

Patienten mit intensivpflichtigen medikamentösen Suizidversuchen – Risikoprofil und Verlauf

Patients in Intensive Care after a Suicide Attempt with Legal Drugs – Risk Profile and Course

Autoren

R. Maier¹, R.-D. Stieglitz¹, S. C. Marsch², A. Riecher-Rössler¹

Institute

¹ Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel/Schweiz

² Klinik für Intensivmedizin, Universitätsspital Basel/Schweiz

Schlüsselwörter

- Suizidversuch
- Suizid
- Medikamentenintoxikation
- Intensivstation
- psychiatrische Erkrankungen
- Risikofaktoren

Keywords

- suicide attempt
- suicide
- drug intoxication
- intensive care
- psychiatric disorders
- risk factors

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1245956>
 Online-Publikation: 8.4.2011
 Fortschr Neurol Psychiat 2011; 79: 283–289 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Prof. Anita Riecher-Rössler
 Psychiatrische Poliklinik,
 Universitätsspital Basel
 Petersgraben 4
 4031 Basel
 Schweiz
anita.riecher@upkbs.ch

Zusammenfassung

Über das Risikoprofil von Patienten mit schweren medikamentösen Suizidversuchen und den weiteren Verlauf bei dieser Patientengruppe ist wenig bekannt.

Die aktuelle Studie zielte darauf ab, Risikofaktoren und Ableitung von Behandlungsempfehlungen für diese Patientengruppe zu identifizieren. Alle Basler Patienten, die vom 1.1.1998 bis 31.12.2001 wegen eines schweren medikamentösen Suizidversuchs auf der Intensivstation des Universitätsspitals Basel behandelt wurden (n=190), wurden bezüglich psychopathologischer und soziodemografischer Merkmale untersucht. Darüber hinaus wurden Verlaufsdaten zu weiteren Suizidversuchen sowie einem etwaigen Versterben bis Ende 2005 erhoben.

Alle 190 Patienten litten an einer psychischen Erkrankung. Im Vergleich mit der Basler Bevölkerung zeigten die Patienten signifikant häufiger folgende Merkmale: weiblich, alleinstehend, geringer Bildungsgrad, Arbeitslosigkeit, Invaliditätsrente. Bis Ende 2005 beging fast die Hälfte der in unserer Poliklinik nachbeobachteten 118 Patienten mindestens einen erneuten Suizidversuch; 28 Patienten verstarben, 6 davon durch Suizid.

Die genannte Risikogruppe sollte möglichst keine Medikamente mit geringer therapeutischer Breite rezeptiert bekommen und eine intensive Nachbetreuung erfahren.

Einleitung

Die WHO schätzt, dass im Jahr 2003 weltweit annähernd eine Million Menschen Suizid begangen haben, 10- bis 20-mal so viele unternahmen einen Suizidversuch [1]. Bei mindestens 90% der Menschen, die Suizid begingen, bestand eine

Abstract

Little is known about the risk profile and the further history of patients who attempted suicide by severe medicinal intoxication.

All patients residing in Basel (n=190) admitted to the intensive care unit between 01/01/1998 and 12/31/2001 because of a suicide attempt with legal drugs were investigated regarding psychopathology and sociodemographic features. Also, until the end of 2005, further suicide attempts as well as potential cases of death were followed up.

All 190 patients had psychiatric disorders. Compared to the general population, female sex, single status, low educational level, unemployment and invalidity were found significantly more often. Until the end of 2005 almost half of 118 patients followed up in our outpatient department committed further suicide attempts. 28 patients died, 6 of these by suicide. These patients should preferably not be prescribed medication with a low therapeutic range and they should receive intensive follow-up care.

psychiatrische Erkrankung, in mindestens 60% der Fälle eine depressive Störung. Suizidales Verhalten ist wahrscheinlicher beim Auftreten von Risikofaktoren wie psychiatrischen Erkrankungen, persönlichen Verlusten, Trauma, sozialem Stress und niedrigem sozioökonomischen Status [2].

Die Suizidraten in Europa variieren zwischen 40 pro einer Million Einwohner in Griechenland und 400 pro einer Million Einwohner in Ungarn [3].

In der Schweiz begehen jedes Jahr zwischen 1300 und 1400 Menschen Suizid, was einer Suizidrate von 191 pro einer Million Einwohner entspricht. Innerhalb der Schweiz variieren die Suizidraten von 150 pro einer Million Einwohner im Tessin und in der Zentralschweiz bis zu 250 pro einer Million Einwohner im Appenzell, Basel und Bern. Auch weisen die reformierten Kantone meist höhere Suizidraten auf als die katholischen, und der Anteil der städtischen Bevölkerung spiegelt sich in der Rate wider, das heißt je urbaner ein Kanton ist, desto höher ist die Suizidrate. Weltweit werden Suizidversuche mit einer Verteilung von 1,5:1 häufiger von Frauen begangen. Im Hinblick auf Suizide ist das Verhältnis umgekehrt. Gleiche Verteilungen zeigen sich in der Schweizer Bevölkerung [4].

Etwa 65% der Suizidversuche in der Agglomeration Bern werden mit Medikamenten und Drogen verübt [5], und zwar vor allem bei Frauen (über 70%). Häufig wird argumentiert, die höhere Rate an vollendeten Suiziden bei Männern im Vergleich zu der höheren Rate an Suizidversuchen bei Frauen gehe auf die geringere Aggressivität der Suizidversuche bei Frauen zurück. Während Männer für ihre Suizidversuche eher aggressivere Methoden mit hoher Letalität (Erhängen, Erschießen, Sprung) wählten, führten Frauen eher weniger letale Handlungen durch wie Verletzungen durch scharfe Gegenstände und Selbstintoxikationen mit sogenannten „harmlosen“ Medikamenten [6].

Eine Literatursuche in der Datenbank *PubMed* ergibt jedoch kaum repräsentative Studien zur Population und den soziodemografischen Daten derjenigen Patienten, die auch mit Medikamenten einen sehr ernsthaften Suizidversuch unternahmen, welcher zu einer intensivmedizinischen Behandlung führt und somit ebenfalls zu den aggressiveren Methoden mit hoher Letalität gehört.

Wir haben deshalb eine repräsentative Population von Patienten, die infolge eines schweren medikamentösen Suizidversuchs auf einer internistischen Intensivstation behandelt werden mussten, mit der Fragestellung untersucht,

1. ob hinsichtlich der soziodemografischen Daten zum Zeitpunkt des Suizidversuchs verglichen mit der Allgemeinbevölkerung von Basel-Stadt Risikofaktoren identifiziert werden können und
2. wie der weitere Verlauf dieser Patienten in Bezug auf erneute Suizidversuche und/oder vollendete Suizide ist.

Insbesondere untersuchten wir die Population im Hinblick auf suizidbegünstigende Faktoren [7] wie psychiatrische Erkrankungen, frühere Suizidversuche, familiäre Belastung und soziale Isolation.

Methoden



Studiendesign

In die Untersuchung wurden konsekutiv alle erwachsenen Patienten aufgenommen, die im Zeitraum von 1998–2001 aufgrund eines medikamentösen Suizidversuchs (initialer Suizidversuch) auf der Intensivstation des Universitätsospitals Basel hospitalisiert waren, unabhängig von der Art des rezeptpflichtigen Medikaments. Auf dieser Station werden nur Patienten mit vitaler Bedrohung aufgenommen. Die Aufnahmekriterien

für intoxikierte Patienten sind das Vorliegen eines Komats (GCS < 13), epileptischer Anfall, respiratorische Insuffizienz, instabiler Kreislauf, EKG-Veränderungen, die gehäuft zu lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen führen (Verbreiterung des QRS-Komplexes, QT-Verlängerung), Hypo- oder Hyperthermie oder ein zusätzliches schweres Trauma (z.B. nach Sturz in intoxikiertem Zustand).

Einziges Ausschlusskriterium war die Nicht-Ansässigkeit in Basel-Stadt. Da alle erwachsenen Patienten mit schweren medikamentösen Suizidversuchen aus Basel-Stadt auf dieser Station hospitalisiert werden, handelt es sich um eine repräsentative Erfassung von Patienten mit lebensbedrohenden medikamentösen Suizidversuchen.

Jeder Patient wurde, sobald er wieder dazu in der Lage war, durch einen Konsiliarpsychiater der Psychiatrischen Poliklinik untersucht, der den psychiatrischen Befund und die Vorgeschichte dokumentierte. Dies entspricht dem standardisierten Ablauf bei Patienten mit medikamentösem Suizidversuch auf der Intensivstation, da der Psychiater hinzugezogen wird, um neben einer möglichen psychiatrischen Diagnose auch die weiterhin bestehende Suizidalität zu beurteilen. Die Diagnosen wurden nach den klinisch-diagnostischen ICD-10-Leitlinien [8] kodiert.

Bei der Untersuchung zum Zeitpunkt der Intoxikation und Behandlung auf der Intensivstation wurde nur die Hauptdiagnose erfasst. Komorbiditäten konnten zu diesem Zeitpunkt nicht berücksichtigt werden, da der Zustand der Patienten eine ausführliche psychiatrische Untersuchung nicht erlaubte.

Die soziodemografischen Daten der Patienten konnten über den Patientenerfassungsbogen, welcher bei Eintritt in die Klinik ausgefüllt wurde, gewonnen werden. Diese Daten wurden dann mit denen der erwachsenen Allgemeinbevölkerung von Basel-Stadt [9] verglichen, um Risikofaktoren zu identifizieren.

Für die *Verlaufsuntersuchung* (Abb. 1) bezüglich weiterer Suizidversuche und Suizide wurde der Zeitraum bis zum 31.12.2005 gewählt (Katamnese-Zeitraum: vier bis sieben Jahre).

- Zum einen wurden über das Einwohnermeldeamt Informationen darüber gesammelt, wie viele der noch in Basel lebenden Patienten bis Ende 2005 verstorben waren. Das Rechtsmedizinische Institut konnte dann Auskunft geben, bei wie vielen der Verstorbenen eine Obduktion erfolgte und bei wie vielen davon Suizid als Todesursache festgestellt wurde.
- Für die Teilgruppe, die nach dem initialen Suizidversuch erneut Kontakt zur Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsospitals Basel hatte, wurden genauere Daten auch bezüglich weiterer Suizidversuche erhoben. Die Informationen wurden durch Aktenstudium gewonnen.

Die Studie wurde durch die Ethikkommission beider Basel (EKBB) geprüft und stimmt mit den Richtlinien der Deklaration von Helsinki überein.

Statistische Analysen

Die Datenanalyse wurde mit dem *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) durchgeführt. Chi² wurde berechnet, um die Häufigkeitsverteilung von Faktoren wie soziodemografischen Daten, Diagnosen und Suizidversuchen innerhalb des Kollektivs zu vergleichen. Ein p-Wert von < 0,05 wurde als signifikant angesehen. Zur Vorhersage eines späteren Suizidversuchs wurde eine logistische Regression (stepwise forward) mit den vorliegenden anamnestischen und Krankheitsvariablen gerechnet.

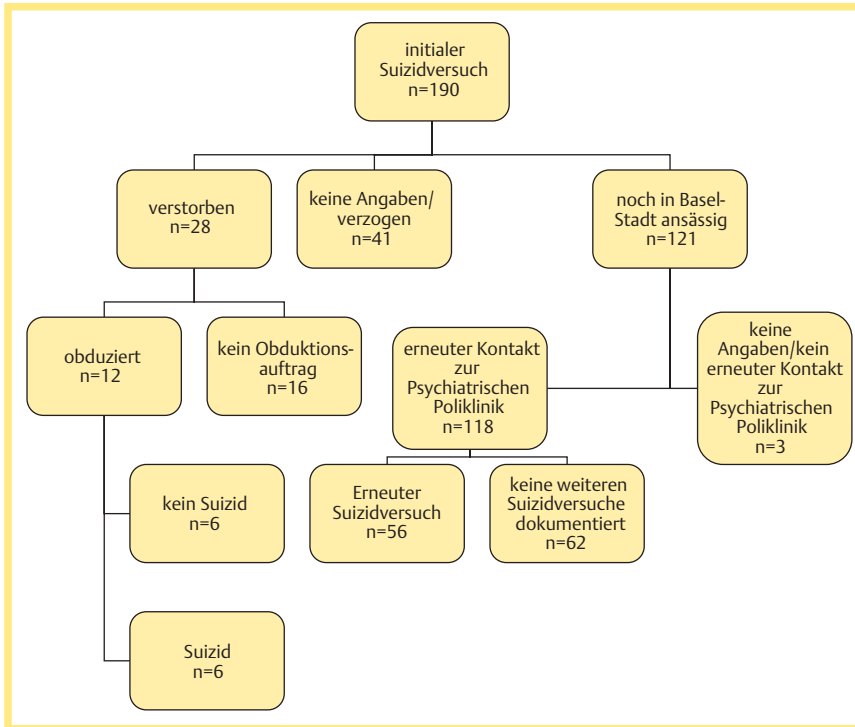


Abb. 1 Darstellung der Verlaufsuntersuchung nach initialem Suizidversuch mit intensivmedizinischer Behandlung.

Ergebnisse

Schwere des Suizidversuchs

Die Patienten wurden bezüglich der medizinischen Komplikationen während des Aufenthalts auf der Intensivstation untersucht, um die Schwere der Intoxikation darzustellen (● **Tab. 1**). Knapp 25% der Patienten mussten künstlich beatmet werden und zwei Drittel der Patienten hatten formal ein Koma, was für schwere Suizidversuche spricht. Die Hospitalisationszeit betrug im Median einen Tag (Range 1–17).

Auch die Wahl der Medikamente sowie die Häufigkeit von Mischintoxikationen (● **Tab. 2**), die aufgrund der Interaktionen für ausgeprägtere Komplikationen sorgen können, sprechen, ebenso wie die medizinischen Komplikationen, für die Schwere des Suizidversuchs [10].

Soziodemografische Daten im Vergleich mit der erwachsenen Allgemeinbevölkerung von Basel-Stadt

Zum Zeitpunkt des initialen Suizidversuchs, welcher zur Hospitalisierung auf der Intensivstation des Universitätsspitals Basel im Zeitraum vom 1.1.1998–31.12.2001 führte, fand sich bei den Patienten ein Durchschnittsalter von 39 Jahren, der Altersbereich lag zwischen 18 und 86 Jahren. Bezogen auf die Geschlechterverteilung zeigt sich ein Häufigkeitsverhältnis zwischen Frauen und Männern von sieben zu drei, was im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung des urbanen Kantons Basel-Stadt einen signifikant höheren Anteil von Frauen in der Patientenpopulation bedeutet. Ebenfalls signifikant erhöht war der Anteil der ledigen und getrennt lebenden bzw. geschiedenen Patienten, der protestantischen oder muslimischen Patienten, der türkischen Patienten, der durch Invalidisierung berenteten Patienten sowie der Patienten mit einem gegenüber der Allgemeinbevölkerung niedrigeren Bildungsstand (● **Tab. 3**).

Tab. 1 Medizinische Komplikationen nach Suizidversuch.

Ereignis	n = 190
Intubation und künstliche Beatmung	46 (24,2%)
– vor Aufnahme auf Intensivstation	9 (4,7%)
– auf Intensivstation	37 (19,5%)
Kreislaufstillstand mit Reanimation	8 (4,2%)
– vor Aufnahme auf Intensivstation	3 (1,6%)
– auf Intensivstation	5 (2,6%)
epileptischer Anfall	20 (10,5%)
– vor Aufnahme auf Intensivstation	9 (4,7%)
– auf Intensivstation	11 (5,8%)
Hypotension (systolischer BD < 90 mmHg)	38 (20%)
akute Niereninsuffizienz (passagerer Anstieg Kreatinin > 120 µmol/l)	15 (7,1%)
Verbreiterung des QRS-Komplexes > 0,1 s	27 (14,2%)
Verlängerung der QTc-Zeit > 0,44 s	87 (45,8%)
GCS (Glasgow Coma Scale) < 10	90 (47,4%)
GCS (Glasgow Coma Scale) < 13	121 (63,6%)

Tab. 2 Für den Index-Suizidversuch verwendete Substanzklassen und Arten der Intoxikation.

Art und Substanzklasse der Intoxikation	n = 190
Monointoxikation mit Antidepressiva	19
Monointoxikation mit Neuroleptika	12
Monointoxikation mit Benzodiazepinen	16
Monointoxikation mit anderen Substanzklassen (Hypnotika, Suchtersatzstoffen, somatische Medikamente etc.)	35
Mischintoxikationen aus einer/allen Substanzklassen und/oder Kombinationen mit Alkohol und/oder anderen Stoffen	108

Tab. 3 Vergleich der soziodemografischen Daten von 190 erwachsenen Patienten mit Status nach initialem Suizidversuch mit der erwachsenen Allgemeinbevölkerung von Basel-Stadt.

soziodemografische Daten		Stichprobe n = 190	erwachsene Allgemeinbevölkerung Basel-Stadt n = 159 380	Chi ²
Geschlecht	weiblich	129 (68%)	85 207 (53%)	$\chi^2 = 15,89$, df = 1, p < 0,01
	männlich	61 (32%)	74 173 (47%)	
Zivilstand	ledig	98 (53%)	49 457 (31%)	$\chi^2 = 83,95$, df = 3, p < 0,01
	verheiratet	44 (24%)	81 533 (51%)	
	geschieden/getrennt	36 (19%)	14 273 (9%)	
	verwitwet	7 (4%)	14 117 (9%)	
Religion	ohne	62 (32%)	59 033 (37%)	$\chi^2 = 34,29$, df = 4, p < 0,01
	protestantisch	60 (32%)	40 660 (26%)	
	katholisch	40 (21%)	40 163 (25%)	
	Islam	25 (13%)	8 545 (5%)	
	andere	3 (2%)	10 979 (7%)	
Nationalität	Schweiz	137 (72%)	118 215 (74%)	$\chi^2 = 20,20$, df = 4, p < 0,01
	Türkei	18 (9%)	5 650 (4%)	
	Italien	9 (5%)	8 699 (5%)	
	Deutschland	5 (3%)	5 602 (4%)	
	andere	21 (11%)	21 214 (13%)	
Ausbildung	obligatorische Schulbildung	93 (56%)	38 286 (27%)	$\chi^2 = 76,45$, df = 3, p < 0,01
	Berufslehre	41 (25%)	67 162 (48%)	
	Fachhochschule	10 (6%)	18 966 (13%)	
	Hochschule und Universität	22 (13%)	17 289 (12%)	
Beschäftigung	IV Rente	57 (31%)	5 187 (4%)	$\chi^2 = 510,69$, df = 6, p < 0,01
	Vollzeitbeschäftigung	37 (21%)	56 714 (39%)	
	Teilzeitbeschäftigung	27 (15%)	25 727 (18%)	
	arbeitslos	26 (14%)	5 649 (4%)	
	Arbeit in eigenem Haushalt	14 (8%)	23 154 (16%)	
	Student	10 (6%)	1 575 (1%)	
	Altersrente	9 (5%)	25 324 (18%)	

Diagnosen

Alle Patienten litten an einer psychiatrischen Störung. Die häufigsten Diagnosen nach ICD-10 waren aus dem Bereich der affektiven Störungen, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen. Bei nur 27 Patienten (14%) wurde die Diagnose einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung gestellt (● Tab. 4).

Familienanamnese

45% der Patienten hatten keine familiäre Belastung durch psychiatrische Erkrankungen angegeben. 40% gaben eine familiäre Vorbelastung an. Bei 15% war dies unbekannt. Bei 8% der Patienten wurde ein Suizid in der Verwandtschaft ersten Grades angegeben.

Frühere psychiatrische Behandlungen und Suizidversuche

120 Patienten (63%) waren bereits vor dem initialen Suizidversuch mindestens einmal in der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel in Behandlung gewesen.

Von 55% aller Patienten wurde kein früherer Suizidversuch angegeben, bei 42% gab es mindestens einen Suizidversuch in der Vorgeschichte. Bei 3% war dies unbekannt. Die Suizidversuche vor dem Index-Suizidversuch wurden am häufigsten mit rezeptpflichtigen Medikamenten verübt, nämlich in 81% der Fälle. Bei 4% handelte es sich um Intoxikationen anderer Art (Drogen, Alkohol), bei 12% um andere Methoden (Schneiden, Stechen, Erhängen, Sprung in die Tiefe) und bei 3% war die Methode nicht dokumentiert.

Spätere psychiatrische Behandlungen, Suizidversuche und Faktoren, die suizidales Verhalten beeinflussen

In der Verlaufsuntersuchung wurden alle Unterlagen derjenigen 118 Patienten geprüft, die nach dem initialen Suizidversuch wieder Kontakt zur Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel hatten. Bei 56 dieser Patienten war ein erneuter Suizidversuch dokumentiert. 55% der Patienten wählten eine Intoxikation mit rezeptpflichtigen Medikamenten als erneute Methode, in 34% war die Art des erneuten Suizidversuchs nicht dokumentiert und bei den übrigen 11% wurde eine andere Methode angewandt.

Im Vergleich mit der Subpopulation, in der kein weiterer Suizidversuch dokumentiert war, zeigte sich, dass die Patienten mit weiteren Suizidversuchen bereits in der Vorgeschichte Suizidversuche unternommen und Kontakt zur Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel gehabt hatten. Sie waren signifikant häufiger an Persönlichkeitsstörungen erkrankt, alleinstehend und hatten einen Hochschulabschluss.

Zur Vorhersage (● Tab. 5) eines späteren Suizidversuchs (= abhängige Variable) wurde eine logistische Regression berechnet mit den vorliegenden Anamnese- und Krankheitsvariablen (Geschlecht, Zivilstand, Nationalität, Religion, Beschäftigung, Diagnose, frühere Suizidversuche und frühere Behandlungen in der Psychiatrischen Poliklinik).

Dabei ließen sich nur die folgenden beiden Variablen als relevante Prädiktoren identifizieren ($R^2 = .44$; $\chi^2 = 44,25$, df = 2, p < 0,01):

- ▶ Diagnose einer Persönlichkeitsstörung
- ▶ Frühere Suizidversuche

Tab. 4 Verteilung der psychiatrischen Diagnosen (ICD-10) zum Zeitpunkt des initialen Suizidversuchs.

Diagnose	n = 190
F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1 (1%)
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	37 (19%)
– F 10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	21 (11%)
– F 11: Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	7 (4%)
– F 12: Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabis	7 (4%)
– Übrige Diagnosen aus F 1	2 (2%)
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	26 (14%)
– F 20: Schizophrenie	16 (8%)
– F 25: Schizoaffective Störungen	6 (3%)
– Übrige Diagnosen aus F 2	4 (3%)
F3: Affektive Störungen	54 (28%)
– F 31: Bipolare affektive Störung	7 (4%)
– F 32: Depressive Episode	25 (14%)
– F 33: Rezidivierende depressive Störungen	19 (10%)
– Übrige Diagnosen aus F 3	3 (2%)
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	27 (14%)
– F 43: Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen	27 (14%)
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1 (1%)
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	44 (23%)
– F 60: Spezifische Persönlichkeitsstörungen	41 (21%)
– Übrige Diagnosen aus F 6	3 (2%)

Tab. 5 Signifikante, mit erneuten Suizidversuchen assoziierte Faktoren.

Variable	erneuter Suizidversuch		Testergebnis
	Ja	Nein	
Diagnose ICD-10 F 6	Ja 32	5	$\chi^2 = 30,68$, df = 1, p < 0,01
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Nein 24	57	
Alleinstehend	Ja 38	22	$\chi^2 = 10,02$, df = 1, p < 0,01
	Nein 18	38	
Hochschulabschluss	Ja 15	1	$\chi^2 = 13,99$, df = 1, p < 0,01
	Nein 35	54	
Frühere Behandlungen in der Psychiatrischen Poliklinik	Ja 50	43	$\chi^2 = 5,85$, df = 1, p < 0,05
	Nein 6	19	
Frühere Suizidversuche	Ja 48	24	$\chi^2 = 27,33$, df = 1, p ≤ 0,001
	Nein 8	38	

Die Gesamttrefferquote der richtigen Zuordnungen lag bei 78%, wobei 96,8% derjenigen, die später keinen Suizidversuch mehr unternahmen, richtig identifiziert werden konnten (hohe Spezifität), aber nur 57,1% derjenigen mit einem erneuten Suizidversuch (geringe Sensitivität). Das bedeutet, dass bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen und ohne frühere Suizidversuche mit relativ hoher Spezifität vorhergesagt werden konnte, dass sie später keinen Suizidversuch mehr unternahmen. Neben den beiden identifizierten Variablen scheinen somit weitere, bisher nicht bekannte Einflussgrößen für weitere Suizidversuche relevant zu sein.

Spätere vollendete Suizide

Bis Ende 2005 lebten noch 121 Patienten in Basel-Stadt, weitere 28 waren verstorben, womit die Mortalität im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung von Basel-Stadt nicht signifikant erhöht war. Verglichen wurden, alterskorrigiert, nur alle erwachsenen Einwohner mit den Patienten, da sich in der Patientengruppe nur erwachsene Menschen befanden.

In zwölf dieser Fälle war eine Obduktion erfolgt. Bei sechs Patienten lag ein Suizid als Todesursache vor. Vier Patienten verstarben an einer natürlichen Todesursache, einer an den Folgen eines Unfalls und einer wurde Opfer eines Tötungsdelikts.

Bei einem der insgesamt 28 Verstorbenen war die Todesursache unklar, da kein Obduktionsauftrag vorlag, ein Suizid schien jedoch in Zusammenschau der Befunde wahrscheinlich.

Von den sechs durch Suizid verstorbenen Patienten waren vier Frauen und zwei Männer, vier Schweizer und zwei Deutsche. Drei Patienten litten an einer Suchterkrankung und drei an einer affektiven Störung. Alle sechs Patienten hatten schon vor dem initialen Suizidversuch in der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel in Behandlung gestanden und wurden auch nach der Hospitalisierung wegen des Suizidversuchs weiterhin dort behandelt. Drei Patienten hatten bereits vor dem initialen Suizidversuch mindestens einen weiteren Suizidversuch unternommen, bei den restlichen drei Patienten war dies nicht dokumentiert. Ein späterer Suizidversuch zwischen dem Index-Suizidversuch mit Medikamentenintoxikation und dem vollendeten Suizid konnte nur bei zwei Patienten sicher nachgewiesen werden, bei drei Patienten ließ sich ein solcher nicht nachweisen und bei einem Patienten war kein erneuter Suizidversuch erfolgt.

Keine Aussage kann über den weiteren Verlauf der 41 Patienten getroffen werden, die nach dem initialen Suizidversuch unbekannt verzogen waren oder über die keine weiteren Angaben vorlagen. Die soziodemografischen Merkmale innerhalb dieser Patientengruppe waren ähnlich verteilt wie in der gesamten Patientengruppe zum Zeitpunkt des Index-Suizidversuchs: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung war der Anteil der Frauen erhöht (n=29), mehr Patienten waren alleinstehend (n=23), hatten einen geringeren Bildungsgrad (n=28), waren häufiger arbeitslos und bezogen eine Invaliditätsrente (n=22). Auch der Anteil der Patienten mit früheren Suizidversuchen sowie die Verteilung der Diagnosen innerhalb der Diagnoseschlüssel ICD-10 F1 bis F6 wies keine signifikanten Unterschiede auf.

Diskussion

Im ersten Teil unserer Studie zeigte der Vergleich der Patienten, die nach einem medikamentösen Suizidversuch intensivmedizinisch behandelt wurden, mit der Allgemeinbevölkerung von Basel-Stadt, dass psychische Erkrankungen mit krankheitsbedingter Berentung, weibliches Geschlecht, niedriges Bildungsniveau, fehlende Beschäftigung und fehlende soziale Bindung Risikofaktoren für suizidales Verhalten mit hochtoxischen Medikamenten sind.

Die Risikofaktoren bei dieser Subpopulation sind somit ähnlich den allgemeinen Risikofaktoren für Suizidversuche [11]. So belegen bereits frühere Untersuchungen in verschiedenen europäischen Ländern, dass Geschlecht und Art der psychischen Erkrankung einen Einfluss auf die Häufigkeit von Suizidversuchen haben [12, 13].

Insbesondere ist seit längerem bekannt, dass Suizidversuche mehrheitlich von Frauen unternommen werden [14]. Dies wurde auch in unserer Studie bestätigt, waren doch zwei Drittel der Patienten weiblichen Geschlechts. Auch ist bekannt, dass Frauen eher Suizidversuche mit Medikamenten und anderen Substanzen begehen, während Männer eher zu ‚harten‘ Methoden wie Schusswaffen, Erhängen etc. greifen [15]. Damit wird u.a. erklärt, dass die Rate vollendeter Suizide bei Männern höher sei, obwohl die Rate von Suizidversuchen bei Frauen höher ist. Unsere Ergebnisse zeigen aber, dass durchaus auch medikamentöse Suizidversuche sehr ‚hart‘ (d.h. lebensbedrohlich) sein können. An psychiatrischen Erkrankungen litten alle unsere Patienten. Ein Großteil des Patientenkollektivs war krankheitsbedingt invalidisiert, was auf schwerere psychiatrische Erkrankungen hinweist.

Dass affektive Erkrankungen und schizophrene Psychosen, ferner auch Sucht und Persönlichkeitsstörungen das Risiko suicidalen Verhaltens erhöhen, ist ebenfalls bekannt [16]. In unserer Untersuchung beträgt die Häufigkeit der Diagnosegruppen F3 (affektive Erkrankungen), F6 (Persönlichkeitsstörungen) und F2 (Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises) zusammen zwei Drittel des gesamten Patientenkollektivs.

Eine familiäre Vorbelastung bezüglich psychiatrischer Erkrankungen ließ sich bei 40% der Patienten nachweisen. Suizide in der Familie fanden sich bei 8%. Schon frühere Studien belegen ein erhöhtes Risiko für suicidalen Verhalten beim Vorhandensein von psychiatrischen Erkrankungen und Suiziden in der Familiengeschichte [17].

Ferner wurde gezeigt, dass der sozioökonomische Status dahingehend eine Rolle spielt, dass geringe Schulbildung und begrenzte finanzielle Möglichkeiten bei Patienten mit Suizidversuchen häufiger nachzuweisen sind [18, 19]. In unserer Untersuchung fand sich bei annähernd der Hälfte der Patienten ein geringeres Bildungsniveau. Auch war nur ein Drittel des Kollektivs erwerbstätig bzw. in Teilzeitanstellung beschäftigt.

Des Weiteren ist durch Studien belegt, dass eine fehlende partnerschaftliche Bindung häufiger mit Suizidversuchen assoziiert ist [14]. In unserem Kollektiv lebten etwas mehr als die Hälfte zum Zeitpunkt des Ereignisses alleine.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die von uns untersuchte Patientengruppe hinsichtlich Risikofaktoren für suicidalen Verhalten denen anderer Untersuchungen entspricht, selbst wenn dort die Subpopulationen nach anderen Kriterien bestimmt wurden, z.B. nach der Methode des Suizidversuchs, nach Diagnosen, Alter oder der Notwendigkeit einer Behandlung auf einer Intensivstation. Armut, vorangegangene Suizidversuche, weibliches Geschlecht und fehlende soziale Bindung sowie Suizide in der Familiengeschichte sind auch in Vergleichsuntersuchungen [20, 21] in der Literatur immer wieder beschriebene Risikofaktoren für Suizidversuche.

Im zweiten Teil unserer Arbeit wurde der weitere Krankheitsverlauf, insbesondere im Hinblick auf erneute Suizidversuche bzw. vollendete Suizide ermittelt.

Bei 56 von 118 Patienten mit klinischen Verlaufsdaten war nach dem Index-Suizidversuch mit Medikamentenintoxikation mindestens ein erneuter Suizidversuch erfolgt. Diesbezüglich erwiesen sich in unserem Patientenkollektiv die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sowie Suizidversuche in der Vorgeschichte als relevante Prädiktoren.

28 Patienten waren verstorben; 12 wurden obduziert. Von diesen waren sechs nachweislich an einem Suizid verstorben. Da-

mit bestätigte sich auch in unserer Subpopulation von Patienten mit intensivpflichtigen Medikamentenintoxikationen, dass nach dem Suizidversuch ein sehr hohes Wiederholungsrisiko besteht. Im Falle der Patienten mit Medikamentenintoxikation ist dies insbesondere gegeben, wenn zusätzlich zu früheren Suizidversuchen auch eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Des Weiteren zeigte sich, dass es relativ häufig auch zu einem vollendeten Suizid kommt. Studien zu suicidalen Verhalten im europäischen Raum beschreiben das Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung ebenfalls als Risikofaktor für weitere Suizidversuche [22].

Die von uns untersuchte Subpopulation hat nicht nur zu einer vergleichsweise aggressiven Methode gegriffen, auch lag die Rate erneuter Suizidversuche und Suizide über denen vergleichbarer Suizidalitätsstudien, und das Risiko für einen späteren vollendeten Suizid war im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um ein Vielfaches höher [23].

Bei den nicht obduzierten 16 Patienten ließ sich eine nicht natürliche Todesursache nicht gänzlich ausschließen. Da bei der Leichenschau durch den zuständigen Arzt kein Auftrag zur Obduktion erfolgte, dürfte jedoch eine natürliche Todesursache vorgelegen haben.

Durch die ärztliche Betreuung allein können weitere Suizidversuche und vollendete Suizide offensichtlich nicht in ausreichendem Masse verhindert werden, da zwei Drittel der Patienten schon vor dem Index-Suizidversuch Kontakt mit der Psychiatrischen Poliklinik gehabt hatten und es bei 29% in der Folgezeit zu einem erneuten Suizidversuch kam.

Im Sinne der Suizidprävention sollte daher bei Patienten mit dem oben genannten Risikoprofil die Verschreibung von Medikamenten äußerst zurückhaltend und nur in kleinen Packungsgrößen erfolgen, da die Wahrscheinlichkeit für einen erneuten medikamentösen Suizidversuch erhöht ist. Wenn Medikamente rezeptiert werden, sollten solche ausgewählt werden, die eine möglichst hohe therapeutische Breite haben, damit im Falle einer erneuten Intoxikation möglichst wenig somatische Komplikationen auftreten.

Take Home Message

Bei Patienten, die einen schweren, intensivpflichtigen medikamentösen Suizidversuch unternommen haben, sollten im weiteren Verlauf möglichst nur Medikamente mit hoher therapeutischer Breite, also geringer Toxizität, eingesetzt werden, und sie sollten immer eine psychiatrische Abklärung sowie eine intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Nachbetreuung erfahren.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Beaglehole R, Irwin A, Prentice T. et al. World Health Organisation. The World Health Report. Genf: World Health Organization; 2003; 1. Aufl: 19–20
- 2 SUPRE, the WHO worldwide initiative for the prevention of suicide. How to start a survivors group. Genf: World Health Organization; 2000
- 3 Guo B, Harstall C. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004: 4
- 4 Bundesamt für Gesundheit. Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251). Bern; 2005: 4–38

- 5 Michel K, Knecht C, Kohler I et al. Suizidversuche in der Agglomeration Bern. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1991; 121: 1133–1139
- 6 Reisch T, Maillart A, Michel K. Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern im Rahmen der WHO/Euro Multicenter Study on Suicidal Behaviour und des Berner Bündnisses gegen Depression. Bern; 2007
- 7 Rogers JR. Theoretical grounding: „the missing link“ in suicide research. J Counsel Dev 2001; 79: 16–29
- 8 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber; 1996; 3. Aufl
- 9 Bundesamt für Statistik. Eidgenössische Volkszählung (VZ). Bern; 2000–2001
- 10 Arranto CA, Mueller C, Hunziker PR et al. Adverse cardiac events in ICU patients with presumptive antidepressant overdose. Swiss Med Wkly 2003; 133: 479–483
- 11 Sudhir Kumar CT, Mohan R, Ranjith G et al. Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. J Affect Disord 2006; 91: 77–81
- 12 Fekete S, Voros V, Osvath P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. Croat Med J 2005; 46: 288–293
- 13 Quin P, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N et al. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. Br J Psychiatry 2000; 177: 546–550
- 14 Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. Br J Psychiatry 2005; 186: 314–318
- 15 Hepp U, Ring M, Frei A et al. Suicide trends diverge by method: Swiss suicide rates 1969–2005. Eur Psychiatry 2010; 25: 129–135
- 16 Mann J, Waternaux C, Haas GL et al. Toward a Clinical Model of Suicidal Behaviour in Psychiatric Patients. Am J Psychiatry 1999; 156: 181–189
- 17 Runeson B, Åsberg M. Family History of Suicide Among Suicide Victims. Am J Psychiatry 2003; 160: 1525–1526
- 18 Taylor R, Page A, Morrell S et al. Socio-economic differentials in mental disorders and suicide attempts in Australia. Br J Psychiatry 2004; 185: 486–493
- 19 De Leo D, Cerin E, Spathonis K et al. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. J Affect Disord 2005; 86: 215–224
- 20 Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 327–338
- 21 Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. Am J Psychiatry 2003; 160: 765–772
- 22 Bernal M, Haro JM, Bernert S et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. J Affect Disord 2007; 101: 27–34
- 23 Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry 2002; 181: 193–199