

Depression und Suizidalität

Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Sechs-Monats-Prävalenzen schwanken bei den unipolaren Depressionen bezogen auf 100 Personen zwischen 2,2 und 5,3, während die Lebenszeitprävalenz in entsprechenden Studien zwischen 0,9 und 25 Prozent liegt. Ein Teil der teilweise erheblichen Unterschiede in den epidemiologischen Angaben dürfte durch verschiedene Faktoren, wie unterschiedliche Perzeption von Symptomen in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen oder enge Diagnosekriterien, erklärbar sein. Dabei ist die Depression eine potenziell tödlich verlaufende Erkrankung, es sterben zirka 4 bis 15 Prozent der Patienten mit unipolarer Depression durch Suizid (1).

MARTIN HATZINGER

Suizid wird in der Schweiz bei 1 bis 2 Prozent aller Todesfälle als Todesursache angegeben, bei den 15- bis 44-jährigen Männern ist sie die häufigste. Suizid korreliert mit soziokulturellen Gegebenheiten und ihren Veränderungen. Beispielsweise hat der Zivilstand einen deutlichen Einfluss auf das Suizidrisiko: Allein lebende, geschiedene oder verwitwete Personen haben

im Vergleich zu verheirateten ein 1,5- bis 2-mal erhöhtes Risiko für Suizid. In der Schweiz sind in den letzten 25 Jahren die Sterbeziffern für Suizide leicht gefallen (2). Die meisten Suizide sind vorangekündigt, und 90 Prozent sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen, wobei der Suizid meist im Rahmen von Depressionen auftritt (über 60% der Fälle). Wichtig bei der Beurteilung von wissenschaftlichen Erhebungen ist die Unterscheidung zwischen Suizidgedanken, Suizidversuchen und vollendeten Suiziden. So sind zum Beispiel bei bipolar Depressiven Suizidversuche häufiger als bei unipolar Depressiven, hingegen ist die Suizidrate bei unipolar Depressiven höher als bei bipolar Erkrankten (3).

«Sowohl Erwachsene wie auch jugendliche Suizidgefährdete werden meist gar nicht oder nur unzureichend medikamentös behandelt.»

Depression und Suizidrisiko erkennen und behandeln

Risikofaktoren für Suizidversuche und Suizide überlappen sich stark (siehe *Tabelle 1*). Dabei zeigte eine Zürcher Langzeitstudie eine dreimal höhere Suizidrate bei unbehandelten im Vergleich zu behandelten Depressionen (4). Das Suizidrisiko ist gemäss mehreren Untersuchungen in der Akutphase der Behandlung und bei der Entlassung aus stationärer Behandlung am grössten und korreliert mit dem Schweregrad der Depression. Aus diesen Ausführungen wird klar, dass eine frühzeitige Diagnose und die rasche Einleitung einer adäquaten Behandlung an oberster Stelle zur Verhinderung von Suiziden steht. Dabei wird zunächst das Ausmass der Selbstgefährdung abgeklärt (*Tabelle 2*). Mangelnde Exploration und Bagatellisierung der Umstände sind zu vermeiden (*Tabelle 3*). Sofern möglich sollte mit dem Patienten immer ein klarer Therapieplan festgelegt werden, führt doch eine adäquate Behandlung der Depression zu einer Abnahme der Suizidrate. Bei mittelschweren und schweren depressiven Zustandsbildern gehört dabei entsprechend wissenschaftlichen Behandlungsrichtlinien die Einleitung einer antidepressiven Pharmakotherapie zum Standardbehandlungsprogramm (5–7): Sowohl Erwachsene wie auch jugendliche Suizidgefährdete werden meist gar nicht oder nur unzureichend medikamentös behandelt.

Tabelle 1: **Verdachtsmomente für ein erhöhtes Suizidrisiko**

- Schuld-, Krankheits- oder Verarmungsgefühle
- ausgeprägte Hoffnungslosigkeit
- depressiver Wahn
- direkte oder indirekte Suizidankündigungen und Suizidrohungen
- altruistische Suizidmotivation
- Vorbereitungen, um bisher Versäumtes in Ordnung zu bringen
- frühere Suizidversuche
- Suizide in der Familie oder der Umgebung
- Verlust mitmenschlicher Beziehungen
- Vereinsamung, vor allem alter Menschen
- berufliche oder finanzielle Schwierigkeiten
- Fehlen einer ethisch-moralischen Suizidhemmung

Suizidalität und Antidepressiva

Mitteilungen über eine Erhöhung der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen durch Antidepressiva, speziell durch Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRI), gaben Anlass zu kritischen Diskussionen und zur Verunsicherung unter Fachleuten wie auch Laien. Ausgangspunkt waren Berichte über eine erhöhte Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen unter SSRI, die den Zulassungsbehörden in Europa (EMA, European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) und den USA (FDA, Food and Drug Administration) bekannt wurden (8, 9). Ausserdem gab es Mitteilungen, die auf eine mögliche Zunahme suizidaler Symptome bei Erwachsenen hindeuteten. In diesen Fällen nahmen Suizidgedanken und Suizidversuche am Anfang einer Behandlung mit SSRI zu, jedoch waren diese Effekte mit Nebenwirkungen wie Akathisie, Agitiertheit oder Angst assoziiert.

Suizidraten in klinischen Studien

Diesen Befunden müssen einige grosse unabhängige Untersuchungen entgegengehalten werden, welche keine Anhaltspunkte für eine erhöhte Suizidalität unter verschiedenen Antidepressiva nachweisen konnten. So ergab eine unabhängige Analyse der FDA-Registrierungsdaten von neun verschiedenen Antidepressiva unter 48 277 behandelten Depressiven 77 Suizide. Dabei zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen SSRI, anderen Antidepressiva und Placebo (10). Eine neuere Analyse der FDA-Daten schloss neben Depressionen auch Angststörungen ein. In den 207 Depressionsstudien mit 40 028 Patienten ereigneten sich 21 Suizide mit einer Suizidrate unter aktiver Behandlung von 1,07 gegenüber Placebo; damit wurden die negativen Resultate bestätigt (11). Eine weitere Metaanalyse aus dem Jahre 2005 zeigte unter Einschluss von 345 Doppelblindstudien (n = 36 445 Patienten) eine erhöhte Rate von Suizidversuchen, aber keine Erhöhung der Suizide (12).

Tabelle 2: **Therapeutische Richtlinien in der Behandlung der Suizidalität**

1. Gesprächsmöglichkeit schaffen
2. Offenes, direktes und einfühlsames Ansprechen von Suizidalität als Notsignal
3. Diagnose der Depression
4. Aufklärung des Patienten über das Auftreten von Suizidgedanken in dieser Situation
5. Hoffnungen auf zu erwartende Besserung betonen
6. Bindungen im Leben abklären
7. Hilfe positiver Bezugspersonen gewinnen
8. Mit dem Patienten einen Therapieplan festlegen
9. Gemeinsame Entscheidung bezüglich ambulanter oder stationärer Behandlung

Tabelle 3: **Fehler im Umgang mit Suizidgefährdeten**

- Vermeidung oder Vergessen des direkten Nachfragens
- Nichtbeachten von Zeichen
- mangelnde Exploration der Umstände, die zur Suizidalität geführt haben
- Bagatellisierung von Not und Krise durch den Arzt
- Mitmachen bei Bagatellisierungstendenzen des Patienten
- Ablehnung des Patienten als nicht krank
- Klassifikation des Suizidalen als Versager oder Erpresser
- therapeutische Überaktivität als Abwehr von Betroffenheit
- kein Einbezug von Bezugs- oder Betreuungspersonen, «geheime Suizidpakete»

In all diesen Analysen mit einer beeindruckenden Zahl klinischer Studien und Patienten konnte somit keine erhöhte Suizidrate unter aktiver antidepressiver Behandlung festgestellt werden. Einschränkend muss jedoch beachtet werden, dass Suizide in klinischen Studien zu selten sind, um statistisch schlüssige Aussagen liefern zu können. Suizidale Patienten werden meist von klinischen Studien ausgeschlossen.

Suizidraten gemäss Versicherungsdaten

In dieser Hinsicht ist eine Untersuchung von Versicherungsdaten aus dem Jahr 2006 sehr interessant, die das zeitliche Muster von Suiziden und Suizidversuchen analysierte: Im Rahmen von 82 285 depressiven Episoden wurde kein signifikanter Anstieg der Suizidversuche oder von Suiziden nach Behandlungsbeginn mit einem Antidepressivum gefunden. Im Gegenteil: Die Rate an Suizidversuchen war in der Woche vor Behandlungsbeginn am höchsten, dies insbesondere bei

Tabelle 4: **Symptomenkatalog zur Erfassung präsuizidaler Merkmale bei Kindern und Jugendlichen**

- direkte und indirekte Suizidankündigungen
- Tagebuchaufzeichnungen
- Suizidgedanken in der Anamnese
- konkrete Vorstellungen über Durchführung
- Fantasien um das «Danach»
- Suizid- bzw. Katastrophenträume
- suizidale Zwangsvorstellungen oder Impulse
- Grübelzwänge
- Sehnsucht, weg zu sein, auszuschlafen
- Gefühle der Ausweg- bzw. Sinnlosigkeit
- Gefühle der Einsamkeit, Isolation oder Verzweiflung
- Gefühle der Minderwertigkeit, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe
- subjektiver Eindruck, nicht ausreichend geliebt zu sein
- Lustlosigkeit, Teilnahmslosigkeit
- innere Unruhe, Getriebenheit
- Gefühl der inneren Leere, «nicht traurig sein können»
- dysphorische Verstimmungen, Stimmungsschwankungen, Ängste
- Gereiztheit, Aggressivität
- psychosomatische Äquivalente
- Isolationstendenzen, «innerer Rückzug»
- Zerstörungswut
- Lügen
- Stehlen
- Polizeikontakte
- Weglauftendenzen
- Leistungsabfall in der Schule, erhöhter Zeitaufwand für Hausaufgaben
- Schwierigkeiten mit Mitschülern
- Schwierigkeiten mit Lehrern
- Einnahme von Drogen

Quelle: nach M. Löchel, 1984

Jugendlichen. Fand eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva statt, wurde die Suizidrate signifikant gesenkt (von zirka 65/100 000 Suizidversuchen unmittelbar vor Behandlungsbeginn auf 10/100 000 Suizidversuche in der Woche nach Behandlungsbeginn) (13). Zudem wurde in mehreren Ländern eine Korrelation zwischen sinkenden Suizidraten und steigenden Verschreibungsraten von Antidepressiva festgestellt. So zeigten spezifische Ausbildungsprogramme für praktische Ärzte auf der schwedischen Insel Gotland, dass bei Frauen Suizide durch antidepressive Behandlungen im Rahmen eines ärztlichen Weiterbildungsprogrammes deutlich vermindert

werden konnten. Nach dem Wechsel der Ärzte stieg die Suizidhäufigkeit in Gotland wieder an (14). Aus diesen Befunden lässt sich zwar kein Kausalzusammenhang ableiten, die Feststellung ist jedoch mit der Annahme einer globalen Suizidsteigerung durch Antidepressiva nur schwer vereinbar.

Die häufige Unterlassung einer antidepressiven Behandlung bei Suizidenten geht indirekt aus einer gerichtsmedizinischen Untersuchung aus Schweden hervor: Blutanalysen von 14 857 Suizidenten ergaben, dass nur 20 Prozent eine Behandlung mit Antidepressiva erhielten. Behandlungen mit Antidepressiva waren im Vergleich zum landesweiten Verbrauch und zu Kontrollgruppen mit depressiven Patienten deutlich untervertreten (15).

Suizid und Depression bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern unterscheidet sich die depressive Symptomatik oft erheblich von derjenigen der Erwachsenen. Während bei den Erwachsenen Symptome wie gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Interessensverlust, Minderung von Aktivität, Antrieb und Schlafstörungen im Vordergrund stehen, fallen Kinder eher durch Stimmungslabilität, erhöhte Irritierbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, Impulsdurchbrüche und autodesstruktives Verhalten auf. Dazu gesellen sich Schulversagen, unklare Schmerzzustände oder auch Symptome wie Enuresis oder Enkopresis. Insbesondere das Erkennen von Suizidgedanken ist oft schwierig (Tabelle 4). Bei Kindern sind Depressionen vor dem zehnten Lebensjahr sehr selten. Die Prävalenz ist unter 1 Prozent. Zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr liegt sie etwa bei 2 bis 6 Prozent, später gleichen sich die Raten denen des Erwachsenenalters an. Die Rezidivraten depressiver Episoden sind bei Jugendlichen sehr hoch. Zudem gilt ein früher Beginn einer depressiven Erkrankung für den Verlauf als prognostisch ungünstig (16).

« Wie bei Erwachsenen wird auch für Kinder und Jugendliche die Annahme gestützt, dass Antidepressiva das Suizidrisiko eher senken als erhöhen. »»

Mehr suizidale Symptome, aber weniger Suizide unter Antidepressiva

Die bereits erwähnten Untersuchungen von Antidepressiva-behandlungen bei Kindern und Jugendlichen weisen auf eine leichte Erhöhung suizidaler Symptome, jedoch nicht von Suiziden hin. In einer Metaanalyse aller 22 plazebokontrollierten Antidepressivastudien bei über 4000 depressiven Kindern fand sich kein vollendeter Suizid, aber eine signifikante Erhöhung von Suizidalitätssymptomen (17). Eine analoge Metaanalyse wurde mit Daten der FDA auf der Basis von 24 Studien mit SSRI durchgeführt. Keiner der 4582 depressiven Patienten suizidierte sich. Auch hier konnte ein gewisses Risiko bezüglich einer Induktion von Suizidgedanken nachgewiesen werden (18).

Wie bei Erwachsenen wird auch für Kinder und Jugendliche die Annahme gestützt, dass Antidepressiva das Suizidrisiko eher senken als erhöhen. In den letzten 20 Jahren wurde in über 15 Ländern eine Abnahme der Suizidrate bei Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren beobachtet. In den Ländern mit der grössten Verschreibungszunahme von Antidepressiva zeigte sich nicht nur die stärkste Reduktion von Suiziden, sondern auch die tiefste Suizidrate sowohl bei Jugendlichen wie bei Erwachsenen (19). In einer weiteren Studie mit einem Vergleich von 2569 mit SSRI behandelten Kindern und Jugendlichen (Alter 10 bis 17 Jahre) mit einer altersentsprechenden Vergleichsstichprobe von 50 000 Gesunden fand sich keine signifikante Erhöhung der Suizide unter aktiver Behandlung (20). Die bereits erwähnte toxikologische Studie aus Schweden ergab, dass unter 57 Suiziden von Kindern lediglich bei 7 Suizidopfern überhaupt Antidepressiva im Blut nachweisbar waren, bei keinem einzigen ein SSRI. Auch bei den 326 erfassten Jugendlichen waren lediglich in 13 Fällen Antidepressiva nachweisbar. Dabei zeigten SSRI-behandelte Patienten ein geringeres relatives Risiko für Suizid als Patienten, welche kein SSRI eingenommen hatten (15).

Zusammenfassung

Depression, die häufigste psychiatrische Erkrankung, ist oft mit Suizidalität verbunden. Zirka 15 Prozent der Patienten mit Depressionen begehen Selbstmord. Dabei umfasst Suizidalität eine äusserst heterogene Gruppe von Handlungen und Verhaltensweisen. Das Spektrum reicht von passivem Todeswunsch, selbstschädigenden Handlungen über parasuizidale Gesten bis hin zum Suizidversuch und Suizid. Schwer Depressive werden manchmal nur durch ihre Antriebslosigkeit an der Ausführung suizidaler Impulse gehindert. Eine eingeleitete Antidepressiva-therapie könnte deshalb über eine Aktivitätssteigerung zu Beginn der Therapie zu einer vorübergehend erhöhten Suizidalität führen. Dieses Risiko gilt aber generell für die erste Phase der Besserung einer Depression, sei es nun unter Psychotherapie, unter Antidepressiva oder infolge des Spontanverlaufs (21). Einer möglichen Induktion oder Verstärkung von Suizidgedanken durch Antidepressiva in der ersten Behandlungsphase muss unbedingt Beachtung geschenkt werden. Dem muss allerdings die Nichtbehandlung einer Depression entgegengehalten werden. Eine rasche und adäquate Behandlung der potenziell zum Tod führenden Krankheit Depression ist nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen vordringlich (22). Die Indikation zu einer antidepressiven Behandlung muss allerdings besonders im Kindes- und Jugendalter mit einer sehr sorgfältigen Risiko-Nutzen-Abwägung gestellt werden. Neben der Einschätzung der Suizidalität unter Einbezug der Familienanamnese gehört dazu auch die Beachtung von Impulsivität/Aggressivität und Suizidalität unmittelbar vor und nach Behandlungsbeginn. Eine engmaschige Betreuung von suizidalen Patienten ist unabhängig vom Alter immer angezeigt, wobei die Behandlung grundsätzlich in die Hand eines Spezialisten mit ausreichender klinischer Erfahrung gehören sollte. ■

Korrespondenzadresse:
PD Dr. med. Martin Hatzinger
Psychiatrische Poliklinik
Universitätsspital
Petersgraben 4, 4031 Basel
Tel. 061-265 50 40 / 061-265 51 20 (Sekretariat)
Fax 061-265 45 88
E-Mail: mhatzinger@uhbs.ch

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Davies S., Naik P.C., Lee A.S.: Depression, suicide, and the national service framework. *BMJ* 2001; 322: 1501-1502.
2. Bundesamt für Gesundheit (von Greyerz S. & Keller-Guglielmetti E.): Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251). April 2005.
3. Ösby U., Brandt L., Correia N., Ekblom A., Sparén P.: Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 844-850.
4. Angst J., Angst F., Gerber-Werde R., Gamma A.: Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 year's follow up. *Arch Suicide Res* 2005; 9: 279-300.
5. APA's Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision 2000). *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1-45.
6. World Federation of Societies of Biological Psychiatry: Treatment of unipolar depressive disorder. *World J Biol Psychiatry* 2002; 3: 5-43.
7. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. 2000; ISBN 3-7985-1196-9.
8. European Agency for the evaluation of medicinal products (EMA), Committee for proprietary medicinal products: Press release regarding CHMP meeting on paroxetine and other SSRI's. London, 9 december, 2004. Doc Ref. EMA/192570/2004.
9. Food and Drug administration (FDA), Public health advisory: Worsening of depression and suicidality in patients being treated with antidepressant medication. March 2004. www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/classificationProject.htm
10. Khan A., Khan S., Kolts R., Brown W.A.: Suicide rates in clinical trials of SSRI's, other antidepressants, and placebo: Analysis of FDA reports. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 790-792.
11. Hammad T.A., Laughren T.P., Racoosin J.A.: Suicide rates in short-term controlled trials of newer antidepressants. *J of Clinical Psychopharmacol* 2006; 26: 203-207.
12. Fergusson D., Doucette S., Glass K.C., Shapiro S., Healy D., Hebert P., Hutton B.: Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330: 396-403.
13. Simon G.E., Savarino J., Operskalski B., Wang P.S.: Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry* 2006; 263: 41-47.
14. Rutz W.: Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affective Disord* 2001; 62: 123-129.
15. Isacson G., Holmgren P., Ahlner J.: Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: A controlled forensic database study of 14 857 suicides. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 286-290.
16. Lewinsohn P.M., Clarke G.N., Seeley J.R., Rohde P.: Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 809-818.
17. Wohlfahrt T.D., van Zwielen B.J., Lekkerkerker F.J., Gispens-de Wied C.C., Ruis J.R., Elferink A.J.A., Storosum J.G.: Antidepressants use in children and adolescents and the risk of suicide. *Eur Neuropsychopharmacology* 2006; 16: 79-83.
18. Hammad T.A., Laughren T.P., Racoosin J.: Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 332-339.
19. Gibbons R.D., Hur K., Bhaumik D.K., Mann J.J.: The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 165-172.
20. Sondergard L., Kvist K., Andersen P.K., Kessing L.V.: Do antidepressants precipitate suicide? A nationwide pharmacoepidemiological study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15: 232-240.
21. Möller H.J.: Attempted suicide: Efficacy of different aftercare strategies. *Int Clin Psychopharmacology* 1992; 6 (suppl. 2): 58-69.
22. Cipriani A., Barbui C., Geddes J.R.: Suicide, depression, and antidepressants. *BMJ* 2005; 330: 373-374.

Erstpublikation in «The Medical Journal» 2.07.