

Asmus Finzen

Warum nehmen psychisch Kranke sich das Leben?

Lebensgeschichten psychisch kranker Menschen sind auch Leidensgeschichten. Sie vermindern den Lebensmut und die Kraft, mit dem Leiden zu leben. Häufig wird der Wunsch, dem Leben ein Ende zu setzen, zum wiederkehrenden Begleiter. Die Ängste von Angehörigen und Freunden sind leider allzu berechtigt. 5-15 Prozent der Kranken mit schizophrenen und affektiven Psychosen nehmen sich das Leben. Solche ungenauen Daten reflektieren fehlendes Wissen. Oder sie sagen uns, dass das Suizidrisiko beeinflussbar ist – durch günstige Lebensbedingungen oder durch Therapie. Das ist unsere Hoffnung. Aber wenn wir helfen wollen, müssen wir uns zunächst einmal fragen, warum psychisch kranke Menschen sich das Leben nehmen.

Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit

Psychisch Kranke suizidieren sich aus den gleichen Gründen wie andere Menschen: aus Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Sie nehmen sich das Leben, weil sie keinen anderen Ausweg wissen. Der Suizid psychiatrischer Patienten ist, um es drastisch zu formulieren, nicht Ausgeburt ihres Wahns, sondern Reaktion auf eine Lebenssituation, die sie als unerträglich erleben. Gewiss wird dieses Erleben von der Krankheit mitgeprägt. Aber nur ausnahmsweise wird die Krankheitssymptomatik selbst zum unmittelbaren Auslöser des Suizides.

Mich hat vor langer Zeit ein Bericht von J. Gestrich. und J. Stief (1981) tief beeindruckt. Die beiden wollten damals den Studienerfolg schizophreniekranker Studenten nachuntersuchen, die in den Jahren zuvor in der Tübinger Nervenlinik behandelt worden waren. Dabei mussten sie feststellen, dass jeder fünfte von ihnen sich das Leben genommen hatte. Sie schrieben damals:

„Grundlage der Suizidalität war häufig das Gefühl, so nicht mehr weiterleben zu können und zu wollen, und die fehlende Hoffnung, selbst oder mit fremder Hilfe an der Situation etwas ändern zu können. Als unerträglich wurden dabei vor allem zwei Umstände erlebt: Isolation und unbefriedigende Partnerbeziehungen zum einen; Erfolglosigkeit im Studium zum anderen. Die Gesunden zur Verfügung stehende Möglichkeit, Misserfolge auf einem dieser beiden Gebiete durch Erfolge auf dem anderen auszugleichen, fehlt den Schizophrenen häufig. Hält der Zustand des fehlenden Erfolgserlebens in der Bewältigung dieser beiden altersspezifischen Aufgaben an, ... kann es zur Krise kommen.

Suizidale Impulse treten darum gerne dann auf, wenn nach längerer stationärer oder teilstationärer Behandlung eine Verlegung in eine andere Institution, zum Beispiel eine Rehabilitationseinrichtung, ins Auge gefasst wird. Patienten mit schlechtem Realitätsbezug und latenten oder manifesten Größenideen erleben die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit schwerer und sind deswegen gefährdeter. Liegen noch psychotische Symptome vor, oder besteht ein Residualzustand, können zu großer sozialtherapeutischer Aktivismus, aber auch ein intensives psychotherapeutisches Engagement zur Angst führen, den Anforderungen nicht gerecht zu werden, und zu Schuldgefühlen, trotz aller Bemühungen des Therapeuten nicht gesund zu werden, und Suizidimpulse heraufbeschwören. Überhöhte Anforderungen der Angehörigen hinsichtlich Kommunikation und Leistung können das gleiche Ergebnis haben.

Die meisten unserer Suizide scheinen eine Reaktion auf das bewusste Erleben der Krankheit und ihrer Folgen im zwischenmenschlichen Bereich und auf dem Leistungsgebiet zu sein... Bei unseren Patienten trat der Suizid meist nach Abklingen der produktiven Symptome auf. Gleichwohl gab es auch bei uns Suizide, die auf paranoide Erlebnisse zurückzuführen waren... Im allgemeinen scheinen uns aber weniger die direkten Krankheitssymptome zum Suizid zu führen, als die wahrgenommenen und als nicht kompensierbaren erlebten Folgen der Krankheit.«

Dass die Arbeit von Gestrich und Stief mich so beeindruckt und erschüttert hat, hängt sicher auch damit zusammen, dass sie Patientinnen und Patienten nachuntersucht haben, die ich mit wenigen Ausnahmen in meinem Tübinger Jahren

zwischen 1969 und 1974 in Klinik und Tagesklinik kennen gelernt und behandelt hatte.

Diese Befunde wurden in den achtziger Jahren von mehreren amerikanischen Gruppen bestätigt (z.B. Cotton 1985, Drake 1984,1985). Auch meine eigenen Erfahrungen weisen wie die Ergebnisse unserer Wunstorfer und Basler Untersuchungen in diese Richtung. Das gilt insbesondere für die biographische Analyse von 40 unserer Patientinnen und Patienten, die sich in der Klinik das Leben genommen hatten (2001; leider unveröffentlicht).

Krankheitsbedingte Suizidmotive

Es gibt natürlich auch Suizidmotive, die dem krankhaft beendeten Denken und Fühlen entspringen. Es gibt etwa so genannte imperative Stimmen, die den Kranken zu den Suizid befahlen. Es gibt den depressiven Schuld- oder Versündigungswahn. Es gibt den Kontrollverlust gegenüber Suizidgedanken nach Intoxikationen und anderen psychoorganischen Syndromen. Schließlich gibt es klinische Bilder, die zur Selbsttötung führen können, ohne dass ein Suizid beabsichtigt ist: Kranke, die wähen, fliegen oder den Straßenverkehr aufhalten zu können. Solche Risikokonstellationen, die sich unmittelbar aus der Krankheit ableiten, sind jedoch selten. Bei manchen von ihnen ist es auch zweifelhaft, dass man sie als Suizid interpretieren darf.

Besonderheiten der Suizidgefährdung psychisch Kranker

Obwohl die Gründe psychisch Kranker, sich das Leben zu nehmen, sich nicht von denen anderer Menschen unterscheiden, bedürfen einige Besonderheiten der Beachtung: Die Anlässe für das Erleben von Verzweiflung, Hoffnungs- und Ausweglosigkeit von psychisch Kranken sind für Außenstehende manchmal nicht ohne weiteres nachvollziehbar. So erleben Depressive ihre Situation nicht ganz selten auch aus scheinbar nichtigem Anlass als ausweglos. Selbst geringfügige

Frustrationen erscheinen ihnen unerträglich, „Bagatellprobleme“ unlösbar. Das ganze Leben wird zur Last.

Bei schizophrenen Kranken kommt es vor, dass die Lebenskraft sich im Verlauf ihrer Krankheit aufzehrt. Rückfälle und Rückschläge, Verschlimmerungen, krisenhafte Zuspitzungen und wiederholte Aufnahmen ins Krankenhaus verengen die Lebensperspektive. Der Verlust von Freunden, die zunehmende Ungeduld von Eltern oder Partnern sind deprimierende Erfahrungen, die bei untergründiger Depressivität und krankheitsbedingter Verminderung der Vitalität umso einschneidender wirken.

Gerade Kranke, die mit ihrem Leiden ringen, die nicht aufgeben wollen, erleben immer wieder bittere Enttäuschungen. Das gilt insbesondere für junge Menschen, die während der Ausbildung oder des Studiums erkranken. Dass sie Therapeuten finden, die an hochgesteckten Behandlungszielen, verhindert günstigenfalls ihren sozialen und persönlichen Abstieg. Ungünstigenfalls programmiert es ein Scheitern durch Überforderung vor, das leicht in Hoffnungs- und Ausweglosigkeit mündet.

Das Leben mit der schizophrenen Psychose bedeutet für viele Betroffene eine unablässige Anstrengung bei der Bewältigung von Situationen, die Gesunde gar nicht als Belastung wahrnehmen. Daraus erklärt sich, dass es bei schizophrenen Kranken manchmal zu suizidalen Krisen kommt, wenn Therapeuten und Außenstehende eine Besserung beobachten. Auch in Phasen der Remission leben die Betroffenen nicht ohne Anstrengung. Scheinbar nichtige Versagenserlebnisse können das nur mühsam aufrecht erhaltene emotionale Gleichgewicht zum Einsturz bringen.

Aus allen diesen Gründen ist das präsuizidale Syndrom, wie *Erwin Ringel* es formuliert hat, bei psychisch Kranken nicht oder nicht deutlich zu erkennen. Gewiss findet auch bei ihnen eine zunehmende Einengung der Lebensperspektive, der Psychodynamik, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Wertewelt statt. Gewiss kommt es auch bei ihnen zum Aggressionsstau mit Wendung gegen die eigene Person. Gewiss haben auch sie Selbsttötungsfantasien, die sich konkretisieren, und die sie schließlich nicht mehr beherrschen können. Aber vieles

spricht dafür, dass es bei ihnen zu einer viel rascheren krisenhaften Zuspitzung kommt als bei anderen Suizidgefährdeten.

Damit werden die Schritte der Entwicklung zum Suizid kaum mehr abgrenzbar. Die Zeiträume für die Erkennung der Krise und die Möglichkeit einer Intervention verkürzen sich drastisch. Vieles spricht dafür, dass die suizidale Krise bei schwer depressiven unter schizophrenen Kranken von der Aktualisierung der latenten Suizidalität bis zur Vollendung der Suizidhandlung manchmal nur Minuten dauert (wie etwa bei Robert Enke). Dadurch werden die Möglichkeiten des Eingreifens dramatisch eingeschränkt. Die Suizidprophylaxe muss deshalb früher einsetzen - bei der Behandlung der Grundkrankheit oder bei dem Versuch, der Entwicklung solcher Krisen im persönlichen Umfeld vorzubeugen.

Suizidgefährdung zu Hause

Die Gefährdung ist zu Hause nicht geringer als in der Klinik. Da ist einerseits die Hoffnung, nun werde alles gut. Diese Hoffnung ist aber fast immer von der Angst vor einem Rückschlag begleitet. Der Kranke muss fürchten, die Erwartungen an ihnen könnten zu hoch sein - oft sind sie es auch.

Zugleich verliert der Patient den schützenden Hintergrund der Klinik, in der Versagen nicht nur erlaubt ist, sondern gleichsam die Rechtfertigung für die weitere Behandlung darstellt. Die Absicherung durch die Geborgenheit der Station und ihres entlastenden Milieus findet ein abruptes Ende. Ebenso übergangslos verdünnen sich die stützenden Kontakte zu den Therapeuten. Auch das Kommunikationsnetz zu den Mitpatienten reißt.

Die durch den Klinikaufenthalt suspendierten oder stark verdünnten Beziehungen zu Lebenspartnern, Eltern, anderen Angehörigen und Freunden müssen wieder aufgenommen werden. Rollenerwartungen und Aufgaben in Familie und Beruf harren der Erfüllung. Enttäuschungs- und Vereinsamungserlebnisse können nicht ausbleiben. So wird der psychiatrische Patient mit einer Vielfalt von Belastungen und Frustrationsmöglichkeiten konfrontiert, die ihn in seinem Zustand fortbestehender

psychischer und sozialer Verwundbarkeit in Gefahr bringen können. Das gilt vor allem, wenn eine ambulante Betreuung nicht organisiert ist, oder wenn sie mit zusätzlichen Erwartungsängsten verbunden ist.

Das größte Suizidrisiko besteht in den ersten vier Wochen nach der Klinikentlassung. In unserer Basler Nachuntersuchung nahmen sich in diesem Zeitraum fast doppelt so viele Patienten das Leben, wie während des gesamten stationären Aufenthaltes. Innerhalb von sechs Monaten waren es mehr als dreimal so viele.

Was können wir tun?

Wichtig ist folgendes: Suizidalität ist eine Möglichkeit des Menschen. Sie ist keine Krankheit; zugleich ist sie ein Begleitsymptom vieler psychischer Störungen. Auf jeden Fall ist sie ein Zeichen innerer Not. Entsprechend respektvoll haben wir mit Menschen umzugehen, die uns Suizidgefährdung signalisieren. Wir dürfen dann nachfragen, vorsichtig wohlgermerkt; und wir sollten dann genau zuhören. Das ist zunächst einmal das wichtigste. Und dann sollten wir alles das beachten, was sich aus meinen bisherigen Überlegungen ableiten lässt. Wenn Suizidalität besteht, sind keine Ermahnungen oder Forderungen angesagt, sondern Entlasten, Unterstützen, Trösten, gegebenenfalls auch Führen.

In der Begegnung mit jedem Menschen, der eine Psychose durchgemacht hat, sollten wir uns der fortbestehenden erhöhten Verletzlichkeit und der begrenzten psychosozialen Belastbarkeit bewusst sein und danach handeln. Das ist unsere Aufgabe als Angehörige oder als Freunde. Das ist aber auch die wichtigste Aufgabe der Fachleute. Wenn wir nicht weiter wissen, sollten wir - außer in Notfällen - im Einvernehmen mit dem Kranken professionelle Hilfe suchen. Zugleich müssen wir uns bewusst sein, dass wir nicht jeden Suizid verhindern können, auch nicht mit Zwang oder gar Gewalt (z.B. Bleuler 1911). Besteht akute Suizidgefährdung, sind zwei Dinge erforderlich: die sofortige Krisenintervention und die adäquate Behandlung der Grundkrankheit.

Die Behandlung der Grundkrankheit

Der angemessene Umgang mit dem suizidgefährdeten Kranken ist das eine. Genauso wichtig aber ist die Behandlung der Grundkrankheit. Dazu gehört auch die Therapie mit Antidepressiva und Neuroleptika. Wenn die Grundkrankheit unter Kontrolle ist, vermindert das die Suizidgefährdung. Die emotionalen, die Entscheidungs- und die Handlungsspielräume der Kranken erweitern sich. Das bedeutet aber nicht, dass Entwarnung gegeben werden kann. Gerade bei Psychosekranken schließt sich eine Phase erhöhter Verletzlichkeit bei gleichzeitig erhöhter depressiver Verstimmbarkeit an. In dieser Zeit werden die Kranken sich oft erst bewusst, wie krank sie gewesen sind und was für Auswirkungen diese Krankheit auf ihr künftiges Leben haben kann.

Sie müssen sich unausweichlich damit auseinandersetzen, obwohl sie oft noch nicht die Kraft dazu haben. Sie geraten in eine Risikosituation, die, wenn sie sich in stationärer Behandlung befinden, nicht selten noch dadurch verschärft wird, dass jetzt die Zeit für die Entlassung gekommen ist. Angesichts der hohen Suizidrate in den ersten vier Wochen nach der Klinikentlassung bedeutet das, dass alles getan werden muss, dass die Kranken nicht in ein tiefes Loch fallen. Mit anderen Worten: Sie müssen wissen, an wen sie sich wann und wo wenden können - noch besser, sie sollten bereits vor der Entlassung Kontakt mit ihren nachbehandelnden Therapeuten aufnehmen. Das ist aber nicht alles: sie müssen bei aller Freude darüber, dass sie nachhause kommen, durch Gespräche mit ihrem Therapeuten auf die belastende Situation nach der Entlassung vorbereitet werden. Aber auch das ist nicht genug: die Angehörigen oder die Freunde, mit denen sie zusammenleben werden, müssen in solche Gespräche mit einbezogen werden.

Eine Klarstellung zum Schluss

Im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte sind alle möglichen Faktoren angeschuldigt worden, für eine angeblich erhöhte Suizidrate psychisch Kranker verantwortlich zu sein. Das reicht von der „offeneren, freiheitlicheren, menschlicheren“ Behandlung im

Rahmen des Wandels von der Verwahrspsychiatrie zur therapeutischen und rehabilitativen Psychiatrie in den siebziger Jahren bis zu den Neuroleptika. Gewiss, es gibt einzelne Kasuistiken von Suiziden, die mutmaßlich mit einer falschen Medikamentenbehandlung im Zusammenhang stehen - Fälle von quälender Akathisie und Depressivität im Rahmen einer Überdosierung. Aber es gibt keine handfesten epidemiologischen Belege. Diese dürften auch schwer zu erbringen sein, da die meisten Suizide sich im ambulanten Raum ereignen und auch heute noch äusserst lückenhaft erfasst werden. Vor 50 Jahren war das ein weißer Fleck auf der Karte Suizidforschung; heute isst es allenfalls ein Flickenteppich. Es spricht vielmehr alles dafür, dass wir es mit einem Scheinphänomen zu tun haben: heute werden gewiss zehnmal so viele psychisch Kranke stationär und 20 mal so viele ambulant behandelt als vor 50 Jahren - mit der Konsequenz, dass sich vermehrt Suizide trotz psychiatrischer Hilfe ereignen, die früher in der Anonymität der so genannten Gemeinschaft der Gesunden untergingen. Eine Zunahme der Krankensuizide wäre angesichts der Halbierung der Suizidhäufigkeit in Deutschland während der vergangenen 30 Jahre auch wenig plausibel - zumal die internationale Forschung davon ausgeht, dass 70-80 % derjenigen, die sich das Leben nehmen, an psychischen Störungen leiden.

Auf der anderen Seite gibt es gut begründete epidemiologische Studien, die belegen, dass eine angemessene konsequente Neuroleptika-Behandlung die Suizidrate bei Psychosekranken senkt, insbesondere wenn zugleich eine ebenso konsequente ambulante Nachsorge erfolgt - beispielsweise für Clozapin - über knapp 100.000 Patienten mit etwa 270.000 Behandlungsjahren in den 90er Jahren in den USA und über knapp 50.000 Patientinnen und Patientinnen mit mehr als 300 000 Behandlungsjahren 2009 in Finnland. Gewiss, alle epidemiologischen Studien haben Mängel. Aber selbst wenn diese gravierend sein sollten, ändern sie nichts daran, dass die Behandlung suizidaler Kranker sich nicht an der Statistik zu orientieren hat, sondern an den individuellen Bedürfnissen des hilfebedürftigen Menschen. Er braucht Zuwendung, Empathie, Verständnis. Er braucht Mitmenschen, denen er sich in seiner Not vertrauensvoll öffnen kann, ohne gleich Massnahmen fürchten zu müssen. Und er braucht einen Therapeuten, der sich mit ihm darüber berät, was zu tun ist. Das kann schlicht Abwarten sein, psychosoziale Entlastung, eine psychotherapeutische Intervention; es kann aber auch eine Behandlung mit

Medikamenten sein, je nach Ausgangssituation beruhigend und entspannend, antidepressiv oder antipsychotisch. Am wichtigsten aber bleiben Menschen die sich kümmern, ohne dabei übergriffig zu werden.