

Press release**Medizinische Universität Innsbruck****David Bullock**

09/07/2022

<http://idw-online.de/en/news800782>Miscellaneous scientific news/publications
Medicine, Psychology, Social studies
transregional, nationalMEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK**ExpertInneninterview zum Welttag der Suizidprävention: „Kontakt und Kommunikation sind zentral in der Suizidprävention“**

Jedes Jahr am 10. September soll im Rahmen des Welttags der Suizidprävention durch verschiedene Aktivitäten an die Opfer suizidaler Handlungen und deren Angehöriger erinnert werden. Eberhard A. Deisenhammer von der Univ.-Klinik für Psychiatrie II der Medizinischen Universität Innsbruck forscht seit vielen Jahren zu Suizidalität. Im Interview zeigt er Wege auf, wie Suizide verhindert werden könnten und wie man am besten darüber spricht.

Gibt es Zahlen zur Häufigkeit von Selbsttötungen und Suizidversuchen?

Eberhard A. Deisenhammer: Wir schätzen, dass ungefähr 20mal mehr Suizidversuche passieren, als tatsächlich vollzogene Suizide. Zu den Suiziden gibt es relativ valide Daten in Österreich, auch wenn es Todesfälle gibt, bei denen die Ursache nicht völlig geklärt werden kann. Weltweit gibt es bei den Suizidraten sehr große Unterschiede von 0,2 bis zu 30 pro 100.000 EinwohnerInnen pro Jahr in einem Land. Das liegt mitunter auch an der unterschiedlichen Suizid-Definition. Generell liegt Österreich eher im oberen Bereich. In den vergangenen 30 Jahren ist die Rate allerdings von 28,3 im Jahr 1986 auf 11,8 2021 massiv zurückgegangen.

Wie erklären Sie sich diese positive Entwicklung?

Deisenhammer: Es ist mit Sicherheit ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren wie verbesserte Strategien zur Depressionsbehandlung, eine sensiblere Medienberichterstattung und Bemühungen, Suizidmittel weniger leicht zugänglich zu machen. Ich denke, ganz wesentlich ist die Enttabuisierung des Themas Suizid und psychische Erkrankung. Dadurch, dass mehr Menschen sich öffnen und über Depressionen, andere psychische Erkrankungen und auch über Suizidgedanken sprechen, können wir Betroffene besser erreichen. Aber: Wir sind immer noch sehr weit davon entfernt, dass eine psychische Erkrankung von der Gesellschaft so gesehen wird wie eine körperliche. Das Wichtigste in der Suizidprävention ist, überhaupt zu erkennen und wahrzunehmen, dass jemand suizidal ist.

Was treibt Menschen dazu, ihr Leben zu beenden?

Deisenhammer: Es ist unmöglich, einen Suizid auf einen einzelnen Faktor zurückzuführen. Suizide geschehen als Folge einer subjektiv empfundenen Aussichtslosigkeit, die allerdings nicht immer von anderen so nachempfunden werden kann. Eine Beziehungsbeendigung oder ein Jobverlust sind Risikofaktoren, führen aber natürlich nicht immer zu einer Selbsttötung. Es braucht dafür das Zusammenspiel mit z.B. biologischen oder Umwelteinflüssen. Letztlich kann das subjektive Leiden so massiv werden, dass die Menschen keinen anderen Ausweg mehr sehen, weil etwa durch eine depressive Symptomatik die Sicht auf andere Lösungen verstellt ist. Wir sprechen dann von einem "Röhrensehen". Deutlich mehr als die Hälfte der Bevölkerung hat irgendwann im Leben zumindest Lebensüberdrußgedanken. Nur ganz wenige setzen sie um – dann, wenn die individuellen psychischen Krisenbewältigungsmöglichkeiten nicht ausreichen. Ganz wichtig ist, dass die allermeisten Suizide im Rahmen einer suizidalen Krise passieren, also während einer vorübergehenden Unfähigkeit, alle Lösungsstrategien, die zur Verfügung stehen, durchzudenken. Diese letzte Phase muss man als eine psychotische Denkeinengung bezeichnen.

Ist diese suizidale Krise der Moment, in dem man von außen eingreifen sollte?

Deisenhammer: In dieser Phase ist das sehr schwer, weil da die Patientinnen und Patienten oft alleine sind. Wir haben eine Studie gemacht, in der wir Menschen nach einem Suizidversuch gefragt haben, wie lang tatsächlich diese präsuizidale Phase gedauert hat. Das war in vielen Fällen extrem kurz, bis zu zehn Minuten, und da waren sie alleine. Sie haben zum Teil noch SMS geschickt oder jemanden angerufen, aber nicht klar kommuniziert: Ich bin suizidal, bitte hilf mir! Suizidprävention muss lange vorher schon ansetzen. In der primären Suizidprävention geht es z.B. um die Reduktion der Zugänglichkeit zu Suizidmethoden, wie die in der Bevölkerung verfügbaren Schusswaffen und die Sperrung des Zugangs zu Hotspots, etwa hohe Gebäude und Brücken. Es ist durch Studien belegt, dass das die Suizidzahlen reduzieren kann.

Bei welchem Verhalten sollen Verwandte, Freunde und Bekannte aufhören?

Deisenhammer: Wenn depressive Symptome auftreten, Menschen sich aus den Beziehungen herausnehmen, kann das auf Suizidalität hinweisen. Dann sollte man sich nicht scheuen nachzufragen. Es gibt ganz unterschiedliche Verhaltensweisen, bei denen man aufmerksam werden sollte. Etwa wenn sich junge Menschen plötzlich nur noch schwarz kleiden. Oder auch, wenn jemand auf einmal aggressiv und reizbar ist oder mehr Alkohol konsumiert. Viele Menschen geben vor dem Suizid Hinweise. Diese können manchmal sehr klar oder mitunter scherzhaft gemacht sein. Man soll nachfragen, das Gegenüber ernstnehmen. Ganz wichtig ist mir die Botschaft, dass man durch das Ansprechen von Suizidalität niemanden erst auf die Idee dazu bringt. In der Klinik erleben wir es im Gegenteil sehr häufig so, dass suizidale Menschen sehr erleichtert sind, wenn sie das offen ansprechen können und das Gefühl haben, dass sie verstanden werden.

Reicht es nachzufragen, oder muss man auch reagieren?

Deisenhammer: Man soll das machen, was man sich zutraut. Man kann HausärztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen beiziehen, und im Extremfall auch die Polizei. Wenn jemand akut gefährdet ist und nicht zu einem Arzt oder in die Klinik gehen will, muss der Amtsarzt diese/n PatientIn untersuchen und entscheiden, ob sie/er gegen den eigenen Willen ins Krankenhaus gebracht werden kann. Das eine harte Entscheidung. Aber: Wenn man nicht handelt, macht man sich vielleicht sein Leben lang Vorwürfe.

Gibt es besonders gefährdete Personengruppen?

Deisenhammer: Die Gefährdung für den vollzogenen Suizid steigt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter an, bei Männern ab einem Alter von 70, 80 Jahren noch einmal ganz massiv. Männer sind dreimal so häufig betroffen wie Frauen. Der Tod der Lebenspartnerin, körperliche und nicht erkannte psychische Erkrankungen sowie insgesamt das Wahrnehmen der allgemeinen Leistungsminderung sind Gründe dafür. Männer sind leider viel weniger fähig als Frauen, mit diesen Kränkungen des eigenen Narzissmus umzugehen. Es ist weiters noch zu wenig bekannt, welche Möglichkeiten die Medizin, insbesondere die Palliativmedizin, auch bei schweren Krankheitsverläufen hat. Suizidversuche sind bei jüngeren Menschen häufiger, junge Frauen sind hier die Hauptrisikopopulation.

Welche Rolle spielen Kränkungen?

Deisenhammer: Wir TiefenpsychologInnen gehen davon aus, dass suizidale Handlungen immer im Rahmen einer subjektiven narzisstischen Kränkung passieren. Das sind zum Teil Kränkungen, die für andere nachvollziehbar sind, wie ein Beziehungsende, Jobverlust oder eine finanzielle Krise. Aber manchmal auch etwas, das nur sehr subjektiv als katastrophal wahrgenommen wird. Im Rahmen einer depressiven Erkrankung kann die Tatsache, dass andere Menschen sich am Leben freuen können und man sich selber so minderwertig fühlt, ein Auslöser für einen Suizid sein. Wir wissen z.B., dass es eine jahreszeitliche Häufung von Suiziden gibt, und zwar im späten Frühjahr und im frühen Sommer – weltweit, auch in Tirol. Es gibt biologische Überlegungen dazu, aber eben auch dieses subjektive Nicht-Mitkönnen mit dem Lebensgenuss der anderen Menschen ist wahrscheinlich ein Grund für diese Häufung.

Wie sollte in den Medien mit dem Thema umgegangen werden?

Deisenhammer: Grundsätzlich darf und soll über Suizidalität und Suizid losgelöst von einzelnen Fällen berichtet werden – nur eben richtig. Es ist wichtig, dass man kommuniziert: Das ist eine Krise, oft im Rahmen einer behandlungsfähigen Erkrankung. Das ist eine Krise, bei der man, wenn man mit anderen Leuten spricht, immer draufkommt, dass es noch eine andere Lösung und Hilfe gibt. Wenn das kommuniziert wird, können Medien hilfreich sein, oder wenn Menschen in

den Berichten vorkommen, die ihre suizidale Krise überwunden haben. Immer problematisch ist es, wenn man versucht, einfache Lösungen zu finden und zu sagen, dieser Mensch hat sich aus einem allgemein nachvollziehbaren Grund suizidiert. Es ist uns sehr wichtig, dass z.B. die Nummer der Telefonseelsorge (Tel. 142) immer mitkommuniziert wird. Das ist eine niederschwellige, anonyme und kostenlose Kontaktmöglichkeit. Kontakt und Kommunikation sind zentral in der Suizidprävention.

Sie denken an Suizid, machen sich um jemanden Sorgen oder haben einen Menschen aufgrund eines Suizid Todesfalls verloren? Hier finden Sie (in Österreich)

- Erste-Hilfe-Tipps

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/betroffene/erste-hilfe.html>

- Notfallkontakte

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/betroffene/krisentelefonnummern.html>

- Hilfsangebote in Ihrem Bundesland

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/anlaufstellen/kriseneinrichtungen.html>

contact for scientific information:

ao.Univ.-Prof. Dr.med.univ. Eberhard Deisenhammer

Universitätsklinik für Psychiatrie II

E-Mail: Eberhard.Deisenhammer@i-med.ac.at

URL for press release: <http://Presseaussendung> und Fotos zum Download:

<https://www.i-med.ac.at/pr/presse/2022/43.html>

Attachment Presseaussendung "ExpertInneninterview zum Welttag der Suizidprävention"

<http://idw-online.de/en/attachment93012>



Psychiater und Psychotherapeut Eberhard A. Deisenhammer
David Bullock
MUI/Bullock