

C2754

Suizid-Prophylaxe durch den Arzt

Das Suizid-Risiko wird vom behandelnden Arzt, auch von Psychiatern, häufig nicht erkannt.

In der Schweiz wurden die Angehörigen von je 50 Suizid-Versuchern und Suizid-Opfern ausführlich befragt. Dabei stellte sich heraus, daß 92% der Suizid-Versucher und 86% der Suizid-Vollender in den letzten sechs Monaten vor dem Ereignis in ärztlicher Behandlung gewesen waren. Am häufigsten hatten sie ihre Hausärzte aufgesucht, allerdings standen auch recht viele Patienten – beinahe die Hälfte der Suizid-Voll-

Tabelle: Art der ärztlichen Kontakte von Suizid-Versuchern und Suizid-Vollendern innerhalb der letzten sechs Monate.

	Suizidversucher (n = 50)	Suizidvollender (n = 50)
Hausärzte (Allgemeinpraktiker, Internisten)	38 (76%)	29 (25%)
Spezialärzte (vor allem Gynäkologen, Chirurgen)	14 (28%)	10 (20%)
Psychiater	18 (36%)	21 (42%)
Psychiatrische Klinik	3 (6%)	11 (22%)
Akutspital/Notfallstation	10 (20%)	12 (24%)
Konsiliarpsychiater im Spital	2 (4%)	7 (14%)
Psychologen	1 (2%)	2 (4%)

ender – in ambulanter psychiatrischer Behandlung (siehe Tabelle). Die Hälfte der Patienten war den behandelnden Ärzten schon über längere Zeit, meist über Jahre, bekannt. Etliche Patienten hatten ihren Arzt zuletzt ein bis zwei Tage vor dem Suizid gesehen.

Bemerkenswerterweise waren frühere Suizid-Versuche dem behandelnden Arzt bei den Suizid-Versuchern in 67% und bei den Suizid-Vollendern in 38% der Fälle nicht bekannt. Auch von suizidalen Absichten, die der Patient den Angehörigen gegenüber geäußert hatte, wußte der Arzt in über 70% bzw.

50% der Fälle nichts. Darüber hinaus ergab sich bei der retrospektiven Analyse der Eindruck, daß auch eine ausgeprägte depressive Symptomatik vom Arzt oft nicht erkannt oder zumindest unterschätzt und deswegen wahrscheinlich in vielen Fällen nicht adäquat medikamentös behandelt worden war.

Nach Ansicht der Autoren könnte die Suizid-Prophylaxe durch Ärzte besonders dadurch verbessert werden, daß bei der Erhebung der Anamnese vermehrt nach Suizid-Versuchen gefragt wird. Im positiven Falle muß sich der Arzt auch ein Bild von der Art und Weise bzw. der Gefährlichkeit jener Handlung machen. Zur Abschätzung der Suizid-Gefährdung müssen die bekannten Risikofaktoren, in erster Linie das Vorlie-

gen eines depressiven Syndroms, im weiteren auch Alkohol- und Drogenabusus, schwere Persönlichkeitsprobleme, Schizophrenien, Alter über 45 Jahre, männliches Geschlecht, Arbeitslosigkeit und höhere soziale Schicht berücksichtigt werden. Bei geringstem Verdacht auf suizidale Absichten müssen die Patienten unbedingt direkt darauf angesprochen werden. Sinnvoll kann die Kontaktaufnahme mit nächsten Angehörigen sein. Risikopatienten sollten häufig einbestellt und gegebenenfalls die Überweisung zum Psychiater erwogen werden.

K. Michel (Regionalspital, CH-3800 Interlaken): Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun? Ergebnisse einer Befragung Angehöriger von Suizidversuchern und Suizidopfern. Schweiz. med. Wschr. 116 (1986) 23, 770-774.

Entzündliche Darmerkrankungen, Rauchen und Kontrazeptiva

Die Einnahme oraler Kontrazeptiva und die Rauchgewohnheiten beeinflussen in unterschiedlicher Weise das Auftreten von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn bei Frauen im gebärfähigen Alter.

Die jetzt vorgelegte Analyse kann sich zweifellos auf ein ungewöhnlich großes Kollektiv stützen. Denn zwischen Mai 1968 und Juli 1974 konnten in 17 Zentren für Familienplanung in verschiedenen Teilen Englands und Schottlands insgesamt 17 032 verheiratete Frauen im Alter zwischen 25 und 39 Jahren registriert werden. Zu Beginn nahmen 9653 (56%) Frauen orale Kontrazeptiva, 4217 (25%) benutzten ein Diaphragma und 3162 (19%) eine Intrauterinspirale. Insgesamt wurden 31 Fälle von Colitis ulcerosa und 18 Fälle von Morbus Crohn beobachtet, entsprechend Raten von 0,15 bzw. 0,09 pro 1000 Probandenjahre. Im Vergleich zu den beiden anderen Methoden der Empfängnisverhütung begün-

stigte die Einnahme von oralen Kontrazeptiva beide Erkrankungen, so daß sich die Inzidenzraten etwa verdoppelten (für Colitis ulcerosa 0,26 statt 0,11 pro 1000 Probandenjahre, für Morbus Crohn 0,13 statt 0,07 pro 1000 Probandenjahre). Demgegenüber hatten die Rauchgewohnheiten (s. auch MMW Nr. 12/1984, S. 38) einen gegenteiligen Effekt auf diese beiden entzündlichen Darmerkrankungen: Im Vergleich zu Raucherinnen hatten die Nichtraucherinnen häufiger eine Colitis ulcerosa (0,17 gegenüber 0,11 pro 1000 Probandenjahre), aber seltener einen Morbus Crohn (0,05 gegenüber 0,17 pro 1000 Probandenjahre). Trotz mancherlei Spekulationen bleibt letztlich unklar, worauf diese Zusammenhänge beruhen.

M. Vessey u. Mitarb. (Dept. of Community Med. and General Practice, Radcliffe Infirmary, Oxford OX2 6HE): Chronic Inflammatory Bowel Disease, Cigarette Smoking, and Use of Oral Contraceptives: Findings in a Large Cohort Study of Women of Childbearing Age. Brit. med. J. 292 (1986) 6528, 1101-1103.