

Suizidprävention Eingebettet in das seit 2001 existierende Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland wurde in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Aktivitäten in Hamburg initiiert, die Suizidprävention auf unterschiedlichen Ebenen zum Ziel haben.

Von PD Dr. Reinhard Lindner, Prof. Paul Götze, Ulrich Stuhr, Sarah Schalinski, Prof. Klaus Püschel, Georg Fiedler

Suizidalität und Suizidprävention

Hamburg galt noch bis vor kurzem als Hauptstadt der Suizide in Deutschland. Im Jahr 1999 lag die Suizidrate mit 16 pro 100.000 Einwohner über der der anderen Bundesländer. Seither nehmen die Suizidraten in Hamburg, jedoch auch insgesamt in Deutschland ab. Die Analyse derartiger Daten führt zu komplexen Zusammenhängen. Entsprechend ist auch die Suizidprävention ein multidimensionales und multifaktorielles Unterfangen, das der Anstrengung unterschiedlichster Professionen und gesellschaftlicher Bereiche bedarf. Suizidprävention kann auf der Ebene allgemein suizidpräventiver Maßnahmen (z. B. weniger Suizidmittel verfügbar) betrieben werden; sie kann sich der Diagnostik und Behandlung suizidaler Personen widmen oder auch Screeningverfahren für besonders gefährdete Personenkreise entwickeln und durchführen. Sie kann aber auch die Behandlung von Personen nach Suizidversuchen und die Beratung und Behandlung von Angehörigen von Suizidenten fördern.

Viele Institutionen und Personen gewinnen

Eingebettet in das seit 2001 existierende Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland wurde in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Aktivitäten in Hamburg initiiert, die Suizidprävention auf unterschiedlichen Ebenen zum Ziel haben. Diese Aktivitäten folgen dem Grundprinzip des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, im Sinne einer Bottom-Up-Struktur möglichst viele Institutionen und Personen zu gewinnen, Suizidprävention in ihrem Bereich, mit ihren Mitteln und auch mit ihren spezifischen Zielsetzungen in einem Netzwerk zu betreiben und Synergieeffekte zu nutzen, die aus einem gemeinsamen öffentlichen Auftreten entstehen.

Im Rahmen dieser Netzwerkarbeit veranstaltete die Biologisch-Naturwissenschaftliche Sektion in der Ärztekammer einen Fortbildungsabend, der Ergebnisse der Zusammenarbeit des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete, des Instituts für Rechtsmedizin und der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vorstellte.

Um suizidales Erleben und Verhalten individuell, d. h. beim einzelnen Patienten zu erfassen, zu beschreiben und wenn möglich vor einem Suizidversuch zu behandeln, bedarf es möglichst präziser, aus der klinischen Erfahrung gewonnener Verstehenskonstruktionen. Prof. Dr. Paul Götze, ehem. Leiter des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete stellte einige psychoanalytische Grund-

sätze zum Verständnis der Suizidalität vor: Aus einer psychoanalytischen Perspektive führen die dem Bewusstsein meist zugänglichen Auslöser suizidalen Erlebens (z. B. Trennungs- und Kränkungserfahrungen) zur Labilisierung der bis dahin funktionsfähigen Abwehr. Eine Regression auf entwicklungspsychologisch früher angesiedelte Formen der Abwehr (z. B. auf Spaltungsprozesse) und Reaktualisierung früher intrapsychischer Konflikte (um Aggression, Autonomie und Abhängigkeit), sowie Reinszenierungen konflikthafter dyadischer Beziehungserfahrungen führen zu einem konflikthaften Erleben von tiefster Ohnmacht und massivem Handlungsdruck. Bei Suizidalität kommt es oft zu einer höchst konfliktreichen, ambivalenten Reinszenierung von lebensnotwendigen und zugleich lebensbedrohlichen Beziehungserfahrungen in der Therapie. Dieses Geschehen zu verstehen fördert nicht nur die Einsichten des Patienten über sich selbst sondern fördert auch die Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Der erweiterte Suizid

Eine besondere Problematik suizidalen Verhaltens, die einerseits in der Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit erreicht, andererseits sich einem genauen und am Einzelfall orientierten Verstehen entzieht, stellt der erweiterte Suizid dar. Prof. Dr. U. Stuhr, Institut für Psychosomatik und Psychotherapie des UKE präsentierte Ergebnisse einer Analyse von Polizeiuunterlagen erweiterter Suizide, entstanden aus der Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin am UKE. Ein idealtypisches Profil, das Stuhr vorstellte beschreibt den männlichen Täter, der eine Trennung von der getöteten Partnerin entweder erlebte oder befürchten muss. Eine eigene schwere Erkrankung, jedoch immer ein existenziell bedrohliches Erleben von Verlust einer als überlebensnotwendig erlebten, idealisierten Beziehung führt zu einer Verbindung von Ärger, Angst und Dissoziation, wodurch im erweiterten Suizid ein symbiotischer Zustand wieder erlebt werden soll.

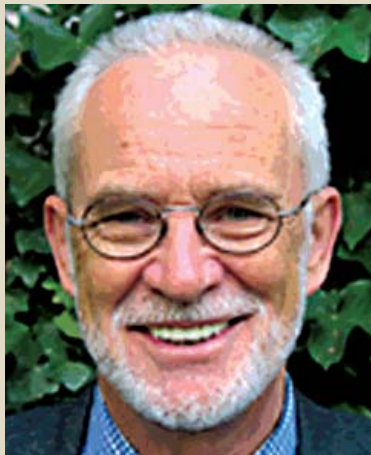
Vernetzte Aktivitäten

Dipl. Psych. G. Fiedler, stellvertretender Leiter des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete stellte die verschiedenen, vernetzten Aktivitäten rund um die Suizidprävention in Hamburg vor: Seit 1998 findet eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema statt. Das Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete und der För-

Prof. Paul Götze – Arbeit im Sinne des Freudschen Diktums der Einheit von "Heilen und Forschen"

Nach 35 Jahren am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist Prof. Götze im September vergangenen Jahres aus dem Dienst des Klinikums ausgeschieden – jedoch nicht aus der aktiven Arbeit.

Das Interesse an der Psyche und am Phänomen des Suizids entwickelte sich bei Professor Götze schon in seiner Jugend. Texte von Dostojewski und Kirkegaard sowie der Lebensweg des Lyrikers Georg Trakls, der sich 1914 das Leben nahm, faszinierten ihn. Der Weg über die Psychoanalyse lag nahe und damit auch die Wahl des Medizinstudiums. 1972 begann er als Assistent zunächst in der Neurologie und dann in der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf. 1978 habilitierte er über die psychischen und neurologischen Störungen vor und nach Herzoperationen. Ab 1990 nahm sein Interesse an der Suizidologie Gestalt an. Eine Spende ermöglichte ihm die Gründung des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete (TZS), mit welchem er ein bis heute einmaliges Modellprojekt auf den Weg brachte. Für diese Leistung wurde er im Jahr 2000 mit dem Hans-Rost-Preis der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention ausgezeichnet. Das Projekt beruht auf drei Grundpfeilern: der psychoanalytischen Orientierung, der psychotherapeutischen Behandlung und der Forschung.



Prof. Paul Götze, Gründer des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete

nen, in der Ausrichtung eines internationalen Kongresses „Suizidalität Psychoanalyse“ 2001 und weiterer Fachkongresse, sowie in mehreren größeren Forschungsprojekten, zu geschlechtsspezifischen Aspekten der Suizidalität und zur Suizidalität älterer Menschen. Auch hier finden Kooperationen mit anderen Kliniken, z. B. dem Zentrum für Geriatrie und Gerontologie des Albertinen-Hauses statt. Insgesamt ist die Nachfrage nach Fort- und Weiterbildungen zur Suizidprävention (z. B. auch im Strafvollzug) deutlich gestiegen. Fiedler präsentierte allerdings auch Daten aus Befragungen Hamburger Ärzte, die ein deutliches Informationsdefizit bei Professionellen bezüglich suizidpräventiver Behandlungsmöglichkeiten aufzeigte.

Suizidalität bei Ärzten

Suizidprävention fängt bereits bei den professionellen Helfern an. Frau Dr. S. Schalinski, Institut für Rechtsmedizin der Charité, stellte empirische und kasuistische Daten zur Suizidalität bei Ärzten vor: Ärzte beiderlei Geschlechts haben eine höhere Suizidrate als die Normalbevölkerung. Dabei sind Ärztinnen mit einer 2,5- bis 5,6-fachen Suizidrate besonders betroffen. Die kasuistische Analyse zeigt dabei, dass Ärztinnen und Ärzte zu einer Selbstvernachlässigung im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit neigen und Partnerschaftsproblemen, negativem beruflichen Stress (wie z. B. sexueller Belästigung am Arbeitsplatz), ungünstigen Arbeitsbedingungen und einem „Burn-out-Syndrom“ nicht angemessen therapeutisch begegnen. Für Ärztinnen gelten dabei besonders Rollenkonflikte zwischen der Anpassung an die männlich dominierte Arbeitswelt und den Wünschen und Erwartungen, als Mutter und Partnerin eine aktive, gestaltende Rolle zu spielen. Die Psychotherapie setzt dann dort an, die intrapsychischen Dynamiken zu verstehen, die die Betroffene im Kreislauf von Selbstverachtung und hohen Ansprüchen festhalten.

Kontakt

PD Dr. med. Reinhard Lindner, Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (Leitung: PD Dr. R. Lindner), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (Ärztl. Direktor: Prof. Dr. D. Naber), Martinistr. 52, 20246 Hamburg

derkreis FORlife e.V. initiierten eine Plakatkampagne „Selbstmord kann jeden treffen“, u. a. auf den Infoscreens der U-Bahnen und führten mehrfach Kulturwochen „... darüber reden – Suizidalität“ unter Beteiligung vieler kultureller Institutionen durch. Mehrere psychiatrische Kliniken in Hamburg nahmen sich speziell dieses Themas an, sei es durch qualitätssichernde Maßnahmen in Form so genannter „Suizidkonferenzen“ nach Suizidversuchen und Suiziden oder aber durch die Durchführung eines Aufklärungs- und Informationsprogramms, wie das Hamburger Bündnis gegen Depression. Im November 2007 fand im Rahmen der letzten Kulturwoche „Suizidalität“ eine viel beachtete Kunstausstellung in Zusammenarbeit mit dem Kunsthaus Hamburg zum Thema „Lebe Wohl. Suizidalität, Kunst und Gesellschaft“ statt.

Suizidalität älterer Menschen

Im Jahr 2005 veröffentlichte die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit im Rahmen ihrer Gesundheitsberichterstattung den „Hamburger Suizidbericht 2005“, den ersten Gesundheitsbericht eines Bundeslandes zum Thema überhaupt. Der Bericht stellte die massive Problematik der Suizidalität älterer Menschen in den Vordergrund, beschrieb die besondere Bedeutung der Hausärztinnen und Hausärzte in der Erkennung und Behandlung suizidaler Älterer und forderte weitere Anstrengungen zur Prävention gerade für diese Patientengruppe. Die Behörde startete zudem eine Initiativgruppe zur Suizidprävention in Krankenhäusern. Die wissenschaftlichen Aktivitäten zeigen sich in diversen Dissertationen und Habilitatio-