# Suizidalität bei psychotischen (schizophrenen) Störungen

## Definition

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind Suizide deutlich häufiger bei Menschen mit schizophrenen Störungen, ihr Lebenszeit - Risiko an einem Suizid zu Versterben liegt bei 5% (Palmer et al 2005). Patienten mit Schizophrenie wählen häufiger gewalttätige Suizidmethoden (insbesondere Sprung aus großer Höhe), Suizide sind weniger häufig geplant sondern eher impulsiv (allerdings verbalisieren Patienten mit Schizophrenie ihre Intentionen weniger) (Kreyenbuhl et al, 2002)

## Risikofaktoren

### Patientenmerkmalewichtigster Risikofaktor ist ein vorangegangener Suizidversuch;

**Zeitpunkt:** größtes Risiko in den ersten beiden Krankheitsjahren, am höchsten bei jungen Patienten (erste Hospitalisierung zwischen 16 und 20 Lebensjahren). Risiko nimmt mit der Zeit langsam ab.

**Setting:** ambulante Pat. begehen häufiger Suizid als stationäre, besonders kritisch sind die ersten Wochen bis wenige Monate nach Entlassung aus stationärer Behandlung.

**Geschlecht:** männliche Patienten begehen häufiger Suizid als weibliche, allerdings ist der Geschlechtsunterschied geringer ausgeprägt als bei anderen Erkrankungen, Suizidversuche sind dagegen gleich häufig bei Männern und Frauen.

**Sozialer Status:** hohes prämorbides sozioökonomisches Niveau, Single-Status, schlechte soziale Vernetzung

**Kognitives Niveau:** hoher IQ, gute kognitive Funktion, bessere Krankheitseinsicht,

**Klinische Merkmale** sind nur bedingt mit Suizidalität assoziiert: Schweregrad von Halluzinationen und Wahn, imperative Stimmen, Denkstörungen, postpsychotische Depression nach akuter Episode, Schweregrad der depressiven Symptomen.

## Pharmakotherapie

Der Einfluss von AP Therapie auf Suizidalität ist nicht eindeutig zu beurteilen, die Literatur dazu widersprüchlich. Frühere Studien deuteten auf ein möglicherweise erhöhtes Risiko für Suizidalität unter FGAP (Beisser et Blanchette 1961), eventuell durch Neuroleptika – induzierte Akathisie und Dysphorie, andere Autoren fanden erhöhte Mortalität durch Suizid unter Thioxanthenen im Vergleich zu anderen Phenothiazinen, zu Butyrophenonen oder Benzamiden (Montout et al 2002).

Die aktuellen Literatur zeigt dass jede antipsychotische Pharmakotherapie die Suizidrate deutlich reduziert (Haukka et al 2008) und dass das Suizidrisiko von unbehandelten „first Episode“ - Patienten 37-fach gegenüber jenen unter laufender Pharmakotherapie erhöht ist. (Tiihonen 2006). Es finden sich außerdem zahlreiche Hinweise für Unterschiede zwischen den modernen AP hinsichtlich ihrer suizidpräventiven Wirkung. Allerdings gibt es nur wenig robuste prospektive Daten. Am besten belegt ist der Effekt von Clozapin (Meltzer & Okaily 1995, Walker et al 1997, Tiihonen 2009), weitere prospektive Untersuchungen gibt es zu Sertindol (Crocq et al 2010).

## Zusammenfassung

hinsichtlich der Suizid Prävention ist jede antipsychotische Therapie besser als keine Behandlung und SGAP sind besser als FGAP. Die unterschiedlichen Rezeptorprofile verschiedener SGAP, z.B. niedrige D2 – Rezeptor Okkupanz mit geringem Risiko für EPMS (insbesondere Akathisie) und Neuroleptika – induzierter Dysphorie sowie unterschiedliche antidepressive Effekte (über serotonerge Mechanismen), erklären vermutlich die unterschiedlich ausgeprägte suizidpräventive Wirkung.