



Integrierte Psychiatrie

Winterthur – Zürcher Unterland

Suizid im Jugendalter als Herausforderung an die Gesellschaft

Gregor Berger
Chefarzt Adoleszentenpsychiatrie
ipw Winterthur – Zürcher Unterland
Gregor.Berger@ipw.zh.ch



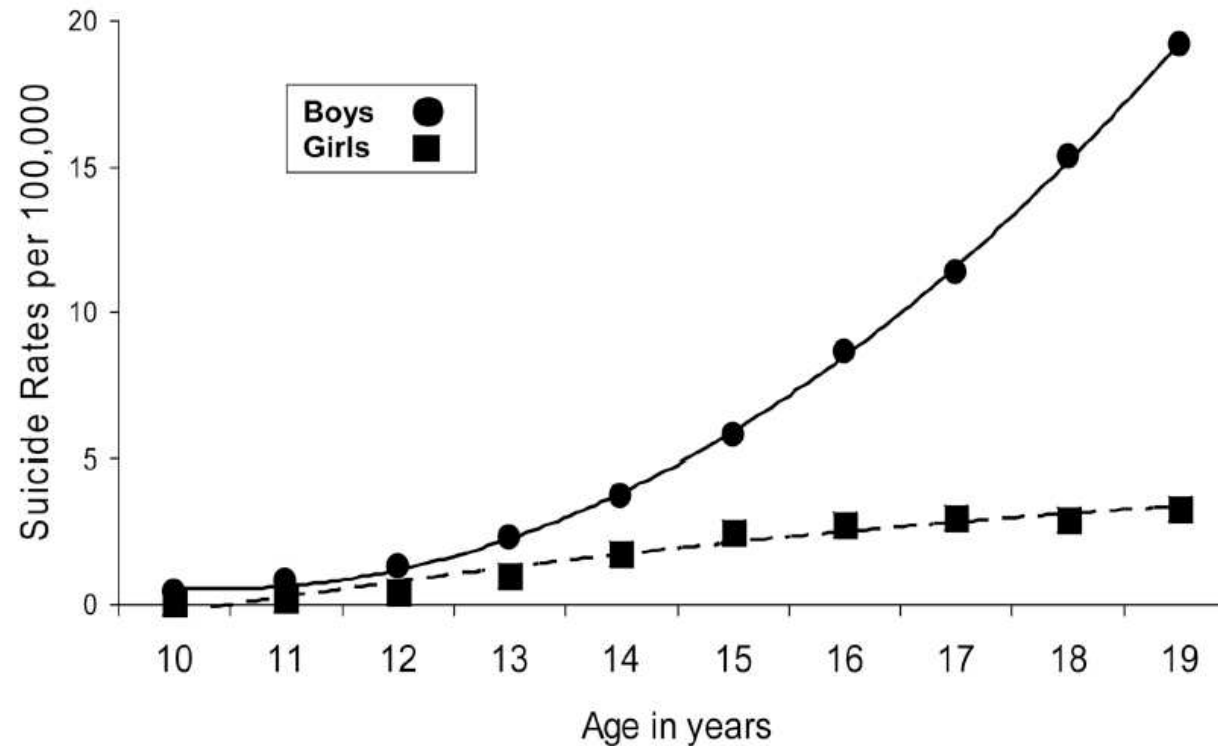
Integrierte Psychiatrie

Winterthur – Zürcher Unterland

Etwa 100 14-25-Jährige suizidieren sich jedes Jahr in der Schweiz

Pro Woche suizidieren sich etwa
zwei junge Menschen in der
Schweiz

Suizidrate USA 2000-2006



Solid line indicates the trend in the rate of suicide by age among boys and the dashed line indicates the trend in the suicide rate by age among girls.

Figure 2.
Suicide Rates by Age for Youths Aged 10-19 Years in the United States, 2000-2006 [8]

Suizidrate bei Adoleszenten – die Schweiz liegt vorne!!!

Suizid ist eine Haupt-Todesursache bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

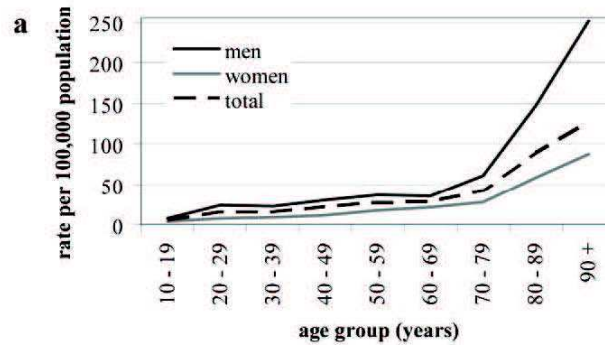
Zweithäufigste Todesursache nach Unfällen

Suizidraten nach Alter

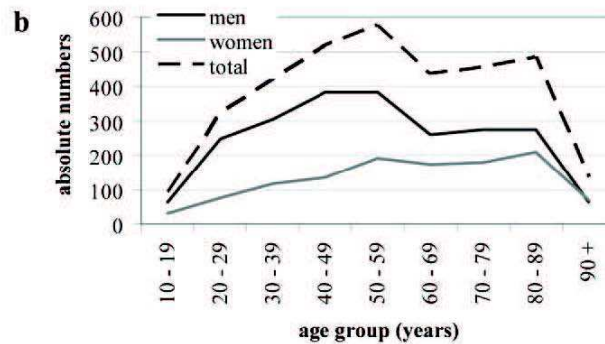
5-14jährige **15-24jährige**

– Schweiz:	0.6	11.8
– USA:	0.7	10.2
– Frankreich:	0.4	7.9
– Deutschland:	0.5	7.7

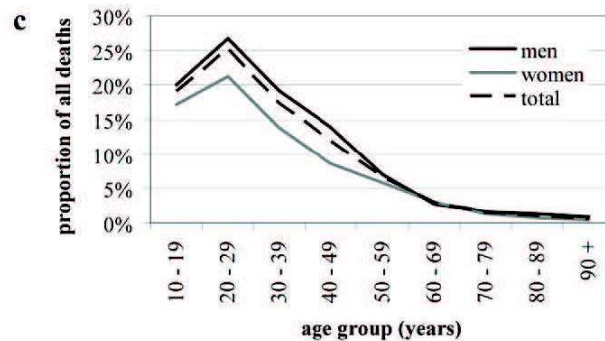
Suizidrate Kanton ZH 1995-2007



Anzahl Suizide
n=3431



Anzahl Suizide aller
Todesfällen nach
Geschlecht



**Prozentualer Anteil Suizide
nach Altersgruppe im
Verhältnis zu allen
Todesfällen nach
Geschlecht**



Integrierte Psychiatrie

Winterthur – Zürcher Unterland

Welche Adoleszente sind besonders gefährdet?



Der vollendete Suizid

50% der Suizidenten litten während des Suizides an einer depressiven Episode

90% der Suizidenten erfüllt die Kriterien für eine psychische Störung im letzten Jahr

Psychische Krankheit als wichtiger Risikofaktor

	Odds Ratios		
	Männlich	Weiblich	Total
Psychiatr. Störungen	8.7	6.9	9.4
Depression	10.0	16.4	9.8
Substanzmissbrauch	9.2	(3.1)	7.2
Angststörungen	4.8	(1.5)	2.8
Verhaltensstörungen	4.9	(1.9)	4.6
Früherer Suizidversuch	42.7	50.4	67.4

Der adoleszente SV als wichtiger Risikofaktor

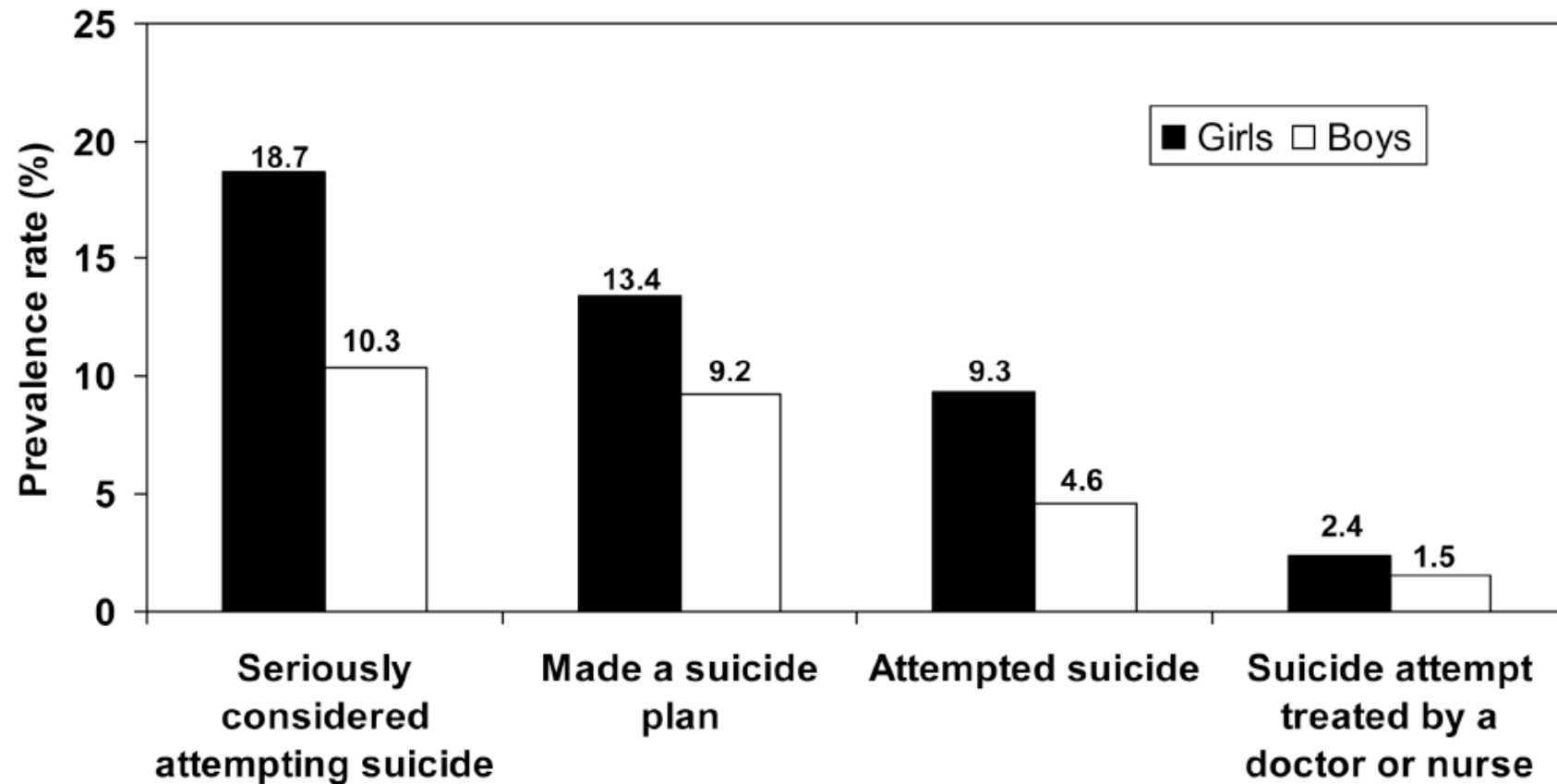


Figure 3.
Prevalence of Suicidal Ideation, Plan, and Suicide Attempt by Gender: National Youth Risk Behavior Survey: 2007 [6]

Depression beim Mann

Herbert Grönemeyer - Männer

Männer haben Muskeln,
Männer sind furchtbar stark,
Männer können alles,
Männer kriegen 'nen Herzinfarkt,
ohh Männer sind einsame Streiter
müssen durch jede Wand, müssen immer weiter.

Refrain:

Männer habens schwer, nehmens leicht
außen hart und innen ganz weich
werden als Kind schon auf Mann geeicht.
Wann ist ein Mann ein Mann?
Wann ist ein Mann ein Mann?
Wann ist ein Mann ein Mann???

Depression beim Mann – ein anderes Bild

Reizbarkeit und Verstimmung

verminderte Impulskontrolle

Wutanfälle, Ärger

Neigung zu Vorwürfen und nachtragendem Verhalten

Geringe Stresstoleranz

Hohe Risikobereitschaft

Sozial unangepasstes Verhalten

Höhere Bereitschaft, eine Straftat zu begehen

Höherer Gebrauch von Suchtmitteln (Alkohol, Nikotin)

Generelle Unzufriedenheit mit sich selbst und anderen

Erhöhtes Suizidrisiko

Depression beim Mann – ein anderes Bild

Erkennen von männlicher Depression beim Mann, dass hinter der reizbaren Fassade des Gegenübers eventuell ein psychisches Leiden steckt.

Depressive Männer bagatellisieren.

Männliche Depressionen gehen häufig mit Kränkung einher

Thematisierung kann ein wesentlicher Entlastungsfaktor darstellen

CAUTION

**THIS SIGN HAS
SHARP EDGES**

DO NOT TOUCH THE EDGES OF THIS SIGN



ALSO, THE BRIDGE IS OUT AHEAD



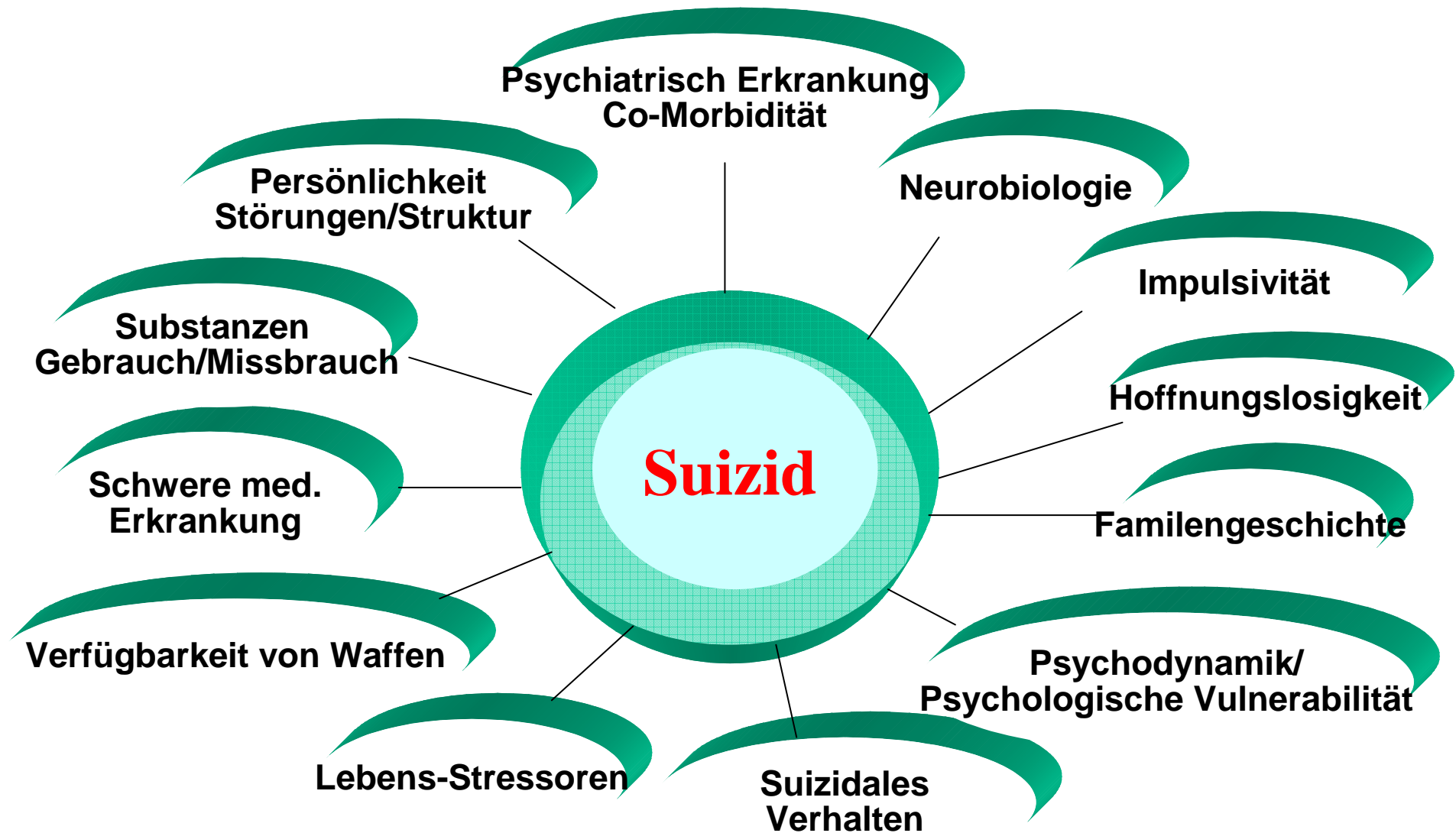


Integrierte Psychiatrie

Winterthur – Zürcher Unterland

Kann man suizidale Heranwachsende erkennen?

Der Suizid ist ein multifaktorielles Problem



Jacobs, 2003

Prävention als Credo der Suizidbehandlung



Primäre Prävention

Die **universale Prävention** richtet sich auf alle Personen einer Grundgesamtheit

Die **selektive Prävention** richtet sich auf (noch) nicht erkrankte Personen mit höherem Risikoprofil („Risikopersonen“) einer Grundgesamtheit

Die **indikative Prävention** richtet sich auf Früh- und Vorstadien einer Erkrankung bzw. prodromal Erkrankte einer Grundgesamtheit

Suizidprävention bei Adoleszenten

Screening Programme

Suizidale Adoleszente:

- Zu selten erkannt
- haben häufig psychische Erkrankungen, die nicht erkannt oder behandelt wird
- weisen identifizierbare Risikofaktoren auf (z.B. Alkohol oder Substanzmissbrauch, starke Impulsivität)

Generelle Präventionsmassnahmen

Zugang zur Verfügbarkeit von tödlichen Mitteln

- Restriktion des Waffenbesitzes
- Anpassung der Medikamentenpackungsgrössen
- Sicherung von Brücken und Bahngleisen
- Einschränkung von Risikoverhalten (z.B. Nullpromilletoleranz bei Adoleszenten)

Reduktion von Jugendsuizid

Substitution durch andere Methoden nicht erforscht

Selektive, indizierte & sekundäre Prävention

Integration von psychischer Gesundheit in Schul- und Ausbildungsprogrammen inkl. Thema Suizid (selektive Prävention)

Identifizierung Adolezenter mit erhöhtem Suizidrisiko (indizierte Prävention), z.B. durch Früherkennungsprogramme für psychische Störungen

- Depression
- Psychosen
- Substanzmittelabhängigkeit
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen

Konsequente Begleitung von Adolezente(n) nach Suizidversuchen (Sekundärprävention)

Warnsignale bei Adoleszenten erkennen

Verhaltens-bezogene Warnsignale	Verbale Warnsignale	Schwierige Lebens-situationen
Änderung des Leistungsverhaltens	“Meiner Familie ginge es besser ohne mich”	Früherer Suizidversuch
Energieverlust	“Ich will sterben”	Veränderung in engen Beziehungen
Zurückgezogen oder isoliert	“Ich hab genug”	Kürzliche Verlusterfahrungen (Todesfälle)
Hoffnungslosigkeit	“Ich kann so nicht mehr leben”	Schwere Erkrankung (selbst oder andere)

Löst ein Fragen nach suizidalen Ideen suizidales Verhalten aus?

- 2,342 Schüler in 6 New Yorker Schulen randomisiert zu experimental (Suizid-Fragen) oder Kontroll-Konditionen
- Keine Unterschiede bei Level von Verzweiflung oder suizidalen Ideen
- Hochrisiko-Schüler in Experimental-Gruppe waren weniger verzweifelt und suizidal



Integrierte Psychiatrie

Winterthur – Zürcher Unterland

Umgang mit Suizidabsichten bei Adoleszenten in der Einzeltherapie

Beziehung aufbauen

vertrauensvolle Beziehung schaffen

Sprache des Heranwachsenden verwenden

Akzeptanz der Werte und Peergruppenkultur

Akzeptanz, dass Suizid eine Möglichkeit darstellt

Betroffenheit zeigen, anstatt gleich zu relativieren

Kultur und religiöse Prägung beachten

Zeit gewinnen

bei akuter Suizidalität – arbeiten im ‚Hier und Jetzt‘

Patient in Therapieprozess verwickeln

Pro- und Kontraliste

Neugier wecken, dass Therapie helfen könnte

individuelle Interventionen wagen

Güterabwägung zwischen Sicherheitsbedürfnis des
Therapeuten und der Angehörigen auf der einen Seite
und der Förderung des Vertrauens auf der anderen
Seite

Sinn und Unsinn von Nonsuizidverträgen

Vertrag zur eigenen und zur Sicherheit des
Therapeuten abzuschließen

Vorstellungsübungen von Risikosituationen

Therapeut muss nicht unbedingt Vertragspartner sein
negative Assoziationen mit Begriff „Vertrag“

Festen und realistischen Zeitrahmen vereinbaren

Denken auf Lösungen hin orientieren

alles laut vorlesen lassen, Wirkung erfragen

Aufwertung, Vertrauensbeweis

Cave: Unkontrollierbarkeit von Suizidimpulsen

Ergänzende Maßnahmen

zentrale Motive und Copingstrategien einbeziehen
ein 5-minütiger Anruf pro Tag kann Wunder wirken
zusätzliche Sitzung in Notfällen
Versprechen nicht fordernd abnehmen
Eine Hospitalisation beruhigt vor allem den
Therapeuten

Sanfte Konfrontation

guter Rapport als Voraussetzung

Was sind die realen Konsequenzen des Suizids?

Raum geben um affektive Energien freizusetzen

Kognitive Dissonanzen aufzeigen

Imagination zur Exploration und Stützung

Humor

Arbeit mit Gefühlen

Gefühle wahrnehmen und erleben – Umgang mit Widerstand

Weinen in der Therapie - therapeutischer Fortschritt
reinigende Effekt beim Ausleben negativer Gefühle
(Katharsis)

hinter den depressiven Anteilen der psychischen
Problematik liegt oft ein großer Teil an Wut
Lebensbejahende Gefühle verstärken

Brücken bauen

Perspektiven für die nächste Sitzung oder Anregung für die Zwischenzeit

Ggf. mehrere Termine vereinbaren

Medikamente sind längerfristige Massnahmen

Einsatz von Antidepressiva und Benzodiazepine

Folgen der Blackboxwarnung für Jugendsuizid

Arbeit mit Imaginationen

Therapeut braucht Vorerfahrung mit Imagination

Beispiel: Ort aufsuchen, mit dem sich Patient emotional sehr verbunden fühlt

Gemeinsamer Blick in die Zukunft mit einem vertrauten Menschen

Ressourcen aus der Lebensgeschichte nutzen

alle Wahrnehmungskanäle und deren Submodalitäten ansprechen

Systemische Intervention

Helfernetz aktivieren

interpersonelle Konflikte im Vorfeld beachten

effektivere Hilfe durch Einbezug von Bezugspersonen

tragfähige soziale Beziehungen häufig nicht mehr vorhanden

Anregungen für Patienten

Notfallplan

Urlaube planen

keine Klienten mit ernst zu nehmender Suizidalität vor Urlaub annehmen

Unterschätzung der Trennungsängste, häufiger Fehler

Notfallplan und mündlicher /schriftlicher Vertrag (sich bis zum nächsten Termin nach Urlaub nicht umzubringen)

Liste mit Maßnahmen, sich von Selbsttötung abzuhalten, wenn Pat. sich gefährdet fühlt

Weiterführende Literatur

Heidrun Bründel Jugendsuizidalität und Salutogenese. Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche. Kohlhammer. 2004.

Suizidalität bei Jugendlichen. Perspektiven sozialpädagogischen Handelns. Tectum. 2005

Heike Knebel und Nathalie Klüver: „Reflexionen - Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen“, Kilian-Andersen-Verlag, Ratekau 2010

Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit, Bern 2005