
 SRE: Serotonin-Wiederaufnahmeverstärker

- NaSSA: Noradrenerg, spezifisch serotonerges Antidepressivum
 SARI: Serotonin-(5-HT₂)-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer
 NARI: Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
 RIMA: Reversibler Monoamino-Oxidase-A-Hemmer

SNRI			SRE	NaSSA	SARI	NARI	RIMA
Duloxetin	Milnacipran	Venlafaxin ER	Tianeptin	Mirtazapin	Trazodon	Reboxetin	Moclobemid
+++	+++	+++	+++	+++	+	+	0
+++	+++	+++	0	++	-	+++	0
0	0	0	0	0	0	0	++
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	++	0	0	0
0	0	+	-	++	+++	0	0
0	0	+	0	0	-	0	0
0	0	0	0	0	++	0	0
0	0	0	-	+++	+	0	0
4-Hydroxy-Dul.,5-Hydroxy-6-Methoxy-Dul. (beide inaktiv)	-	O-Desmethyl-Venlafaxin (ODV)	extensiv metabolisiert, 2 Hauptmetaboliten	Desmethyl-Mirtazapin	Metachlorophenyl-Piperazin	-	geringe Nachweisbarkeit pharm. aktiver Metabol.
12	8-10	15	2,5-7,2	20-40	9,1	13	2-4
50	85	45	99	50	100	60	50-80
96	13	27	95	85	85-95	92-97	50
60 ⁹⁾	25-100 aufgeteilt in 2 Einzelgaben	75-375	3x12,5	15-45	75-600	8-12 aufgeteilt in 2 Einzelgaben	300-600 aufgeteilt in 2 Einzelgaben
-	-	-	-	-	-	-	-
0	0	0	0	0	0	++	0
++	+	++	+	0	+	+	0
0	0	0	0	++	++	0	0
+	+	+	0	0	0	++	+
0	0	+	0	0	0	+	0
0	0	0	-	+	+	++	0
0	0	0	0	++	0	0	0
0	0	+ ²⁾	0	0	0	0	0

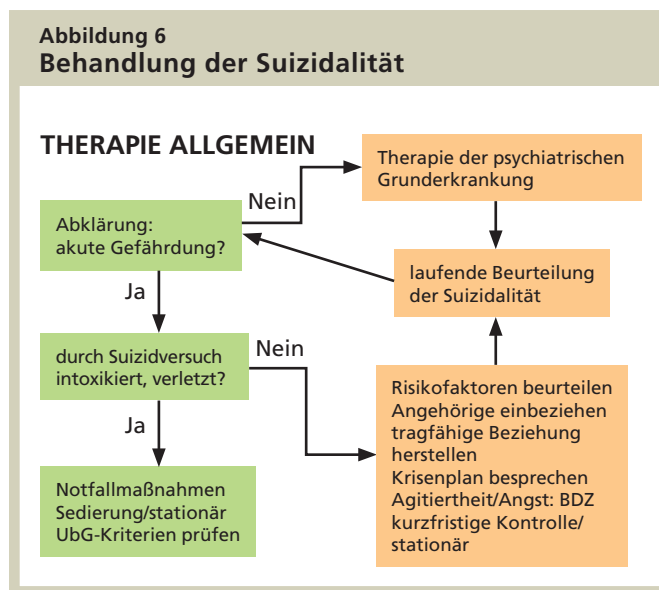
Legende:

- keine Daten verfügbar bzw. keine Indikation
- 0 keine Wirkung
- + geringe Wirkung
- ++ moderate Wirkung
- +++ starke Wirkung

Wenn sich der Kontakt zum Patienten/zu der Patientin nicht oder nur schwer herstellen lässt, sich das Gefühl von emotionaler Nichterreichbarkeit einstellt oder der Eindruck entsteht, jemand sei nicht bereit, ehrlich über sich und seine Gefühle zu sprechen, so stellt das immer ein hohes Alarmsignal dar. Gegenübertragungsgefühle, also jene Gefühle, die aufgrund der Interaktion mit PatientInnen im Arzt oder der Ärztin entstehen, können ein überaus wichtiges diagnostisches und therapeutisches Instrument darstellen.

Nicht ein einzelner Hinweis gibt also Aufschluss über die Bedrohlichkeit der Situation, sondern nur das Zusammenreffen mehrerer Faktoren ermöglicht eine realistische Einschätzung.

Die allgemeinen Grundsätze zur Behandlung der Suizidalität sind in Abbildung 6 dargestellt. Es ist immer ein multimodales Vorgehen erforderlich, in dem die Diagnostik, die psychotherapeutische Führung sowie die medikamentöse Therapie die Eckpfeiler darstellen.



7.2. Medikamentöse Therapie

Medikamentös kommen Antidepressiva, aber auch Benzodiazepine (BDZ), Antipsychotika und Stimmungsstabilisierer zum Einsatz, wobei der Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie eine wesentliche Rolle zugeschrieben wird.

SSRI

Moderne SSRI stellen innerhalb des Therapiespektrums der Depression mit Suizidalität eine wesentliche Gruppe dar. Ihre Wirksamkeit ist gut belegt, die Toxizität sehr gering. Von den Nebenwirkungen sind bei vorliegender Suizidalität Agitation und Schlafstörungen besonders zu beachten, wobei am Therapiebeginn wie bei allen anderen Antidepressiva ein möglicherweise erhöhtes Suizidrisiko auftreten

ten kann, da die antidepressive Wirkung erst mit einer Latenz von zehn bis 14 Tagen eintritt. Die insgesamt drei vorliegenden Metaanalysen finden keinen Zusammenhang zwischen der Anwendung von SSRI bei mittelgradiger bis schwerer Depression und einem erhöhten Suizidrisiko. Bei therapieresistenter Depression kann eine Kombination von SSRI und atypischen Antipsychotika (Daten liegen für Olanzapin, Risperidon und Ziprasidon vor) zum gewünschten Erfolg führen, da diese selbst eine antidepressive Wirkung aufweisen und die Wirkung der SSRI verstärken. In schweren Fällen ist eine Kombination mit Benzodiazepinen zu erwägen.

Ein engmaschiges Monitoring ist vor allem zu Behandlungsbeginn empfehlenswert, und das Suizidrisiko sollte unter Therapie laufend beurteilt werden.

Antidepressiva mit dualer bzw. spezifischer Wirkung

Auch die Wirksamkeit dieser Substanzgruppe ist durch Studien gut belegt, wie auch SSRI weisen sie eine geringe Toxizität auf. Bei Studien an Erwachsenen wurden in Hinblick auf die Suizidalität keine signifikanten Unterschiede zwischen SNRI und Placebo festgestellt. SNRI werden wegen ihrer dualen Wirkung häufig gerade bei Suizidrisikopatienten eingesetzt, was zu einer Verzerrung hinsichtlich der Datenlage führen kann.

Als Substanzen mit sedierender Wirkung sind Mirtazapin (NaSSA) und Trazodon (SARI) zu erwähnen. Als Nebenwirkungen sind Agitation und Schlafstörungen bei folgenden Substanzen (SNRI) zu beachten: Venlafaxin ER, Milnacipran und Duloxetin. Gegebenenfalls ist eine Kombination mit einem Benzodiazepin (BDZ) oder einem sedierenden atypischen Antipsychotikum in Betracht zu ziehen.

Trizyklische Antidepressiva

Als Vorteil ist unter anderem die parenterale Verfügbarkeit zu nennen. Sowohl eine sedierende Wirkung als auch zum Teil Schlafstörungen und Agitation müssen berücksichtigt werden. Wesentlicher Nachteil dieser Substanzgruppe ist die hohe Toxizität sowie die im Vergleich zu SSRI bzw. dual wirksamen Medikamenten hohe Nebenwirkungsrate.

Stimmungsstabilisierer

Lithium ist laut Fachinformation zur Behandlung akuter Episoden manischer und hypomanischer Erkrankungen sowie zur Prophylaxe manisch-depressiver Erkrankungen zugelassen. Unter Lithium-Langzeittherapie wird ein reduziertes Suizidrisiko gefunden. Von den anderen Stimmungsstabilisierern liegen vergleichbare Daten nicht vor.

In der Tabelle im Mittelaufschlag sind die neueren Antidepressiva dargestellt, woraus hervorgeht, dass eine spezielle Indikation „Suizidalität“ für keines der Antidepressiva, aber auch nicht für Medikamente anderer Gruppierungen vorliegt.

Es ist festzuhalten, dass es bei allen Antidepressiva eine gesetzlich vorgeschriebene Warnung bezüglich Suizidalität gibt; alle Hersteller und Fachgremien empfehlen eine engmaschige Observanz der Patienten, speziell zu Behandlungsbeginn. In einzelnen Fällen kann eine zusätzliche Medikation mit Benzodiazepinen zur Sedierung, Angstlösung und zur Förderung des Schlafs bei Bedarf empfohlen werden. Auch sedierende atypische Antipsychotika können in dieser Indikation Anwendung finden.

7.3. Umgang mit Suizidgefährdeten – Krisenintervention

Störungsspezifische und schulenübergreifende psychotherapeutische Ansätze stehen in der psychotherapeutischen Krisenintervention über den methodenspezifischen. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung stellt eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen des Umgangs mit Suizidalität dar. Dazu gehört eine akzeptierende Haltung gegenüber dem suizidalen Menschen und seinem momentanen Erleben. Es ist wichtig, nicht vorschnell trösten zu wollen, Ratschläge zu geben oder Probleme argumentierend zu relativieren. So kann der Betroffene die negativ eingeeengten Kognitionen über sich und seine Lebenssituation und die damit verbundenen quälenden Emotionen mitteilen, es kann eine erste emotionale Entlastung erfolgen und Einengung vermindert werden.

Menschen mit Suizidgedanken oder Suizidabsichten sind zunächst noch ambivalent, was die Entscheidung für oder gegen das Leben betrifft. Gerade im Hinblick auf schwierige Lebenssituationen und auslösende Ereignisse ist es von Bedeutung herauszuarbeiten, dass die Betroffenen vor allem so nicht weiterleben wollen, und damit die Möglichkeit für eine konstruktive Problembewältigung zu eröffnen.

Prinzipien der psychotherapeutischen Krisenintervention

- Aufbau einer tragfähigen Beziehung
- Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal
- Verstehen der Bedeutung und subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals
- Emotionale Entlastung
- Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche
- Hilfestellungen zum Wiederherstellen der wichtigsten Beziehungen
- Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen für die aktuelle Krise
- Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen für künftige Krisen
- Kontaktangebot als Hilfe zur Selbsthilfe, bei Bedarf Einbeziehung wichtiger Angehöriger

Akut suizidgefährdete Patienten sollten nach Möglichkeit von einem Facharzt für Psychiatrie bzw. an einer spezialisierten Einrichtung (psychiatrische Klinik, Kriseninterventionszentrum) betreut werden. Bei Patienten mit Verdacht auf Suizidalität darf sich der behandelnde Arzt (z.B. Allgemeinmediziner) nicht scheuen, danach zu fra-

gen und bei Bedarf eine Überweisung zu einem Facharzt in die Wege zu leiten.

Die wichtigsten Grundlagen für den Umgang mit suizidalen Menschen:

1. Aufbau einer tragfähigen Beziehung
2. Suizidalität soll vom Therapeuten immer angesprochen werden
3. Verbindliche Vereinbarung für die nächste Sitzung bzw. die Zeit bis dahin

Eine verbindliche Terminvereinbarung für die weitere Betreuung sowie eine klare Vereinbarung, wie der Betroffene die Zeit bis zum nächsten Termin überbrückt und z.B. durch die Unterstützung seiner sozialen Umgebung ausreichend für seine Sicherheit gesorgt ist, ist unbedingt zu treffen – gelingt eine solche nicht, so ist dies eine Indikation für eine stationäre Aufnahme an einer psychiatrischen Abteilung und, falls notwendig, eine Unterbringung im geschlossenen Bereich.

Auch nicht-ärztliche Psychotherapeuten, die im Lauf einer Psychotherapie eine akute Suizidalität feststellen, sollen bei ernst zu nehmender Gefährdung und fehlender Unterstützung durch die Umwelt in Kooperation mit psychiatrischen Abteilungen eine stationäre Aufnahme in die Wege leiten. Dies steht nicht im Konflikt mit dem Psychotherapiegesetz und der Verpflichtung zur Verschwiegenheit, da im psychotherapeutischen Prozess formale Inhalte (Therapiemotivation, Frequenz, Therapieziel, Suizidalität) mit anderen in die Behandlung integrierten Personen kommuniziert werden dürfen und im Fall einer Suizidalität auch sollen.

Suizidgefährdete Patienten sollten nur von Psychotherapeuten mit ausreichend klinisch psychiatrischer Erfahrung behandelt werden!

7.4. Psychotherapie

Aus der multifaktoriellen Bedingtheit des Suizids – psychische, soziale, biologische und spirituell-religiöse Aspekte spielen dabei eine Rolle – resultiert die Notwendigkeit kombinierter therapeutischer Ansätze.

Suizidalität ist meist Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Krise, die wie zuvor dargestellt bei 70 bis 90% der Patienten im Rahmen einer seelischen Erkrankung auftritt: Die häufigsten unmittelbaren Auslöser sind zwischenmenschliche Konflikte, Trennungen oder Tod wichtiger Bezugspersonen, Kränkungen, aber auch berufliche Probleme (Mobbing!) sowie schwere psychische Erkrankungen, Vereinsamung, Hoffnungslosigkeit und Selbstwertverlust im höheren Lebensalter spielen eine wichtige Rolle.

Die wichtigsten therapeutischen Maßnahmen bei akuter Suizidalität:

- Krisenintervention
- Pharmakotherapie
- Psychotherapie

Prinzipiell sind alle anerkannten psychotherapeutischen Methoden zur Anwendung geeignet; zwar nicht wissenschaftlich, wohl aber in der Praxis belegt ist die Effektivität folgender Psychotherapien:

- Tiefenpsychologisch orientierte Therapie
- Kognitive-behaviorale Therapie

Je nach Genese der Suizidalität kommt der Psychotherapie ein bestimmter Stellenwert zu. Im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen kann sie sowohl zentraler Bestandteil der Behandlung sein oder auch zusätzlich zum medikamentösen und soziotherapeutischen Behandlungsansatz eine unterstützende und begleitende Funktion haben. Bei Lebenskrisen steht zunächst die Krisenintervention im Vordergrund; bei entsprechender Indikation kann im Anschluss eine Psychotherapie eingeleitet werden. Bei chronischen bzw. malignen Erkrankungen wird die Psychotherapie in die palliativen Maßnahmen integriert.

Es gilt zu bedenken, dass jeder Suizid im Durchschnitt fünf weitere nahe stehende Personen betrifft, die selbst häufig Beratung oder therapeutische Hilfe benötigen. Besonders groß ist die Belastung von Familienangehörigen, Freunden und Kollegen. Nach wie vor besteht das Problem der Tabuisierung als Zeichen der Hilflosigkeit seitens der Angehörigen.

Eine besondere Herausforderung im Umgang mit suizidalen Patienten liegt darin, dass sie sowohl bei Angehörigen als auch bei professionellen Helfern und Therapeuten häufig Gefühle der Inkompetenz, aber auch Schuldgefühle auslösen können. Im stationären Setting ist nach einem Suizid eines betreuten Patienten das Team besonders belastet, hier ist eine entsprechende Supervision indiziert!

8. Review von plazebokontrollierten Daten und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Depressionen sind bei Kindern vor dem 10. Lebensjahr sehr selten, die Prävalenz ist kleiner als 1%. Zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr liegt sie etwa bei 2 bis 6%, ab der Pubertät kommt es jedoch zu



OA Dr. Wolfgang Aichhorn
Abt. für Kinderpsychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Innsbruck



Prim. DD. Christine Butterfield-Meissl
Psychiatrische Abt., Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien



Dr. Kanita Dervic
Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien



Univ.-Prof. DD. Johann Fabisch
Univ.-Klinik für Psychiatrie, Graz



Prim. Dr. Reinhold Fartacek
Univ.-Klinik für Psychiatrie 1, Paracelsus MPU, Salzburg



Univ.-Prof. Dr. Richard Frey
Klin. Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien

einer raschen Zunahme der Prävalenz etwa auf 14%. Die Rezidivraten sind bei Jugendlichen sehr hoch und betragen 12% nach einem Jahr, 54% nach drei Jahren und 69% nach sieben Jahren.

Ein früher Beginn ist häufig mit einer schlechten Prognose assoziiert und führt nicht selten zu einer Chronifizierung des Leidens.

Suizide sind in Österreich bei Kindern unter 14 Jahren sehr selten (0,3/100.000), bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15 bis 24 Jahre) beträgt die Suizidalität insgesamt 12,9/100.000 (20,2 männlich und 5,3 weiblich).

In einer Stellungnahme vom April 2005 verweist die EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) darauf, dass in plazebo-kontrollierten Studien Suizidverhalten und aggressives Verhalten bei Kindern unter Antidepressiva häufiger beobachtet wurde als unter Plazebo. Allerdings liegen keine Studien zu allen einzelnen zur Verfügung stehenden Produkten vor.

Seitens der EMEA wurden nur die Substanzklassen SSRI und SNRI, nicht jedoch die älteren und oft verschriebenen TZA, auf eine mögliche Erhöhung des Suizidrisikos geprüft und ein Klasseneffekt angenommen.

Der Begriff „Suizidalität“, wie er in diesen Studien verwendet wird, setzt sich darüber hinaus zusammen aus Suizidgedanken, Suizidversuch, aber auch aus den Symptomen Selbstverletzung und Aggressivität. Es muss außerdem darauf hingewiesen werden, dass in keiner der SSRI- und SNRI-Studien das Risiko für Suizidalität ein statistisch signifikantes Niveau erreichte, obwohl es in letzter Zeit Zweifel an der Sensitivität der statistischen Methodik gegeben hat.

Aktuelle kontrollierte Studien mit Fluoxetin in der Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen belegen die Wirksamkeit – auch in der Rezidivprophylaxe –, ergeben aber keine Hinweise auf eine erhöhte Suizidalität unter der antidepressiven Behandlung. Untersucht wurden weiters Citalopram, Paroxetin, Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin, Venlafaxin sowie Clomipramin in der Behandlung der Zwangsstörung – auch darunter wurde keine erhöhte Suizidalität festgestellt.

Es gibt derzeit keine Alternative zum Einsatz von SSRI/SNRI in der psychopharmakologischen Behandlung der Depression im Kindes- und Jugendalter.

Die Patienten müssen aber sorgfältig bezüglich des Auftretens von

- Suizidverhalten,
- Suizidgedanken,
- Selbstverletzungen und/oder
- Feindseligkeit (aggressivem Verhalten)

überwacht werden (Zusammenarbeit mit Angehörigen und kurzfristige Visiten), insbesondere am Beginn der Behandlung mit Antidepressiva.

9. Therapie der Depression mit Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

9.1. Medikamentöse Therapie

Es ist eine dringende Forderung, die Depressionsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen zu optimieren.

Gegenwärtig ist in Österreich kein einziges Antidepressivum (!) zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen für die Indikation depressive Störungen zugelassen, nur Off-Label-Behandlungen sind möglich.

Trotz fehlender Zulassung, Warnungen und Vorsichtsmaßnahmen kann auf eine medikamentöse Therapie oft nicht verzichtet werden. Als einziges SSRI ist Sertralin in der Indikation Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen zugelassen.

Insgesamt ist die Datenlage zur Sicherheit und Effektivität von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen noch nicht ausreichend; erste Untersuchungen zeigen jedoch, dass eine Erhöhung der Verschreibungszahlen die Suizidrate reduziert. Seit 1988 sind auch die Suizidraten bei Jugendlichen und jungen Männern (15 bis 24 Jahre) zurückgegangen (einzige Ausnahme: Schottland).

Die Forderung nach einer höheren Sicherheit steht auch im Vordergrund von internationalen Empfehlungen (etwa der FDA), sodass verbindliche Standards für den Einsatz von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen etabliert werden müssen.

Sowohl die Patienten selbst als auch deren Eltern sollten durch den behandelnden Arzt ausführlich über verzögerten Wirkeintritt, mögliche Agitation oder auch Verschlechterung der Symptome aufgeklärt werden. Zudem ist ein engmaschiges Monitoring einzuhalten und eine



Prim. Dr. Ernst-Jörg Friedl
2. Psych. Abt., SMZ Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital, Wien



O. Univ.-Prof. Dr. Max H. Friedrich
Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien



Prim. Dr. Manfred Haushofer
Psychiatr. Abt., Donauespital im SMZ Ost, Wien



Dr. Thomas Kapitany
Kriseninterventionszentrum, Wien



Univ.-Prof. Dr. Andreas Karwautz
Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien



Dr. Jochen Kindler
Klin. Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien

Kombination mit psychologischen/psychotherapeutischen Interventionen anzubieten.

Die medikamentöse Therapie bei Kindern und Jugendlichen erfordert eine strenge Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses und eine engmaschige Betreuung. Zur psychopharmakologischen Behandlung der Depression im Kindes- und Jugendalter bieten sich SSRI und SNRI an, Alternativen aus anderen Substanzklassen sind aufgrund der Toxizität eher abzulehnen.

Empfehlungen zur Therapie der Depression mit Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen (nach entsprechender Nutzen-Risiko-Abwägung)

- Fluoxetin nur nach strengster Indikation
- Keine Evidenz für trizyklische Antidepressiva oder Johanniskraut
- Engmaschiges Monitoring
- Möglichst in stationärem Setting
- Kombination mit psychologischen Interventionen
- Einschluss von suizidalen Patienten in randomisierte, kontrollierte Studien
- Spezielle Studien für suizidale Kinder und Jugendliche

9.2. Psychotherapie der Depression mit Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

Psychotherapie der Kinder und Jugendlichen mit Depression mit Suizidalität umfasst, neben der Berücksichtigung einer möglichen Komorbidität (Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, sexueller und physischer Missbrauch), auch eine umfangreiche psychosoziale Intervention.

Im Zentrum stehen Interventionen, die eine emotionale Entlastung herbeiführen und Hoffnungslosigkeit und Einengung behandeln. Ferner ist eine Miteinbeziehung der Eltern sowie deren Aufklärung über Präzipitanten der Suizidalität im Kindes- und Jugendalter notwendig.

Großes Augenmerk sollte auf die Prävention gelegt werden, und mögliche Suizidmittel wie zum Beispiel Gifte oder Waffen sollten aus dem Umfeld des gefährdeten Kindes bzw. Jugendlichen entfernt werden.

Warnzeichen für ein Suizidrisiko bei Kindern und Jugendlichen (nach Kerns 1997)

- Verhaltensänderungen (ein geselliges Kind zieht sich zurück)
- Vernachlässigung des eigenen Aussehens
- Sozialer Rückzug, Isolation
- Verschenken von persönlichen Wertgegenständen
- Starke Beschäftigung mit dem Thema Tod
- Offene oder verhüllte Suizidabsichten
- Vorgegangene Suizidversuche
- Gedankliche Auseinandersetzung mit Suizidmethoden
- Übermäßiger Konsum von Alkohol und Drogen
- Schulversagen
- Plötzlich gehobene Stimmung
- Häufige Unfälle
- Davonlaufen, Ausreißen

Grundlegende Unterschiede gibt es in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern vor und nach dem zwölften Lebensjahr:

Kinder unter 12 Jahren

Im Vordergrund steht die kognitive Unreife und Impulsivität. Suizidgedanken gehen mit Wahrnehmungen von Ausweglosigkeit und Schuldgefühlen einher, die Kinder präsentieren sich aggressiv und leicht irritierbar. Den größten Risikofaktor bilden familiäre und schulische Konflikte, etwa disziplinäre Probleme in der Schule oder Auseinandersetzungen innerhalb der Peergroup. Mobbing in der Schule muss ernst genommen werden!

Eine Hospitalisation ist bei Suizidalität unumgänglich, wenn das Kind aus der konflikthafter Situation herausgenommen werden muss. Die Therapie ist durch einfache kognitive Interventionen getragen, Familientherapie, Spieltherapie und Maltherapie bieten sich an.

Jugendliche über 12 Jahren

Am meisten untersucht bei suizidalen Jugendlichen und Adoleszenten sind die kognitive Verhaltenstherapie (CBT-A) sowie die dialektische Verhaltenstherapie (DBT-A): sie sind wirksam und können Suizidgedanken reduzieren. Wichtig: Follow-up! Es handelt sich um eine Patientengruppe mit sehr geringer Kooperationsfähigkeit.

Die Behandlung von suizidalen Kindern und Jugendlichen sollte in aller Regel an spezialisierten Zentren mit ausreichender klinischer Erfahrung erfolgen!



Dr. Claudia Klier
Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien



Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek
API, SKH für Alk., Medik.- und Drogenabhängige, Wien Kalksburg



Dr. Lukas Pezawas
Klin. Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien



Univ.-Prof. Dr. Bernd Saletu
Schlaflabor, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien

10. Suizidalität bei Schizophrenie

Suizid ist mit 9 bis 13% die Haupttodesursache bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen; etwa 50% der Betroffenen mit schizophrenen oder schizoaffektiven Störungen unternehmen im Krankheitsverlauf einen Suizidversuch. Zu beachten gilt es auch, dass Suizide im stationären Bereich, die allerdings im Vergleich zur Suizidrate im außerstationären Krankheitsverlauf relativ selten sind, in 40 bis 60% von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen verübt werden.

Schizophrene Suizidenten sind im Vergleich zu nicht schizophrenen Suizidenten häufiger jung, männlich, intelligent, unverheiratet, in einem frühen Erkrankungsstadium und stellen hohe Zukunftserwartungen an sich selbst. Patienten mit diesen Charakteristika stellen eine absolute Hochrisikogruppe dar!

Als weitere Risikofaktoren gelten bei schizophrenen Patienten Hoffnungslosigkeit, depressiver Affekt, Leidensdruck aus dem Wissen um die Folgen der Erkrankung sowie komorbider Substanzabusus. Auch eine länger als ein Jahr unbehandelte Psychose erhöht das Risiko signifikant. In der Literatur werden darüber hinaus Negativsymptomatik, Argwohn, soziale Beeinträchtigung, aber auch eine ablehnende Haltung gegenüber der Therapie als spezifische Risikofaktoren beschrieben.

Behandlung

Bislang ist Clozapin als einziges Antipsychotikum in den USA auch für die Behandlung der Suizidalität im Rahmen schizophrenen Erkrankungen zugelassen (Cave: zahlreiche interferierende Nebenwirkungen möglich!). Sollten entsprechende Daten vorliegen, könnten auch andere atypische Antipsychotika zum Einsatz kommen.

Die Nebenwirkungen von älteren Neuroleptika könnten jedoch wiederum – in Verbindung mit Akathisie – zu einer Erhöhung des Suizidrisikos beitragen!

Suizidprävention bei schizophrenen Erkrankungen

- Psychopharmakotherapie
 - Atypische Antipsychotika: seltener pharmakogene Depressionen
 - Verbesserung depressiver Symptomatik
 - Suizidpräventive Wirkung von Clozapin
- Psychotherapeutische Langzeitbegleitung
- Psychoedukation
- Psychosoziale Interventionen

II. Suizidalität bei bipolarer Störung

Mehr als 60% der Patienten mit bipolaren Störungen zeigen mindestens einmal im Verlauf der Erkrankung ein Suizidverhalten. Jährlich suizidieren sich 0,4% der Patienten, wobei Suizidversuche häufig zu Beginn der Erkrankung bzw. assoziiert mit gemischten Episoden unternommen werden.

Als spezifische Risikofaktoren gelten früheres Suizidverhalten sowie Suizide und Suizidversuche bei Verwandten ersten Grades; ebenso Komorbidität mit Angststörungen, Substanzmissbrauch oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Im klinischen Interview sollte auf aggressives, gereiztes und agitiertes Verhalten geachtet werden. Große Hoffnungslosigkeit oder Schuldgefühle könnten ebenso auf Suizidgedanken hindeuten. Auch die soziale Situation ist mit einzubeziehen, und nach adäquaten Unterstützungsfaktoren ist zu fragen.

Therapie

Die Wirksamkeit von Antidepressiva (in Verbindung mit Stimmungsstabilisierern) ist bei bipolaren Depressionen jener bei unipolaren Depressionen vergleichbar. SSRI und SNRI gelten als Therapie erster Wahl und sollten in Kombination mit einem Stimmungsstabilisierer vor allem bei Bipolar II möglichst früh zum Einsatz kommen. Für Quetiapin liegen auch Erfolg versprechende Daten bei der bipolaren Depression mit signifikanter Verringerung der Suizidgedanken vor.

Daten zur antisuizidalen Wirkung gibt es für Lithium, das trotz der geringen therapeutischen Breite eine präventive Wirkung ausübt. Bei Non-Respondern zeigt die Elektrokrampftherapie eine gute Wirkung.

Eine strukturierte Begleitung der Patienten ist erforderlich. Komorbide Persönlichkeitsstörungen erfordern zudem eine länger dauernde Psychotherapie.

12. Suizidalität bei Substanzmissbrauch (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit)

Patienten mit Substanzabhängigkeit weisen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko auf, besonders häufig sind bei diesen Patienten Suizidversuche, die dem Suizid vorausgehen.



Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald Schubert
Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall



Dr. Claudius Stein
Kriseninterventionszentrum, Wien



Prim. Dr. Anton Tölk
Institut für Psychotherapie, LNK Wagner-Jauregg, Linz



Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata
Klin. Abt. für Sozialpsychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien



Prim. Dr. Elmar Windhager
Abt. für Psych., Psychiatrische Klinik Wels

Suizid und Sucht

Es bestehen enge Zusammenhänge zwischen Suizidalität und Suchterkrankungen. Auch wenn die Datenlage zum einen heute als keineswegs umfassend anzusehen ist und sich zum anderen hinsichtlich der einzelnen Zahlenangaben höchst inhomogen darstellt, so weisen doch alle diesbezüglichen Studien darauf hin, dass Suizidversuche und Suizide bei Suchtkranken, und hier besonders bei Alkoholkranken, deutlich häufiger zu verzeichnen sind als in vergleichbaren Bevölkerungsgruppen.

In Österreich stehen rund 955 Alkoholkranken, die pro Jahr an einem Suizid sterben, im Durchschnitt elf Suizide bei Drogenkranken gegenüber. In der Literatur wird eine um das Sechs- bis 13fache erhöhte Wahrscheinlichkeit von Suiziden bei Alkoholkranken im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung beschrieben. Auf Intensivstationen konnte bei Suizidversuchen sogar bei 68% eine Substanzabhängigkeit nachgewiesen werden. Für Österreich wurden Zahlen berechnet, die aufzeigen, dass der Anteil der Substanzabhängigen (vorwiegend Alkohol) über ein Drittel beträgt.

All diese Ergebnisse zusammenfassend, ist daher davon auszugehen, dass ein bis zwei Drittel aller Suizidversuche auf Substanzabhängigkeit, und hier insbesondere auf Alkoholkrankheit, zurückzuführen ist. Die doch erheblichen Unterschiede in den einzelnen Studien sind nicht zuletzt auf erhebliche methodische Probleme bei epidemiologischen Studien zum Vorkommen von Suizidalität bei Suchtkranken zurückzuführen.

So stellt sich zum Beispiel in Österreich – neben anderen allgemeinen methodischen Schwierigkeiten in den Bereichen Kohortenselektion, Datenerhebung, Kontrollgruppenwahl, statistische Auswertungsmethoden etc. – das Hauptproblem, dass in den offiziellen Todesbescheinigungen nur eine einzelne Todesursache aufgezeichnet wird und daher entsprechende Studien zur Komorbidität bzw. Ursachenforschung von Suiziden äußerst erschwert bis unmöglich gemacht werden und man daher in vielen Fällen auf Schätzungen angewiesen ist.

Auch hinsichtlich der Erklärungen, warum gerade bei Suchtkranken Suizidversuche bzw. Suizide so häufig auftreten, herrscht noch große Unsicherheit und Uneinigkeit.

Rezente psychopathologische Analysen zeigten aber, dass vor allem die hohe Koinzidenz von Depressionen, Angst-erkrankungen und Alkoholkrankheit einerseits sowie die unmittelbar depressionogene Wirkung des Alkohols in höheren Dosen andererseits für das häufige und oft auch unvorhergesehene, manchmal sogar auch unvorherseh- bare Auftreten von Suizidhandlungen verantwortlich zeichnen.

13. Chronische Suizidalität

Suizidale Handlungen und Vorstellungen können ein einmaliges und zeitlich begrenztes Phänomen, z.B. im Rahmen einer akuten Krise, sein. Eine nicht unbeträchtli- che Anzahl suizidgefährdeter Menschen (ca. 20%) erlebt immer wieder Episoden, in denen Suizidgedanken auftre- ten oder suizidale Handlungen ausgeführt werden. Oft ist zunächst kein aktueller Anlass für die Suizidalität auszu- machen, es dominieren Gefühle von Leere, Aussichts- und Hoffnungslosigkeit.

Diesen Menschen mit chronischer Suizidalität kann nur durch eine Langzeitbehandlung geholfen werden. Die

Strategie wird sich dabei primär an der zugrunde lie- genden Störung orientieren (Depression, schizophrene Erkrankung, Substanzmittelmissbrauch, Borderline-Pe- rsonlichkeitsstörungen etc.). Psychiatrische und speziell medikamentöse Therapie und Psychotherapie schließen einander keinesfalls aus. Zahlreiche Studien belegen, dass die Kombination beider den chancenreichsten Weg zur erfolgreichen Behandlung darstellt, wobei auch eine Tren- nung beider Behandlungsschienen sinnvoll sein kann.

Wesentlich ist, dass ein eindeutig definiertes Behand- lungssetting erarbeitet wird. Es sollte geklärt werden, wie oft und unter welchen Bedingungen die psychotherapeu- tischen Sitzungen stattfinden und wer für die medika- mentöse Behandlung (Psychiater) und die Hilfe in akuten Situationen zwischen den Psychotherapiesitzungen (psy- chiatrisches Krankenhaus, Notdienste etc.) zuständig und erreichbar ist. Eine Zuständigkeit des Psychotherapeuten für all diese Bereiche ist in der Regel nicht sinnvoll. Ferner sollte dem Patienten aber klar sein, dass er innerhalb der Psychotherapie über alle Aspekte seiner Suizidneigung reden kann und soll. ■

Literatur bei den Verfassern.

Impressum:

Verleger: Medizin Medien Austria GmbH DVR Nr.: 1042475 **Verlags- und Redaktionsadresse:** Wiedner Hauptstraße 120-124, 1050 Wien, Tel.: 01/546 00-0, Fax: DW 730, E-Mail: medizin@medizin-medien.at **Geschäftsführung:** Thomas Zembacher DW 110 **Für den Inhalt verantwortlich:** OA Dr. Wolfgang Aichhorn, Prim. DDr. Christine Butterfield-Meissl, Dr. Kanita Dervic, Univ.-Prof. DDr. Johann Fabisch, Prim. Dr. Reinhold Fartacek, Univ.-Prof. Dr. Richard Frey, Prim. Dr. Ernst-Jörg Friedl, O. Univ.-Prof. Dr. Max Hermann Friedrich, Prim. Dr. Manfred Haushofer, Dr. Thomas Kapitany, Univ.-Prof. Dr. Andreas Karwautz, Dr. Jochen Kindler, Dr. Claudia Klier, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, Dr. Lukas Pezawas, Univ.-Prof. Dr. Bernd Saletu, Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald Schubert, Dr. Claudius Stein, Prim. Dr. Anton Tölk, Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata, Prim. Dr. Elmar Windhager **Vorsitz:** O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper, O. Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer, Dir. Dr. Marion Kalousek **Titelbild:** Artville/Lisa Zadora **Lektorat:** Karl Heinz Javorsky **Art Direction:** Karl J. Kuba **Layout und DTP:** Johannes Spandl **Litho:** Bernhard Computertext **Druck:** Friedrich VDV, 4020 Linz **Auflage:** 21.000 Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung von Medizin Medien Austria GmbH.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.

Mit freundlicher Unterstützung der Firmen: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Germania, Janssen-Cilag, Lundbeck, Pfizer, Servier und Wyeth.

Mit freundlicher Unterstützung von:



Antworten, auf die es ankommt.

