

Suizidalität



30.11.2015

Psychiatrischer Notfall - Seminar 2015

1

Definition von Suizidalität

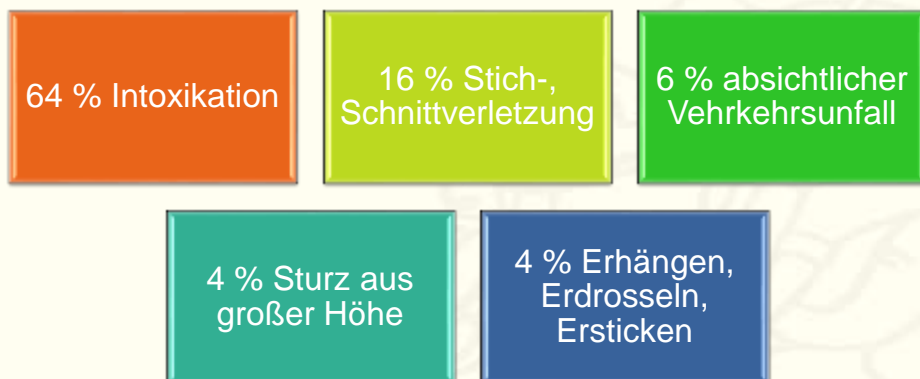




Ausprägung suizidaler Syndrome



Suizidmethoden



Möller et al. 2007

Epidemiologie

Deutschland:

- jedes Jahr ca. 10.000 Menschen,
- Tendenz leicht sinkend,
- weltweit ca. 500 000/J.
- Erhängen;

USA:

- Erschießen

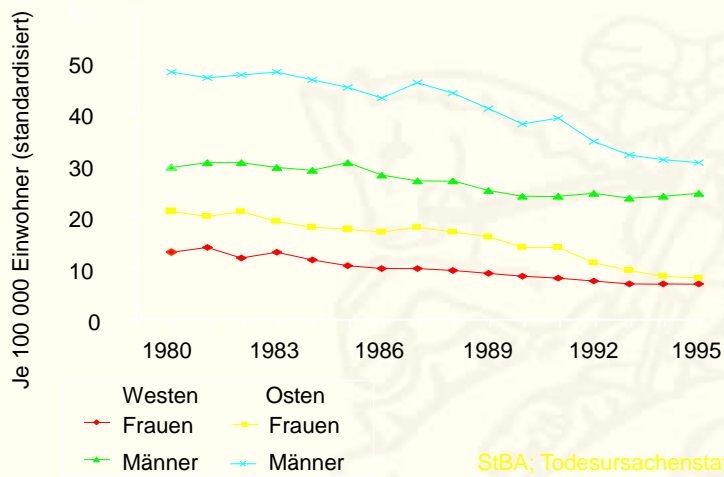
Vergleich:

- ca. 5000 Verkehrstote pro Jahr

Suizidziffer:

- 17,4/100.000, - 5,7/100.000 Einwohner
- Jeder 87. Mann u. jede 243. Frau stirbt durch Suizid

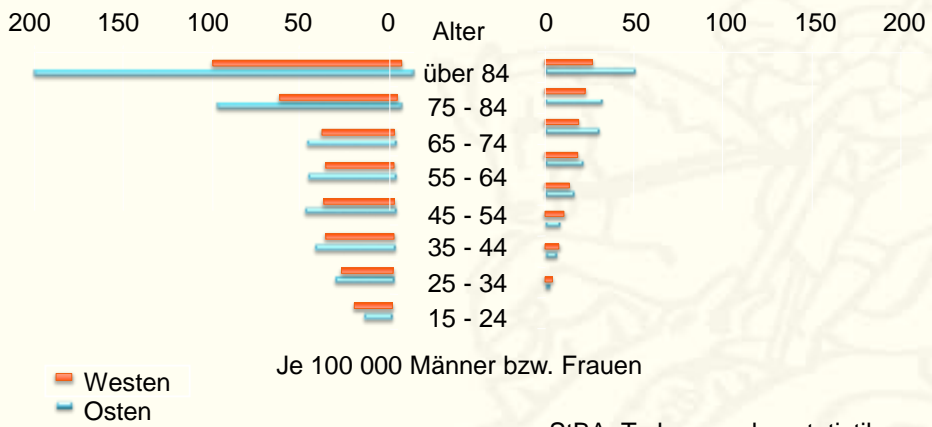
SUIZIDSTERBLICHKEIT



StBA; Todesursachenstatistik

7

ALTERSSPEZIFISCHE SUIZIDSTERBLICHKEIT 1995



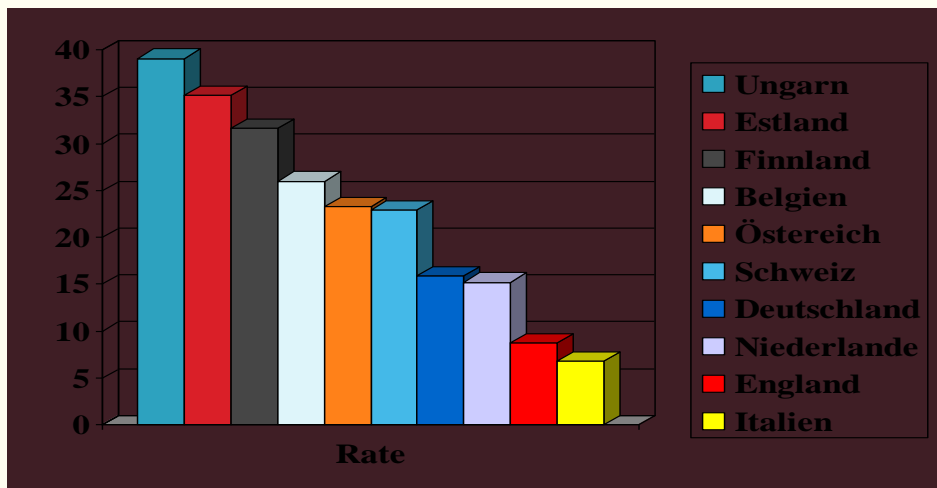
30.11.2015

Suizidmanagement- Grampp 2015

8

ST. GEORG
UNTERNEHMENSGRUPPE

Suizidraten (pro 100.000 Einwohner)



30.11.2015

Suizidmanagement- Grampp 2015

Suizidversuche

10 – 15 fach häufiger als Suizide

Frauen : Männer 2,5 : 1

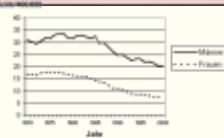
besonders in den jüngeren
Altersgruppen

Epidemiologie

Suizidmanagement– Gramp 2015

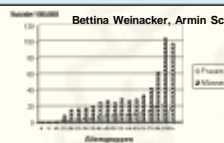
Regionale Unterschiede:

- höhere Ziffern in Sachsen (15,69),
- Thüringen (13,24)
- Bayern (13,42);
- niedrigere in NRW (7,95)
- Sachsen Anhalt (6,63) -
- seit den ersten Erhebungen im 19. Jhrdt.



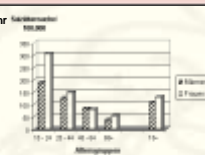
„Ungarisches Muster“ des Anstiegs

- steigendes Alter
- speziell bei den Männern über 80 J.



Suizidversuchshäufigkeit

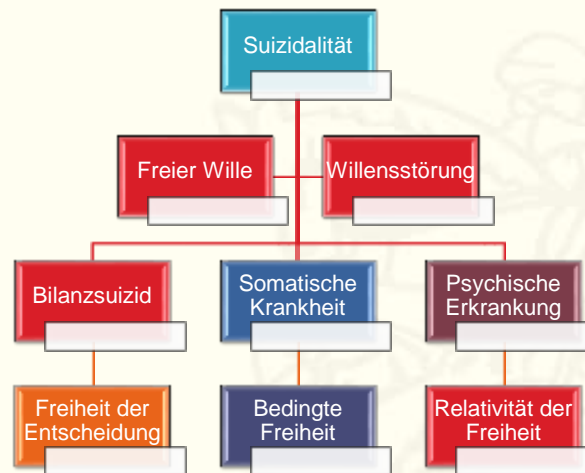
- zehnfaches höher
- in jungen Altersgruppen am höchsten,
- bes. 15-25jährige Frauen



30.11.2015



Der Wille und der Suizid



Suizidversuche

innerhalb der stationären Behandlung

Nicht selten:

- z.B. 860 Suizide pro 100 000 Patientjahre (Dänemark allgemein: 12 Suizide pro 100 000 Personenjahre); geschätzt 5-9% aller Suizide
- 50% innerhalb der ersten 18 Tage nach Aufnahme!

Risikofaktoren

- 1: Beschäftigung, höhere Bildung, höheres Einkommen („umgekehrte Assoziation“)
- 2: Affektive Störung als Erstdiagnose Persönlichkeitsstörungen Zweitdiagnose, Suizidversuch im Vorfeld (IM)
- 3: kürzlich (< 1J.) Kontakt zu einem Psychotherapeuten



Suizid von stationären Patienten

Depression und Suizidversuch im Vorfeld

- Nur depressive Stimmung und vorherige Suizidversuche sind robuste Risikofaktoren für „inpatient suicide“
- Metaanalyse von Large, Ryan & Nielssen (2011):

Prognose

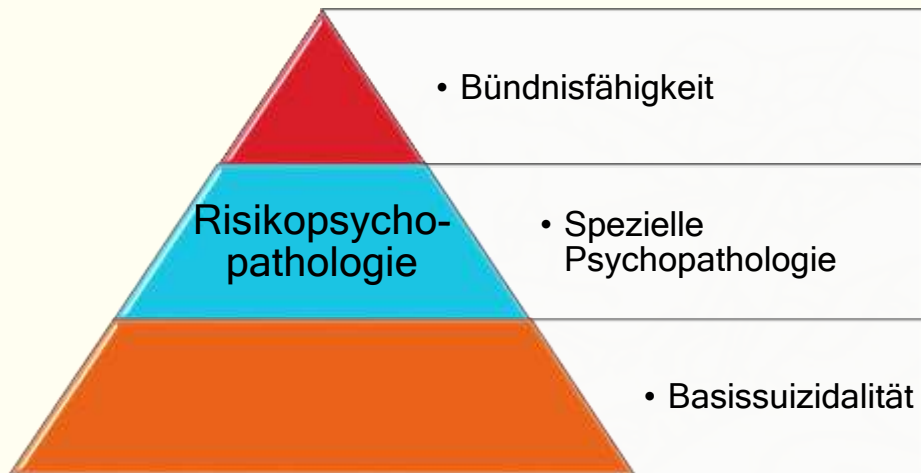
- Kein Faktor oder eine Kombination von Faktoren ist stark mit einem nachstationären (bis 1 J.) Suizid vergesellschaftet,
- 3% als Hochrisikopatienten eingeschätzte begehen einen Suizid,
- 60% derjenigen, die sich suizidieren galten als Pat. mit geringem Risiko
- Metaanalyse von Large, Sharma et al. (2011):

Das bedeutet:

- Suche nach Risikofaktoren in der klinischen Entscheidungsfindung überflüssig?

14

Suizidalität – hierarchische Risikoeinschätzung

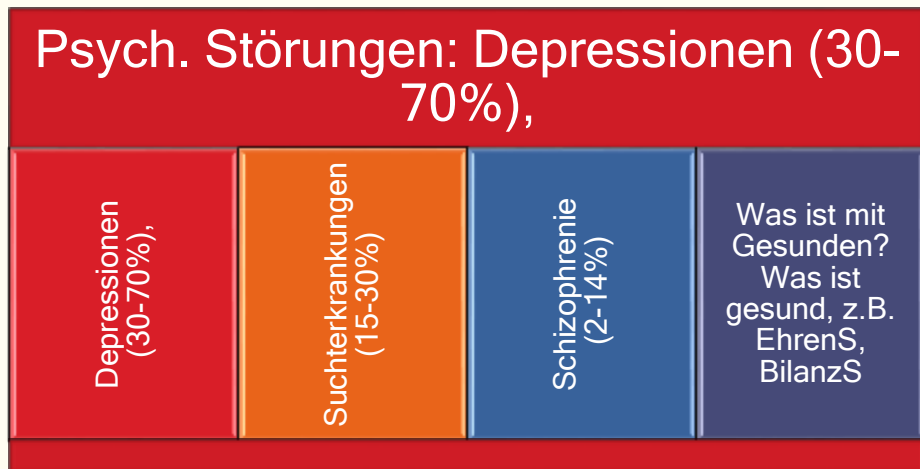
ST. GEORG
UNIVERSITÄT
KÖLN

30.11.2015

Suizidmanagement– Grampp 2015



Suizidalität - Basissuizidalität





Suizidalität - Basissuizidalität

Anamnestische Daten:

- SV in der Vorgeschichte,
- in der Familie
- im näheren Umfeld

Psychodynamik

- Narzisstische Kränkungen im Vorfeld

Soziale Situation

- Schwierige psychosoziale Situationen (Trennung Kündigung, Verluste, somatische Krankheit,...)
- Umbruchssituationen in der Therapie (Therapeutenwechsel, Entlassung, Verlegung,...)

Suizidalität – Psychodynamik



Affekt:

- Hoffnungslosigkeit,
- Resignation,
- Isolationsideen,
- Wertlosigkeitsideen,
- überwertige Scham- und Schuldgefühle,
- depressiver Wahn

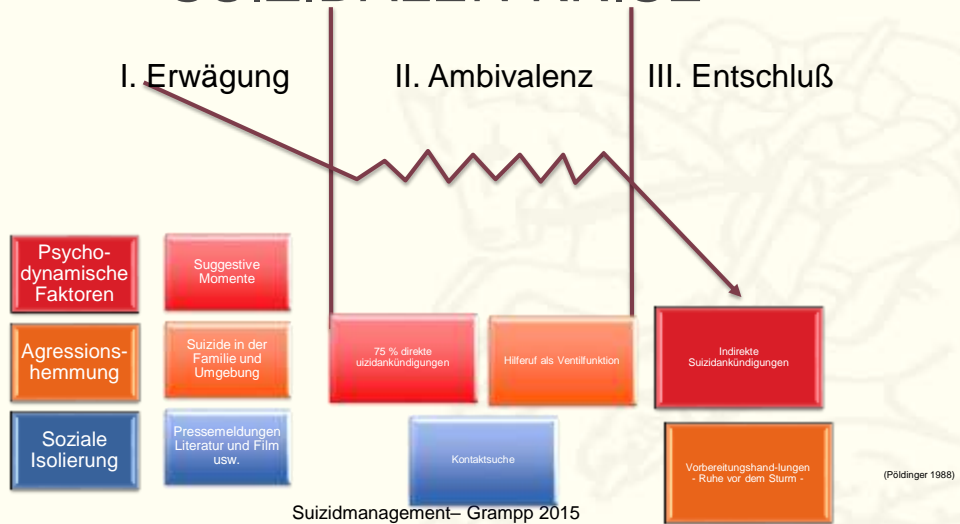
Wahrnehmung:

- Bestimmte Halluzinationen

Selbststeuerung:

- Impulsivität

STADIENHAFTER ABLAUF DER SUIZIDALEN KRISE



30.11.2015

Präsuizidales Syndrom

Ruhewünsche

- –▶ passive Todeswünsche
- –> Suizidideen (mit oder ohne konkrete Planung) -» Suizidimpulse/absichten
- –▶ parasuizidale Handlungen (erkennbar nicht letal)
- Suizidhandlungen (vorbereitet, abgebrochen, durchgeführt)

Einengung des Denkens, Fühlens und Handelns

- Abnehmen der Kontaktfähigkeit,
- sozialer Rückzug



Suizidalität - Bündnisfähigkeit

Nicht unabhängig von
allen Genannten

Fähigkeit des
Patienten, für ihn
subjektiv verbindliche
Vereinbarungen zu
treffen und einzuhalten

Ernst des Suizides

Suizidversuche: signifikante Unterschiede in der Symptomatik zwischen ernsthaften (high intent) und nicht ernsthaften (low intent) Fällen

Symptome	High Intent (N=75)	Low intent (N=75)	χ^2	P
Schlaflosigkeit	87	40	18.29	0.01
Pessimismus	60	32	10.73	0.01
Konzentrationsstörungen	21	4	8.68	0.01
Interessenverlust	32	13	6.43	0.02
Sozialer Rückzug	29	12	5.85	0.02
Gefühl von Wertlosigkeit	28	13	4.07	0.05
Gewichtsverlust	36	20	4.00	0.05
Langsame Sprache	19	4	6.63	0.02
Niedergeschlagene Körperhaltung	47	25	6.22	0.02

SUIZIDGEFÄHRDUNG

FRAGEN AN PATIENTEN

Ankündigung:

- Haben Sie über Ihre Absichten schon mit jemanden gesprochen?

Einengung:

- Haben sich Ihre Interessen, Gedanken und zwischenmenschliche Kontakte gegenüber früher eingeschränkt, verringert?

Aggressionen:

- Haben Sie gegen jemanden Aggressionsgefühle, die Sie gewaltsam unterdrücken?

Suizidalität:

- Haben Sie schon einmal daran gedacht sich das Leben zu nehmen?

Vorbereitung:

- An was denken Sie? Sind es eher Gedanken an Ruhe und Todeswunsch ohne aktive Planung?
- Wie konkret sind Ihre Gedanken und Absichten?

Grübeln:

- Denken Sie bewußt daran?
- Oder drängen sich die Gedanken auf, auch wenn Sie es nicht wollen?

Suizidalität

Gesprächstherapeutische Interventionen (Beispiele)

Akzeptanz:

- Rascher Aufbau einer möglichst vertrauensvollen Beziehung; Respekt vor der Selbstbestimmung signalisieren

Offenheit:

- Suizidalität offen und direkt ansprechen; ernstnehmen (nicht beschönigen, nicht dramatisieren)

Zeitgewinn:

- Hilfsangebot machen; Neugier wecken; Faktoren identifizieren, die am Leben halten; Verschieben der Entscheidung bewirken

Klärung

- **des interpersonellen Kontexts:**

Rekonstruieren;

- ggf. verdeckte Suizidmotive verstehen („der signifikante Andere“); subjektive Bedeutung des Hintergrunds behutsam ändern

Gefühlsklärung:

- Scheu vor Gefühlsausdruck nehmen, ggf. Kränkung herausarbeiten u. in biographischen Kontext stellen; ungünstige Zuschreibungen hinterfragen; Ermutigung (nicht vorschnell)

Suizidalität

Gesprächstherapeutische Interventionen (Beispiele)

Behutsame Konfrontation:

- Schaffung kognitiver Dissonanz, Szenario des Todes zu Ende denken; Auswirkungen auf Andere ansprechen (ggf. den Therapeuten)

Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen:

- Entscheidung ins Wanken bringen durch Appell an lebensbejahende Persönlichkeitsanteile

Verträge/Selbstverpflichtung:

- Abmachung mit sich selbst oder dem Therapeuten, zeitlich überschaubar, positiv formuliert, falls schriftlich, beim Patienten belassen

Brücken bauen:

- Aufgaben für das nächste Gespräch, Medikation vereinbaren, Gesprächstermine klar vorausplanen, Notfallplan, Angehörigeneinbezug



Suizidalität - typische Fehler

Bagatellisierung mitmachen	
Frühzeitige und einseitige Betonung der (unbewussten) Aggressionsproblematik	
Überbewertung von Antisuiizid-Pakten	
Mangelhafte Exploration der Umstände, die zur Suizidalität geführt haben	
Verzicht auf Fremdanamnese Zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten	
Einteilung in vermeintlich demonstrative und ernst gemeinte Suizide	
Verkennung der emotionalen Ruhe und Entlastung nach einem fest gefassten Suizidentschluss n. Reimer	

Suizidalität – Evidente

Interventionen

DBT, MBT, SFT, CBT, TFP:

- Klarer Behandlungsrahmen

**Definierte Strategie zum Umgang mit
suizidalen Krisen**

- Große Aufmerksamkeit für den Affekt
- Aktiver, teilnehmender Therapeutenstil
- Explorierende und veränderungsorientierte Interventionen

(Weinberg et a. 2008)

Suizidalität

medikamentöse Interventionen

Medikamentöse
Behandlung der
Grunderkrankung

Adhärenzkontrolle

Sedativa supportiv b. Bed.
oder fest; Benzodiazepine,
niedrigpotente
Antipsychotika, sedierende
Antidepressiva

Hypnotika, s.o.

Anxiolyse, s.o.

Langfristig antisuizidal:
Lithium

Sonderfall

selbstverletzendes Verhalten

dient meist anderen
Zwecken als der
Selbsttötung, etwa
Spannungsabbau,
Aufmerksamkeitssuche

30.11.2015

Anderes Vorgehen als
bei Suizidalität, die
gleichwohl besonders
genau überprüft
werden muss

Suizidmanagement– Grampp 2015

Alternative
Verhaltensweisen
können mittelfristig
gelernt werden, akut
sollte lediglich
Verstümmelungen oder
Tötung vorgebaut
werden

Sonderfall

„Suizidales Agieren“

„demonstrativ“

- „appellativ“

Problematisch,

- fließender Übergang zur akuten Suizidalität

Gottesurteilfunktion

- bei hoher Ambivalenz

30.11.2015

Suizidmanagement– Grampp 2015

Vollendeter Suizid





Suizid

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

Problematik der
„defensiven
Medizin“, dagegen

Geplantes
Vorgehen

Dokumentation

Mitarbeiterschulung

Vielen Dank

Für Ihre Aufmerksamkeit

