

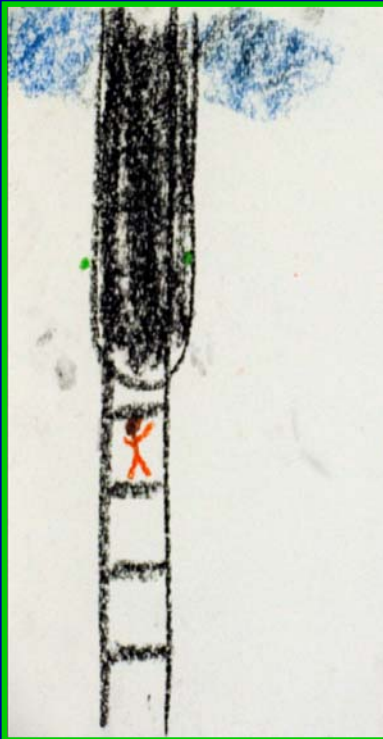
Suizidalität

Diagnostik und professionelles
Management

Möglichkeiten und Grenzen der
klinischen Psychiatrie

Philipp Eich, KPK Liestal

St. Chrischona, 25.10.2011



Suizidalität

Agenda

1. Suizid: Problem der Volksgesundheit / Statistiken
2. Phänomenologie und Diagnostik von Suizidalität
3. Professionelles Management
4. Möglichkeiten und Grenzen der stationären Psychiatrie anhand von klinischen Beispielen
5. Zusammenfassung
6. Fragen

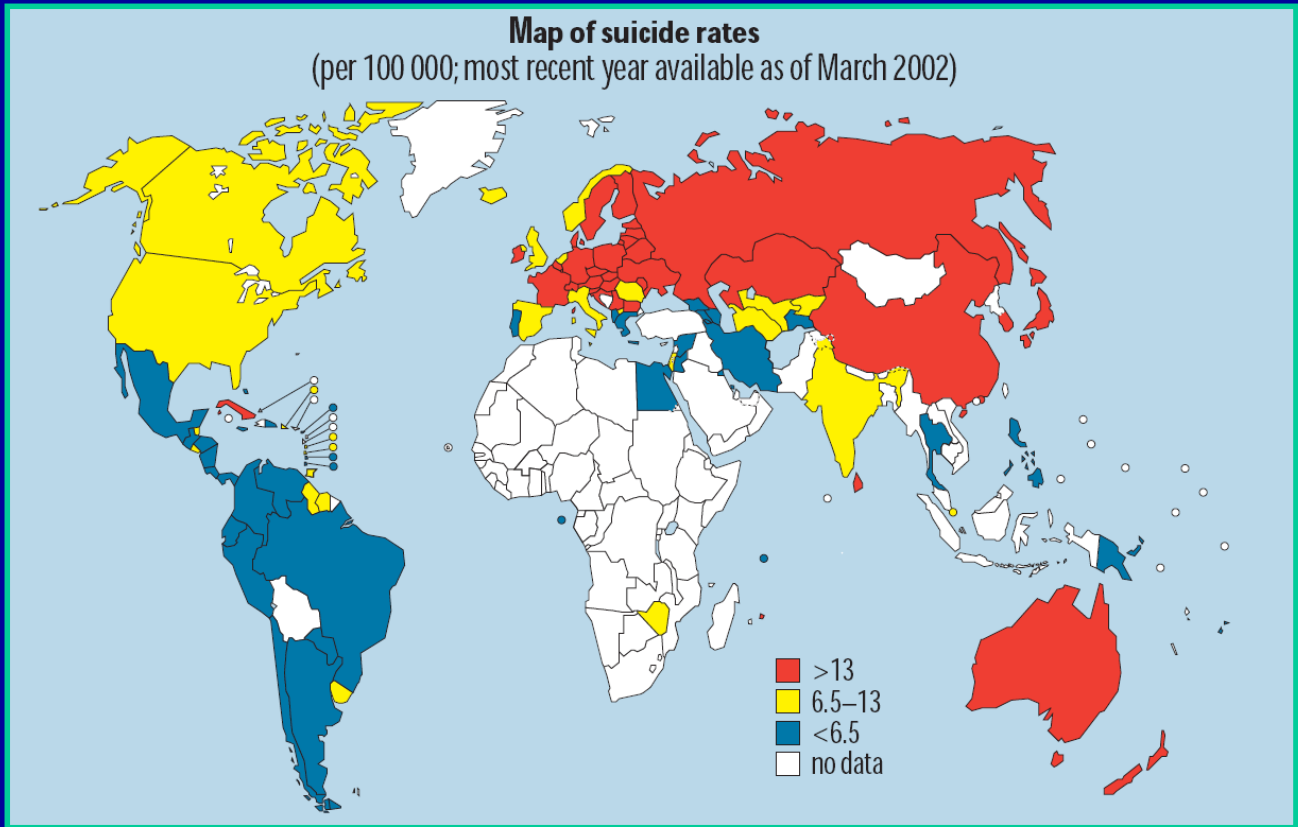
Agenda

1. Suizid: Problem der Volksgesundheit / Statistiken
2. Phänomenologie und Diagnostik von Suizidalität
3. Professionelles Management
4. Möglichkeiten und Grenzen der stationären Psychiatrie anhand von klinischen Beispielen
5. Zusammenfassung
6. Fragen

Ph. Eich, 2011

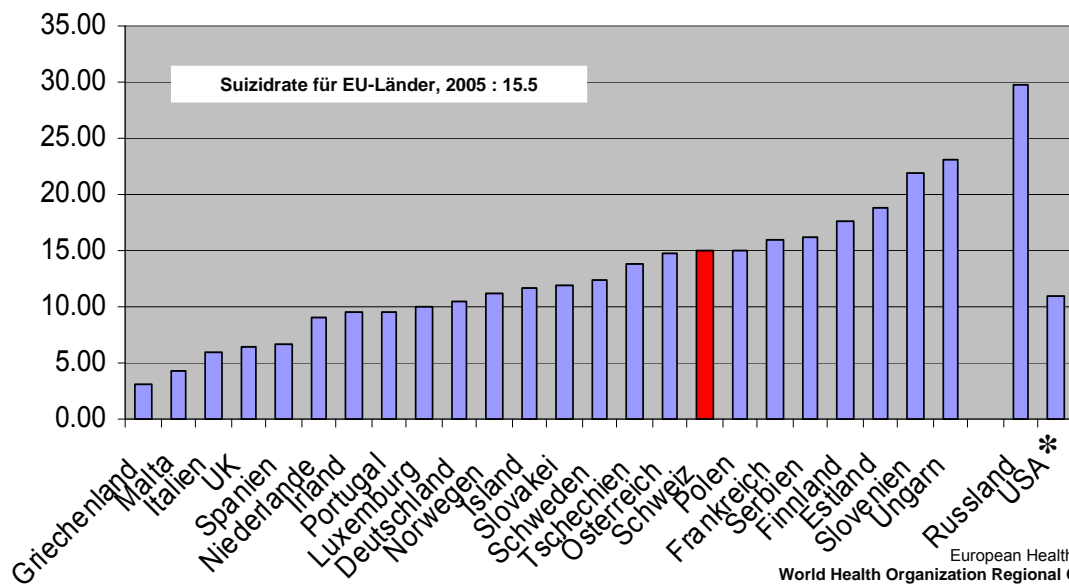
„Freitod“ als Problem der Volksgesundheit

- Suizid: unter den 3 wichtigsten Ursachen für den Tod zwischen 15 – 44 Jahren
- Zunahme um 65 % in den letzten 45 Jahren (seit 1964)
- seit 2000 jedes Jahr ca 1 Million Suizide
- auf jeden vollzogenen Fall kommen 20 Suizidversuche
- 60% der Suizide betreffen Asien (China, Indien, Japan = 40%)
- bisher ältere Männer am häufigsten
- **Neu:** jüngere Menschen beider Geschlechter (China: F++)
- in 90 % geistige Zerrüttung und Drogen- und Medikamentenmissbrauch im Spiel
- Ko-Faktoren: sozioökonomische Zwangslagen und persönliche / familiäre Krisen
- Mittel zum Suizid: in 60 % Pestizide
- **CH: 18.3 Suizide auf 100'000 Einwohner (2007)** (> 90: China, Bosnien, Jamaica, Indien, Iran, Sri Lanka, Turkmenistan, Simbabwe



SUPRE – the WHO worldwide initiative for the prevention of suicide: „Life your life“
 SUPRE-Leaflet 2009 Suicide Prevention Day [=10. September]

Suizidraten pro 100'000 Einwohner in ausgewählten Länder, 2004-2005



European Health for All Database
 World Health Organization Regional Office for Europe
 Updated: July 2008
 *National Institute of Mental Health, USA, 2005

Suizide in der CH: Obsan-Daten

- Suizide sind in der CH rückläufig seit 1990 (1500 auf 1300 pro Jahr) ¹
- v.a. Männer verüben weniger Suizide pro Jahr: Rückgang von 1140 (1991) auf 863 (2006)
- Frauen bleiben relativ stabil um 450 pro Jahr
- 90% der Suizidanten litten an einer psychischen Störung ²:
 - Depression
 - Schizophrenie
 - Alkohol- oder Drogenkrankheit

1) aus Obsan-Todesstatistik 2010

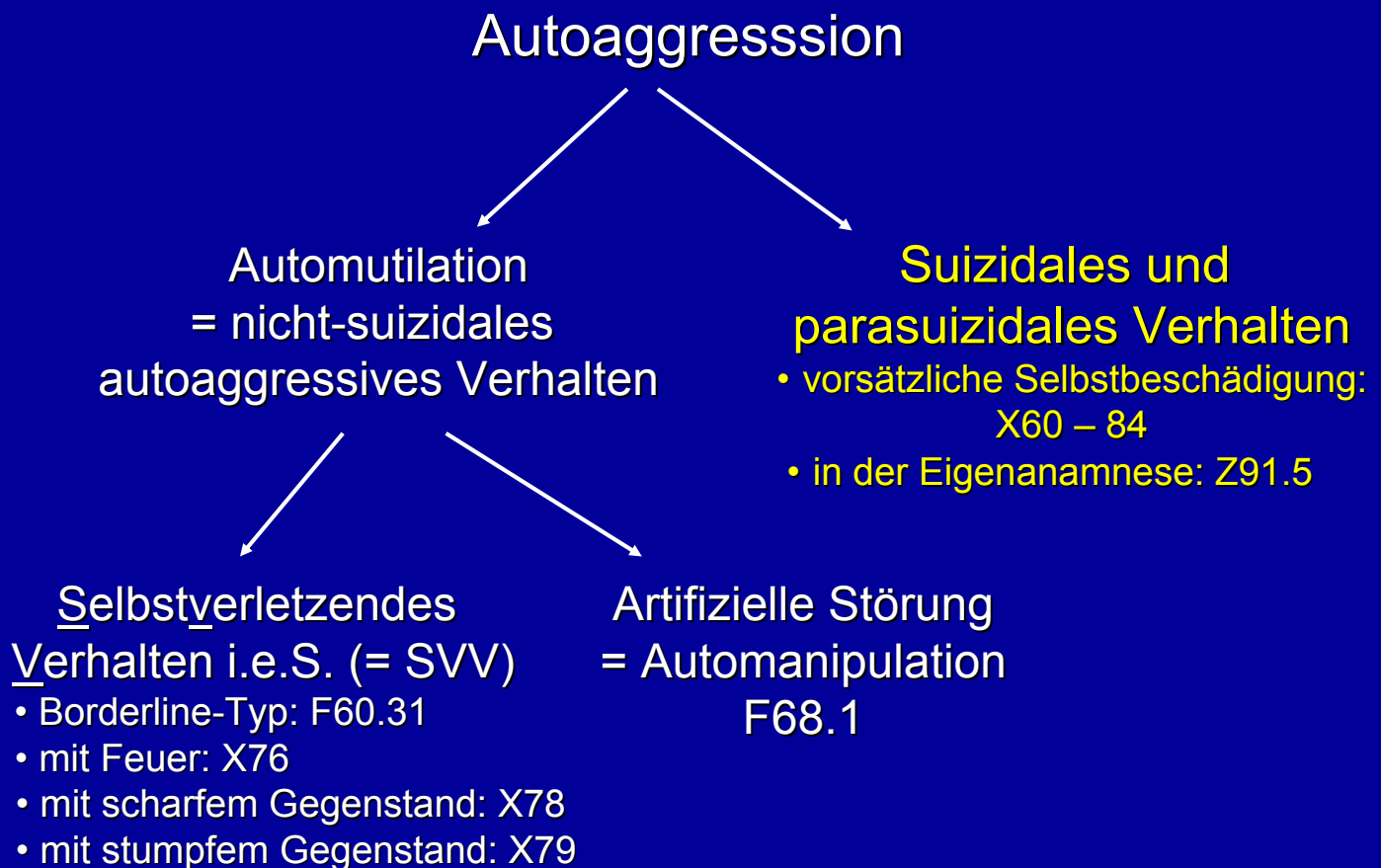
2) sda, 28.05.09

Suizidalität

Agenda

1. Suizid: Problem der Volksgesundheit / Statistiken
2. Phänomenologie und Diagnostik von Suizidalität
3. Professionelles Management
4. Möglichkeiten und Grenzen der stationären Psychiatrie anhand von klinischen Beispielen
5. Zusammenfassung
6. Fragen

Terminologie selbstschädigenden Verhaltens nach ICD-10:



3

adaptiert nach N. Hänsli, Automutilation 1996

Suizidalität: Formen und Begriffe

- indirekte selbstdestruktive Handlungen (z.B. high-risk Verhalten, Non-Compliance)
- sich selbst aufgeben, ohne direkten Todeswunsch (wollte abschalten und einmal richtig lang schlafen)
- suizidale Geste (ev. appellativ oder intentional-manipulativ)
- Suizidideen, Suizidversuchsideen
- Suizidversuch = Selbst herbeigeführte, selbstschädigende Handlung; häufig mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens (Todeswunsch / Sterberisiko) etwas verändern zu wollen (intentionale und kommunikative Bedeutung); ohne Todesfolge
- Suizid = Selbst herbeigeführte, selbstschädigende Handlung mit Todesfolge (im Wissen / Erwartung / Glauben, damit das Ziel zu erreichen)

4

adaptiert nach M. Wolfersdorf et al., 2011

Kontinuitätsmodell der Suizidalität

Wunsch nach Ruhe, Pause

- Unterbrechung im Leben (mit dem Risiko zu versterben)
- Todeswunsch
- Lieber tot sein wollen

Suizidgedanke

- Erwägung als Möglichkeit
- **Impuls (spontan sich aufdrängend, zwanghaft)**

Suizidabsicht

- mit bzw. ohne Plan
- mit bzw. ohne Ankündigung

Suizidhandlung

- vorbereitet - begonnen - abgebrochen
- durchgeführt (selbst gemeldet, gefunden)
- gezielt geplant, impulshaft durchgeführt

eher
passive
Suizidalität

eher
aktive
Suizidalität

zunehmender
Handlungsdruck

Zunahme des
Suizidrisikos

Leonce und Lena (Georg Büchner, 1838)

Leonce: Zu viel! Zu viel! Mein ganzes Sein ist in dem einen Augenblick. Jetzt stirb. Mehr ist unmöglich. Dieser eine Tropfen Seligkeit macht mich zu einem köstlichen Gefäss. Hinab heiliger Becher! (Er will sich in den Fluss stürzen.)

[Schauspielhaus ZH: Sich mit einer Pistole erschiessen]

Valerio: Halt Serenissime!

Leonce: Lass mich!

Valerio: Ich werde Sie lassen, sobald Sie gelassen sind und das Wasser zu lassen versprechen.

...

Leonce: Mensch, du hast mich um den schönsten Selbstmord gebracht. Ich werde in meinem Leben keinen so vorzüglichen Augenblick mehr dazu finden und das Wetter ist so vortrefflich.

Jetzt bin ich schon aus der Stimmung. ...

Syndrom – Einteilung: Selbstaggressionen (Autoaggression)

offene vs. verdeckte / heimliche Autoaggression

offene Aggression

- als Suizid (vollendete Autoaggression)
- in nicht-suizidaler Absicht: Selbstschädigung (Automutilation)



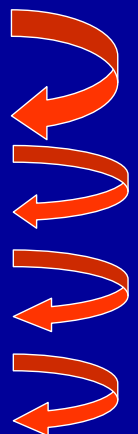
Definition Suizid:

Eine Handlung mit tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum absichtlich ein Verhalten mit dem Ziel durchführt, das eigene Leben zu beenden (WHO).

Präsuizidales Syndrom (nach Erwin Ringel)



- Einengung des Erlebens Richtung Ausweglosigkeit
- Verlust des Sinngefühls und sozialer Rückzug
- zunehmende Autoaggressionen
- intensive Suizidphantasien
- eventuell „Ruhe vor dem Sturm“



Agenda

1. Suizid: Problem der Volksgesundheit / Statistiken
2. Phänomenologie und Diagnostik von Suizidalität
3. Professionelles Management
4. Möglichkeiten und Grenzen der stationären Psychiatrie anhand von klinischen Beispielen
5. Zusammenfassung
6. Fragen

Ph. Eich, 2011

Abklärung: Was muss diagnostisch geklärt werden:

Hat der Patient ...

- Suizidideen / Todeswünsche oder Suizidabsichten?
- hohen Handlungsdruck, Suizidideen in eine suizidale Handlung umzusetzen?
- Hoffnung auf Hilfe / Veränderung jetzt? Entlastung durch das Gespräch?
- Planungen für die nächste Zukunft? Realistisch?
- Suizidabsichten / Entscheidung „aufgeschoben“: Neu wieder ambivalent und Hilfe akzeptierend?
- Verleugnung von Suizidalität trotz anders lautender Informationen?
- Offenheit (Ist er „glaubwürdig“)?
- Urteilsfähigkeit (Ist er geschäftsfähig)?
- Suizidfördernde Symptome: Wahn, Halluzinationen, altruistische Ideen uam.)?

Abschätzen des Suizidrisikos

Danach fragen:

- *Anamnestic*: Familienanamnese, Suizidversuche, Alter
- konkrete Suizidpläne
- konkrete Suizidvorbereitungen
- Wahl der Methode:
 - „weiche“ Methode (Medikamente / Schneiden)
 - „harte“ Methode (Erhängen, Erschiessen, Zug, Sprung aus grosser Höhe)
- chronische Reizbarkeit
- (destruktive) Impulsivität

Fortsetzung: Abschätzen des Suizidrisikos

- gedankliche Einengung, Monideismus
- Grad der Hoffnungslosigkeit
- Angst vor Überforderung, Panikgefühle
- Ruhe vor dem Sturm; Kontaktverminderung zu Familie und Arzt
- Qualität des Gebets verändert
- andere Risikofaktoren (*Sad Persons*)

Cave:

- Folgen / Konsequenzen der Suizidalität:
Indikation zur FFE diskutieren

Krisenintervention bei Suizidalität:

- Therapeutische Beziehung aufbauen (working alliance / Aeschi-Conference)
- Auslöser thematisieren (Kränkungen)
- Bezugspersonen erfragen und einbeziehen
- Autonomie stärken durch Ressourcenmobilisation
- Keine Versprechen abnehmen, aber aushaltbare Abstände zwischen Kontakten aushandeln:

➡ Was traut sich der Betroffene zu?!

-
- **schwere Suizidalität: Hüten organisieren (innerhalb oder ausserhalb der Klinik) ► Nicht alleine lassen !!**
 - Entfernung von Suizidmitteln
 - Angehörige miteinbeziehen
 - Privat-Tel.-Nummer geben (Verfügbarkeit!)
 - Medikamente: wenig toxische und geringe Mengen

Therapie der akuten depressiven Suizidalität

- Psychotherapeutische Krisenintervention / Gespräche unter Einbeziehung des Umfeldes
- Sicherung durch Fürsorge und Kommunikation (regelmässig, zeitlich eng, nachgehend)
- Psychopharmakotherapie
 - Antidepressiva (nicht-toxische / sedierende)
 - Antipsychotika (sedierende / anxiolytisch wirkende)
 - Tranquilizer / Anxiolytika
 - Hypnotika
 - ev. Kombination
- Entlastung des Umfeldes

Agenda

1. Suizid: Problem der Volksgesundheit / Statistiken
2. Phänomenologie und Diagnostik von Suizidalität
3. Professionelles Management
4. Möglichkeiten und Grenzen der stationären Psychiatrie anhand von klinischen Beispielen
5. Zusammenfassung
6. Fragen

Ph. Eich, 2011

Risikofaktoren aus klinischer Sicht

- Perspektive- und Hoffnungslosigkeit
- wahnhafte Depression
- Impulsivität und Psychose
- Intoxikation (Alkohol, Drogen)
- tiefe Kränkung, Beschämung, Insuffizienzerleben
- schwerer, kurz zurückliegender Suizidversuch
- schwere Schlafstörung
- „sad Persons“
- langer, nicht erfolgreicher Klinik-Aufenthalt
- Austrittssituation
- ausgebranntes Behandlungsteam (eingeschränkte emotionale Reaktivität)
- Waffen, Waffen, Waffen
- Kombination verschiedener Faktoren

Cave: Abschiedsbriefe beschaffen und besprechen !!

Den kürzeren Weg wählen

„Ich hatte hundert Mal, wenn ich rauchend auf einem der Stühle sass, gedacht: Jetzt lasse ich mich fallen. Und immer der Versuchung widerstanden, aufrecht sitzen geblieben, mit dem Schmerz in mir, einmal sagte ich, als Tagespatientin: „Ich habe solche Schmerzen, ich muss heimgehen, mich ins Bett legen.“ Es ist ein Messer in dir mit scharfer Schneide, es ist innen in dir gegen dich gerichtet, es tut weh, es ist kein richtiges Messer, es tut nur so weh, dass du rennen möchtest hinauf ins höchste Stockwerk und schnell dich hinunter fallen lassen, damit dieses Sehnen aufhört, du weisst nicht, wonach, „

Brigitte Schwaiger: Fallen lassen, Czernin Verlag, 2006

Die Autorin (61) wurde am 26. Juli 2010 tot in einem Seitenarm der Donau in Wien gefunden.

The basic formula for suicide is rather straightforward: **introspective torture plus the idea of death as release.**

The key, the black heart of suicide, is an acute ache in the mind, in the psyche, it is called **psychache**.

In this view, suicide is not a disease of the brain; but rather it is a perturbation in the mind, an introspective storm of dissatisfaction with the *status quo*, a dramatic (albeit self-destructive) effort to return to a *status quo ante*.



Edwin S. Shneidman (at 90) :
*A Commonsense Book of
 Death. 2008*

“Dying is the one thing — perhaps the only thing — in life that you don’t have to do. Stick around long enough and it will be done for you.”

Bahnsuizide: Hotspots auf dem Streckennetz der SBB

	Ausgeführte Suizide 2003 - 2009			Versuchte Suizide 2003 - 2009			Gesamt
	Bahnhof	Strecke	Total	Bahnhof	Strecke	Total	
Aarau	7	1	8	1	1	2	10
Gland / Nyon	5	7	12	2	3	5	17
Kilchberg	6	2	8	0	1	1	9
Liestal	10	3	13	1	0	1	12
Münsingen	6	5	11	5	0	5	16
Wil SG	7	5	12	3	0	3	17
Zürich Altstetten	5	2	7	0	2	2	9
Total	46	25	71	12	7	19	90

Agenda

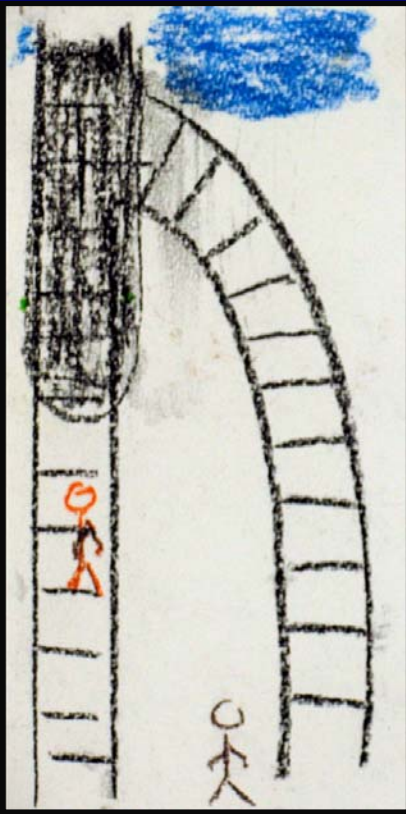
1. Suizid: Problem der Volksgesundheit / Statistiken
2. Phänomenologie und Diagnostik von Suizidalität
3. Professionelles Management
4. Möglichkeiten und Grenzen der stationären Psychiatrie anhand von klinischen Beispielen
5. Zusammenfassung
6. Fragen

Ph. Eich, 2011

Empfehlungen aus klinischer Sicht

- Suizidalität als Problem verstehen und Risikopersonen erkennen
- Unterschied zwischen SVV und akuter Suizidgefährdung erkennen
- Risiko-Abklärungsinstrument zur Verfügung stellen und seine Grenzen kennen
- Zeit (!) haben für das Gespräch mit den Suizid-Gefährdeten
- Psychosoziale Umstände der Betroffenen abklären
- fremdanamnestic Hinweise beachten
- tragfähige Beziehung aufbauen („therapeutische Allianz“)
- Suizidpräventionsstrategien unterstützen: „Suicide Prevention Day“ (10.09.)
- Aus- und Weiterbildung der Behandlungsteams
- „Postvention“ nach einem Suizid mit den betroffenen Mitarbeitern und dem Behandlungsteam
- erfahrene Kolleginnen und Kollegen auf Akutabteilungen und in den Nachtdiensten einsetzen

Take home



- Die Beurteilung der Suizidalität gehört zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Kerngeschäft! ¹
- Dies kann schwierig und belastend sein. ¹
- Fehlbeurteilungen können tödlich sein. ²
- Eine absolute Verhütung von Suiziden oder Suizidversuchen gibt es nicht. ²
- Suizidprävention braucht Kenntnisse, Verantwortung und Freiräume. ²
- Der Patient trägt auch eine Verantwortung: Sich mitzuteilen, seine Not offenzulegen. ¹

- Achte auf deine Gedanken, denn sie werden deine Worte.
- Achte auf deine Worte, denn sie werden deine Handlungen.
- Achte auf deine Handlungen, denn sie werden Gewohnheiten.
- Achte auf deine Gewohnheiten, denn sie werden dein Charakter.
- Achte auf deinen Charakter, denn er wird dein Schicksal.