

«Suizid beim Namen nennen»

PUBLIC HEALTH Die Schweiz hat eine der höchsten Selbstmordraten. Der Psychiater Mario Etzensberger über mögliche Ursachen und Prävention.

IRENE DIETSCHI

Mit 19,3 Suiziden auf 100 000 Einwohner nimmt die Schweiz im weltweiten Vergleich den 9. Rang ein. Hierzulande sterben mehr Menschen an Selbstmord als an Aids, Drogenkonsum und Verkehrsunfällen zusammengenommen. Warum diese Zahlen in einem Land, dem es so gut geht?

Mario Etzensberger: Das ist ein Rätsel, und es hat niemand wirklich eine erschöpfende Antwort darauf. Ein Hauptrisikofaktor sind psychische Erkrankungen, die stark von der Genetik eines Menschen oder einer Bevölkerung abhängen. Sie machen hierzulande 70 Prozent der Suizide aus.

Gibt es Lebensumstände, die den Suizid fördern?

Etzensberger: Selbstverständlich. Schulden, Beziehungsprobleme oder soziale Isolation können zum Suizid führen. Wobei man betonen muss:

Männer sind bei Suizidversuchen viel heftiger als Frauen

Es gibt mehr Leute mit den gleichen Lebensumständen, die nicht depressiv und dann suizidal werden. Es braucht eine Veranlagung dazu, wie bei vielen anderen Krankheiten auch.

Beim Geschlechtervergleich fällt auf, dass Männer, zumindest die jungen, dreimal häufiger den Freitod wählen als Frauen. Warum?

Etzensberger: Männer neigen zu kräftigeren, aggressiveren Reaktionen im Körperbereich. Entsprechend sind sie auch bei Suizidversuchen heftiger als Frauen, die eher zurückhaltend sind und weichere Methoden wählen. Mit Medikamenten bringt man sich weniger effektiv um als mit der Pistole oder indem man sich unter den Zug wirft.

Was tun Sie als Psychiater mit einer Person, die Suizid begehen will?

Etzensberger: Das Erste: diesen Menschen im Moment daran hindern, sich umzubringen. Das gelingt nie hundertprozentig. Sie können jemanden festbinden, und er oder sie findet immer noch eine Möglichkeit, eine suizidale Handlung zu begehen. Als Zweites muss abgeklärt werden, ob eine Krankheit dahintersteckt, etwa eine Depression. Wenn diese behandelt wird, mit Medikamenten und einer Gesprächsthera-



ZUR PERSON

Dr. med. Mario Etzensberger ist Psychiater und Chefarzt der Klinik Königsfelden.

SUSI BODMER

pie, geht häufig auch die Suizidalität weg.

Warum kann es überhaupt passieren, dass jemand keinen anderen Ausweg aus seinen Problemen mehr sieht, als sich umzubringen?

Etzensberger: Weil ihm alle anderen Auswege entweder nicht in den Sinn kommen oder trivial erscheinen. «Einengung» nannte dieses Syndrom der berühmte Wiener Psychiater Erwin Ringel. Indem wir hier den Patienten in einer geschützten, geschlossenen Atmosphäre aufnehmen, wecken wir erste Lebensgeister: Er will hier raus, er fängt an, gegen die Ärzte und die verschlossenen Türen anzukämpfen. Dadurch weitet sich der Horizont, er hat wieder ein

erstes Ziel, und der Suizid ist nur noch einer von mehreren Optionen. Hinzu kommt, dass sich viele Patienten hier sicherer fühlen. Sie können reden und bekommen zu hören, dass es noch andere Perspektiven gibt, wo vorher hoffnungsloses Kreisen war.

Was soll man als Freundin, Partner unternehmen, wenn man merkt, dass jemand suizidgefährdet ist?

Etzensberger: Wenn ich Freund und Partner bin, dann darf ich darauf vertrauen und auf diesem Boden das Problem direkt ansprechen: «Ich habe das Gefühl, du bist drauf und dran, dich umzubringen – ist es so?» Man soll nicht um den heissen Brei herumreden und zum Beispiel von «dummen Ideen» reden, sondern

das Problem beim Namen nennen. In 70 bis 80 Prozent der Fälle genügt dies bereits. Wenn nicht, muss man sich Hilfe holen: den Hausarzt, den Psychiater, Beratungsstellen aufsuchen und hoffen, dass dieser Mensch mitkommt. Wenn auch das nichts nützt, muss ein Arzt einen fürsorglichen Freiheitsentzug anordnen. Das ist Ultima Ratio. Das richtige Vorgehen zu wählen, ist sehr schwierig, denn im Vorneherein wissen Sie nie, ob eine Äusserung wirklich zum Suizid führt.

Das Suizidrisiko steigt mit dem Alter. Wird das unterschätzt?

Etzensberger: Ja, sehr. Gemessen an Krebs oder Herz-Erkrankungen, an denen die Menschen sterben, scheint der Suizid im Alter

zwar selten, in absoluten Zahlen betrachtet aber ist er sehr häufig. Viele alte Menschen suchen nach dem Lebenssinn. Wenn Ihnen jemand diese Frage stellt, fällt auch einem Psychiater das Antworten schwer. Früher schöpften alte Menschen ihren Sinn aus der Religion, heute wird das hinterfragt. Dann gibt es keine Hoffnung, keine Perspektive mehr. Aber auch bei den Alterssuiziden beträgt der Anteil der psychisch Kranken 70 Prozent. Diese Probleme, etwa Depressionen, werden bei vielen Alten nicht adäquat behandelt, weil man ihren Zustand altersgerecht empfindet.

Wie stehen Sie zur aktiven Sterbehilfe?

Etzensberger: Die ist verboten, keine Frage.

Und die Beihilfe zum Suizid, wie Dignitas oder Exit sie anbieten?

Etzensberger: Etwa ein Viertel der Suizide geschieht in diesem Rahmen. Hier gibt es drei Gruppen: Die erste hat Angst vor dem Tod, weil sie sich das Sterben als ungeheuer qualvoll vorstellt. Bei besserer Information über die Palliativmedizin liessen sich solche Ängste weitgehend beruhigen. Bei der Gruppe der psychisch Kranken bin ich gegen die Beihilfe.

Das Suizidrisiko im Alter wird allgemein sehr unterschätzt

fe – nicht, weil ich diesen Menschen den Suizid missgönnte, sondern, weil sie zum Entscheiden gesund sein müssten. Die dritte Gruppe sind Menschen mit unbehandelbaren, neurodegenerativen Krankheiten, die mit Sicherheit in einer gewissen Zeit bei voller geistiger Klarheit zum Tod führen, Beispiel ALS. Bei dieser Aussicht verstehe ich jeden Menschen, der sagt: Nein, das will ich nicht.

Wie müsste ein nationales Suizid-Präventions-Programm aussehen?

Etzensberger: Sinnvoll wäre ein bescheidenes, aber auf Kontinuität ausgerichtetes Programm, das sich an Lehrer, Lehrmeister, Eltern, Beratungsstellen, Hausärzte und Pflegenden richtet. Diese sollten regelmässig dafür aus- und weitergebildet werden, Suizidgefährdete besser zu erkennen. Auf der dänischen Insel Bornholm wurden sämtliche Hausärzte so instruiert, und die Suizidrate ist gesunken.