

# Eine Frage der Formulierung

WIE FRAGEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE NACH SUIZIDGEDANKEN?

VON SUSANNE JAEGER

► Die Einschätzung von Suizidalität ist für die meisten in der Psychiatrie Tätigen ein wichtiger Teil ihrer täglichen Arbeit. Umso erstaunlicher ist es, dass es bisher offenbar kaum Untersuchungen dazu gibt, wie Ärztinnen und Ärzte das Thema ansprechen und das Suizidrisiko tatsächlich erfassen. In einer britischen Studie wurden hierfür Videoaufzeichnungen von Arztgesprächen in psychiatrischen Ambulanzen und Hausarztpraxen analysiert. Die Forscherinnen und Forscher hielten Ausschau nach Gesprächspassagen, in denen nach Suizidgedanken gefragt wurde. In den 319 Mitschnitten aus psychiatrischen Praxen war dies 83-mal der Fall, in den 46 Gesprächen aus Allgemeinarztpraxen sechsmal. Bei jeder Frage wurde geprüft, ob sie geschlossen (also mit Ja oder Nein zu beantworten) oder offen war und ob sie positiv (also nach dem Vorhandensein von Suizidgedanken fragend) oder negativ (nach der Abwesenheit fragend) formuliert war. Zusätzlich wurden der Wortlaut dieser Gesprächspassagen und der weitere Gesprächsverlauf untersucht.

Die Studie ergab, dass drei Viertel der Patientinnen und Patienten auf eine Weise nach Suizidgedanken gefragt wurden, die ihnen nahelegte, Suizidalität von sich zu weisen (»You don't have thoughts of harming yourself?« – »Sie denken nicht darüber nach, sich etwas anzutun?«). Mehr als die Hälfte der Behandelnden stellten ihre Frage ausschließlich in dieser Form.

In der detaillierten Analyse des Wortlauts fanden die Forschenden zudem subtile Formulierungen, die im Englischen Studien zufolge eher zu einer verneinenden oder relativierenden Antwort einladen (z.B. »any«/»irgendein«, »ever«/»jemals« oder »at all«/»überhaupt« im Unterschied zu »some«/»manche«, was eine Zustimmung eher ermöglichte). Nur ein Viertel der Fragen war positiv formuliert, z.B. »Do you feel life is not worth living?« (»Denken Sie, dass das Leben nicht lebenswert ist?«), und nur eine kleine Gruppe der Ärztinnen und Ärzte fragte ausschließlich auf diese Weise.

Die Frageform wiederum hatte nachweislich Einfluss auf die Antworten: Die Befragten wiesen Suizidalität tatsächlich mit höherer Wahrscheinlichkeit von sich, wenn die Frage negativ formuliert war. War sie hingegen positiv formuliert, gab es keine Unterschiede im Anteil der Ja- oder Nein-Antworten. Die Antwort auf die Einstiegsfrage nach Suizidgedanken war wiederum wegweisend dafür, ob die Ärztinnen und Ärzte eine weitere Risikoabschätzung vornahmen oder zum nächsten Punkt übergingen.

Etwa ein Viertel der Befragten beantwortete die Frage nach Suizidgedanken nicht direkt mit Ja oder Nein, sondern reagierte mit einer Erzählung. Offenbar waren diese Personen hinsichtlich des Themas zwiespalten und hatten Mühe, sich auf eine Aussage festzulegen. Die Behandelnden ließen weitere Fragen folgen, bis sie eine klare Ja- oder Nein-Antwort erhielten.

## Verpasste Chance?

Die Forschenden sehen ihre Ergebnisse im Einklang mit bereits bekannten Befunden, dass die Art der Fragestellung die Antworten beeinflussen und verzerren kann. Es gelte Formulierungen zu finden, bei denen die Patientinnen und Patienten sich eingeladen fühlten, ihre Beschwerden auch wirklich zu thematisieren. Aus früheren Studien sei bekannt, dass die meisten Suizide von Menschen begangen würden, denen die Behandelnden ein geringes Risiko attestiert hätten bzw. die beim letzten Arzttermin Suizidideen verneint hätten. Durch das nonverbale Verhalten des Arztes oder der Ärztin während des Gesprächs, insbesondere Stirnrunzeln oder lange Blicke auf den Patienten bzw. die Patientin konnten einer Studie zufolge künftige Suizidversuche deutlich besser vorausgesagt werden als durch die schriftlich festgehaltene Suizideinschätzung, die auf verbaler Kommunikation beruhte.

Die Autorinnen und Autoren mutmaßen, dass die Frage nach der Abwesenheit statt nach der Anwesenheit von Suizidgedanken den Hintergrund haben könnte, vorschnellen Aktivismus und bürokratische Prozeduren zu vermeiden, die das Aussprechen von Selbstmordgedanken zur Folge haben könne. Gerade bei den unentschlossenen Befragten sei eine negative Antwort für beide Seiten vermutlich die willkommeneren, da allfällige unangenehme Konsequenzen umgangen werden könnten (z.B. weiteres Nachhaken, stärkere Beobachtung, rechtliche Folgen). Vielleicht gebe es gelegentlich auch eine stille Übereinkunft von Behandelten und Behandlern, nicht über Suizid zu sprechen, weil das Thema für beide Seiten emotional zu belastend sei. ◀

**Dr. Susanne Jaeger** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Versorgungsforschung am Standort Weissenau des ZfP Südwürttemberg mit Schwerpunkt auf den Themen Lebensqualität und Patientenautonomie.

**Zum Nachlesen:** McCabe, R.; Sterno, I.; Priebe, S.; Barnes, R.; Byng, R. (2017): How do healthcare professionals interview patients to assess suicide risk? BMC Psychiatry, 17: 122. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1212-7>