

22. Riehener Seminar
Dienstag, 25. Oktober 2011

verstehen - verhüten - bewältigen

SUIZID

zwischen Todessehnsucht
und Lebenshoffnung

Fokus
Psychische Gesundheit Basel-Stadt


SONNENHALDE
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie


SONNENHALDE

Seminarunterlagen

Programm

10.00 **Begrüssung.** René Leuenberger, Leiter Pflege und Qualität.

10.10 **1. Referat: Das Problem des Suizids in der Betreuung psychisch leidender Menschen.**
Dr. Samuel Pfeifer (10 min)

10.25 **2. Referat: Suizidalität – Diagnostik und professionelles Management – Möglichkeiten und Grenzen der klinischen Psychiatrie.** Dr. Philipp Eich, Stv. Chefarzt, KPK Liestal (45 min)

11.10 Kurze Pause

11.25 **3. Referat: Suizid im Jugendalter als Herausforderung an die Gesellschaft.**
Dr. Gregor Berger, Chefarzt, Adoleszentenstation IPW Winterthur (45 min)

12.30 Mittagessen

WORKSHOPS ZUR AUSWAHL (90 Minuten)

14.00 **Workshop 1: Vom Umgang mit Suizidäusserungen in der Betreuung von Borderline-Patienten und depressiven Patienten.** Roland Stettler, Oberarzt, und Dr. Henryk Missol, Facharzt, Klinik Sonnenhalde.

Workshop 2: Medikamente und Suizidalität – Chancen und Gefahren.
Dr. David Fischer-Barnicol, Oberarzt UPK Basel.

Workshop 3: Pflegeforschung – Interdisziplinäre Einschätzung der Suizidalität. Bernd Kozel, Pflegeexperte, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.

Workshop 4: Beihilfe zum Suizid – ein ethisches Dilemma für Angehörige und Pflegende.
Frau Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle.

Workshop 5: Was sagt man am Grab eines Menschen, der sich das Leben genommen hat? Ein Workshop für Pfarrer und Interessierte. Prof. Dr. Lukas Kundert, Kirchenratspräsident Basel, und Pastor Peter Woodtli, Zentrum Buchegg, Zürich – Roundtable unter Leitung von Dr. Samuel Pfeifer.

15.30 Pause

Musikalische Umrahmung: Anja Leuenberger

16.00 **4. Referat: Weiterleben nach dem Suizid: Wie können Angehörige und Behandelnde nach einem Suizid das Trauma verarbeiten?**
Anne Christina Mess, Dipl. Psych., Autorin

Referenten



Dr. med. Philipp Eich, Stellvertretender Chefarzt an der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal, bekannt als Referent, interessiert sich besonders für Psychiatrische Diagnostik und Psychopathologie.



Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Mitglied der „Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin“, Leiterin des Interdisziplinären Institutes für Ethik Gesundheitswesen, «DIALOG ETHIK».



Dr. med. Gregor Berger, Chefarzt der Adoleszentenpsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw), langjährige Forschung in Australien, umfangreiche wissenschaftliche Arbeit.



Anne Christina Mess, Dipl.-Psychologin, Mediatorin, Psychotherapeutin. Psychotherapeutische Privatpraxis in Leonberg (D). Master of Mediation, bekannt durch TV- und Radio-Interviews sowie ein Buch über Suizid.



Dr. med. Henryk Missol, Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den Ambulanten Diensten der Klinik Sonnenhalde. Zuvor mehrjährige klinische fachärztliche Tätigkeit in der Dermatologie und Allergologie.



Roland Stettler, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik Sonnenhalde, Mitglied des „International Moral and Social Issues Council“, berät die internationale Leitung der Heilsarmee in Fragen der Ethik und sozialen Gerechtigkeit.



Bernd Kozel, Pflegeexperte in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD), studiert im Masters Course of Nursing Science an der Charité in Berlin.



Dr. med. David Fischer-Barnicol, Oberarzt an den UPK-Basel. Als Leiter der AMSP-Gruppe in Basel beschäftigt er sich intensiv mit pharmakologischen Fragestellungen, spez. psychischen Nebenwirkungen von Psychopharmaka.



Prof. Dr. theol. Lukas Kundert Kirchenratspräsident des Kantons Basel-Stadt sowie Titularprofessor für Neues Testament und Pfarrer am Münster Basel. Breite Erfahrung in Kirche und Gesellschaft.



Pastor Peter Woodtli, Mitglied des Pastorenteams des Christlichen Zentrums Buchegg in Zürich, wo er nebst einer Gebietsbetreuung verantwortlicher Pastor in der Seelsorgearbeit ist.




Dr. med. Samuel Pfeifer ist Chefarzt der Klinik Sonnenhalde in Riehen. Bekannt durch Vorträge, Bücher und Fachartikel.

Dr. Samuel Pfeifer, Riehen
Einführung ins Thema




Suizid als Herausforderung

- Jedes Jahr nehmen sich weltweit rund eine Million Menschen das Leben, rund 10 – 20 mal so viele scheitern beim Versuch.
- Ca. 1400 Menschen haben sich in der Schweiz im Jahr 2009 das Leben genommen. 348 Menschen starben im Strassenverkehr.
- > 10'000 Menschen in Deutschland / ca. 4000 im Verkehr
- Durchschnittlich trauern mindestens 6 Angehörige um einen lieben Menschen, der sich das Leben genommen hat.




Auch gläubige Menschen sind betroffen

- Die Bibel berichtet über Suizide, wertet sie aber in keinem Fall.
- Die Kirche hat über die Jahrhunderte «Selbstmörder» geächtet und sie nicht in geweihter Erde bestattet.
- Doch damit wurden verzweifelte Menschen ausgegrenzt und ihre Angehörigen des Trostes beraubt, den sie so nötig gehabt hätten.




Erich Schick «Der Christ im Leiden»

■ „Gerade wenn wir als Christen wissen, wie wenig der Selbstmord ein Ausweg ist aus äusseren wie aus inneren Schwierigkeiten, so wissen wir doch zugleich, dass auch über solchen erschütternden Geschehnissen das Wort steht: „Der Mensch sieht, was vor Augen ist, der Herr aber sieht das Herz an“ (1. Sam. 16,7). *Wir wollen gerade der Seelen, denen das ängstliche Harren der Kreatur über die Kraft ging, in besonderer Liebe gedenken* und wissen, dass auch für sie das Hohepriestertum Jesu Christi gilt. Er, der Meister, hat Mittel und Wege genug, das angefangene Werk auch jenseits des Grabes zu vollenden und den Weg über die geheimnisvolle Brücke zu führen, selbst in einem Reich, in das unser irdisches Auge nicht dringt.“



Hat Religion einen Einfluss auf Suizid?

- Ja und Nein
- Drei Hypothesen
 - » Integrationshypothese (Dürkheim)
 - » Religiöse Überzeugung (commitment)
 - » Soziales Netzwerk
- Klinische Erfahrung: Glaube kann vor Suizid schützen.
- ABER: es gibt auch eine genetische Komponente (Vulnerabilität bzw. Plastizität), die zusätzlich durch traumatische Erfahrungen verstärkt werden kann.




Gebet in suizidaler Krise

Herr, du siehst wie dunkel es in mir ist, wie qualvoll, wie spannungsvoll. Du siehst meine zerstörerischen Gedanken, Gedanken des Todes, nicht des Heils. Herr, ich kann die Spannung kaum mehr aushalten. Irgendetwas treibt mich in den Tod. Mein Leib ist voller Schmerz.

Du bist so fern. Ich habe die Kraft nicht mehr zum Rufen, ein dicker schwarzer Panzer umgibt mich. Vom Verstand her weiss ich, dass du gute Gedanken hast und einen Plan für mein Leben. In meinem Herzen ist dieses Wissen gewichen.

Ich kann nicht mehr, ich schreie zu dir, dass ich nicht mehr kann. Die Gedanken des Todes nehmen mich Tag und Nacht gefangen und hüllen mich in Nacht.



Dr. Philipp Eich, Liestal

Suizidalität - Diagnostik und professionelles Management

22. Riehener Seminar




Suizidalität

Diagnostik und professionelles Management

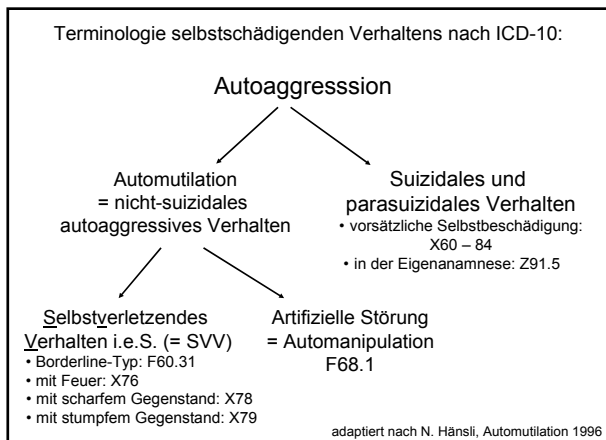
Möglichkeiten und Grenzen der klinischen Psychiatrie

Philipp Eich, KPK Liestal
 St. Chrischona, 25.10.2011

„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)

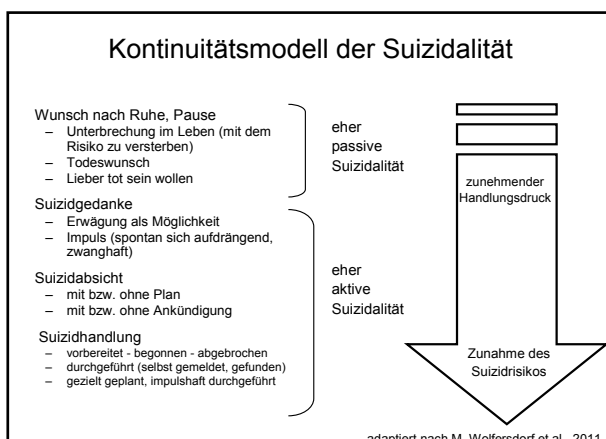
WHO-Report zum Tag der Selbstmordbekämpfung: NZZ vom 10.09.09



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)

adaptiert nach M. Wolfersdorf et al., 2011



Beurteilung von Suizidalität: *Sad Persons*

• <u>S</u> ex	Geschlecht
• <u>A</u> ge	Alter
• <u>D</u> epression	hoffnungslose, depr. Stimmung
• <u>P</u> revious attempt	SV in der Anamnese
• <u>E</u> thanol abuse	Alkoholmissbrauch
• <u>R</u> ational thinking loss	Urteilsunfähigkeit
• <u>S</u> ocial support lacking	fehlendes soziales Netz
• <u>O</u> rganized plan	Suizidplan
• <u>N</u> o spouse	Lebenspartner
• <u>S</u> ickness	somatische Erkrankung

W.M. Patterson, H.H. Dohn et al., 1983

Gefühlswelt der suizidalen Menschen

Unabhängig vom Grundproblem besteht meist die Trias:

- Hilflosigkeit
- Hoffnungslosigkeit
- Verzweiflung

Häufigste Zustandsbilder:

1. Ambivalenz (Wunsch zu leben vs. Wunsch zu sterben)
2. Impulsivität (Suizid ist ein impulsives Phänomen)
3. Rigidität (Einengung im Denken, Fühlen, Handeln; Dichotomisierung: Entweder – Oder)

WHO: Preventing Suicide, 2000
 WHO/MNH/MBD/00.1

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.)?

adaptiert nach M. Wolfersdorf et al., 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 !!

Ph. Eich, 2011

Therapie der akuten depressiven Suizidalität

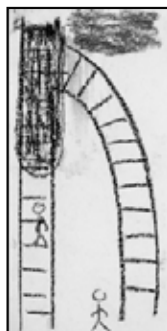
- Psychotherapeutische Krisenintervention / Gespräche unter Einbeziehung des Umfeldes
- Sicherung durch Fürsorge und Kommunikation (regelmässig, zeitlich eng, nachgehend)
- Psychopharmakotherapie
 - Antidepressiva (nicht-toxische / sedierende)
 - Antipsychotika (sedierende / anxiolytisch wirkende)
 -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

adaptiert nach M. Wolfersdorf et al., 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 dem betroffenen Behandlungsteam
- erfahrene Kolleginnen und Kollegen auf Akutabteilungen und in den Nachtdiensten einsetzen


Ph. Eich, 2011



- 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 offen zu legen. ¹

¹ Ph. Eich, 2011
² M. Wolfersdorf, 2007

Dr. Gregor Berger, Winterthur
Suizid im Jugendalter als Herausforderung an die Gesellschaft



Suizid im Jugendalter als Herausforderung an die Gesellschaft

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

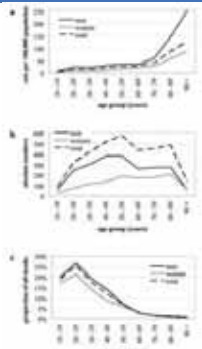
Suizidrate bei Adoleszenten – die Schweiz liegt vorne!!!

Suizid ist eine Haupt-Todesursache bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

	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

World Health Organization, 2002

Suizidrate Kanton ZH 1995-2007



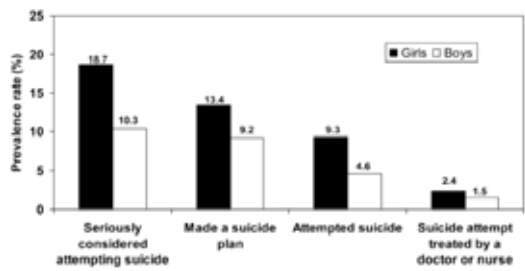
Anzahl Suizide n=3431

Anzahl Suizide aller Todesfällen nach Geschlecht

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

Klein et al., SMW, 2010 Kanton ZH 1995-2007

Adoleszente SV – ein wichtiger Risikofaktor



Kategorie	Girls (%)	Boys (%)
Seriously considered attempting suicide	18.7	10.3
Made a suicide plan	13.4	9.2
Attempted suicide	9.3	4.6
Suicide attempt treated by a doctor or nurse	2.4	1.5

Cash & Bridge, Curr Opin Pediatr, 2009

Psychisch krank – ein wichtiger Risikofaktor

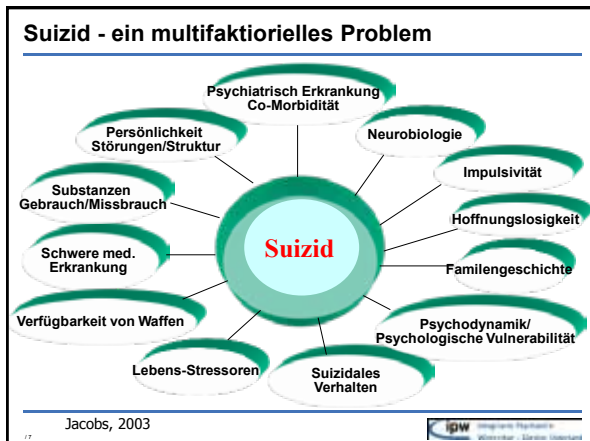
	Odds Ratios		
	Männlich	Weiblich	Total
Psychiatr. Störungen	8.7	6.9	9.4
Stimmungs-Störung	10.0	16.4	9.8
Substanzmissbrauch / Alkohol	9.2	(3.1)	7.2
Angststörungen	4.8	(1.5)	2.8
Verhaltensstörungen	4.9	(1.9)	4.6
Früherer Suizidversuch	42.7	50.4	67.4

Bridge, et al., 2006

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)

King, 2001



Suizidprävention bei Adoleszenten

Screening Programme
Suizidale Jugendliche:

- werden oft nicht erkannt
- haben oft eine psychische Erkrankung, die nicht erkannt oder behandelt wird
- weisen identifizierbare Risikofaktoren auf (z.B. Alkohol oder Substanzmissbrauch, starke Impulsivität)

Gould et al., 2005

Generelle Präventionsmassnahmen

Zugang zur Verfügbarkeit von tödlichen Mitteln

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

Untersuchungen zeigen einen guten Effekt zur Reduzierung von Jugendsuizid
Die Möglichkeit der Substitution durch andere Methoden benötigt weiteres Monitoring

Kalafat, 2003; Mann et al., 2006

Selektive, indizierte & sekundäre Prävention

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

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

- Depression
- Psychosen
- Substanzmittelabhängigkeit
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen

Konsequente Begleitung von Adoleszenten nach Suizidversuchen (Sekundärprävention)

Randomisierte kontrollierte Studie zu iatrogenem Risiko

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

Gould et al., 2005

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

Roland Stettler und Dr. Henryk Missol Vom Umgang mit Suizidäusserungen bei Borderline und Depression

Vom Umgang mit Suizidäusserungen in der Betreuung von Borderline-Patienten und depressiven Patienten

22. Riehener Seminar
 25. Oktober 2011

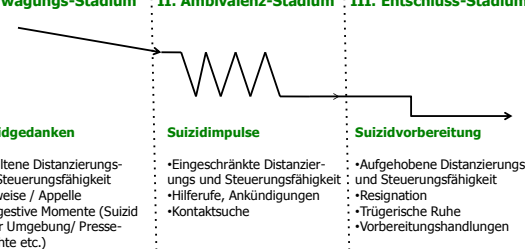
Dr. H. Missol / R. Stettler
 Klinik Sonnenhalde
 Ambulante Dienste
 Habsburgerstrasse 15
 CH-4055 Basel

Suizidalität: Fragen für Therapeuten

- Habe ich Angst vor dem Thema Tod oder Selbsttötung?
- Hatte ich schon mal den Gedanken, mich umzubringen?
- Mit wem habe ich darüber gesprochen?
- Was könnte mich hindern, mein Leben zu beenden?
- Hat mich schon mal ein Patient überzeugt, dass Suizid für ihn besser ist?
- Sollten Therapeuten eine bewusste Entscheidung für Selbsttötung akzeptieren?

Stadien der präsuizidalen Entwicklung

I. Erwägungs-Stadium **II. Ambivalenz-Stadium** **III. Entschluss-Stadium**



Suizidgedanken

- Erhaltene Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit
- Hinweise / Appelle
- Suggestive Momente (Suizid in der Umgebung/ Presseberichte etc.)

Suizidimpulse

- Eingeschränkte Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit
- Hilferufe, Ankündigungen
- Kontaktsuche

Suizidvorbereitung

- Aufgehobene Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit
- Resignation
- Trügerische Ruhe
- Vorbereitungs-handlungen

Nach Pödlings, 1968

Risikofaktoren für die Wiederholung eines Suizidversuchs

- Vorausgegangener Suizidversuch
- Vorausgegangene psychiatrische Behandlung
- Suchterkrankung
- Persönlichkeitsstörung
- Cave Prädiktoranalysen:
 - Es gelingt nicht, mit den entsprechenden Risikofaktoren die Individuen zu identifizieren, die einen Suizid oder Suizidversuch unternommen hatten.

Nach Bürk und Möller, 1985

Fragen nach Suizidalität

Suizidalität	Todes-/Ruhewünsche Suizidideen ohne / mit Plänen Suizidgedanken (drängend?) Frühere suizidale Krisen, Suizidversuche ?
Erhöhtes Risiko	Psychopathologie (eingeschränkte Kognition, Aufmerksamkeit, Kontaktfähigkeit, Affektivität, Eigensteuerung)
Akuter Handlungsdruck	Fantasien zum nächsten Tag? Woche? etc.
Im Leben haltende Faktoren	Bindungen (Familie, Partner, Kinder, Freunde, Glaube, Hoffnung) oder Resignation und Rückzug
Zukunftsperspektiven entwickelbar?	Entlastung durch Gespräch? Weitere Planung möglich? Zusage bei Verschlechterung möglich (Absprache) ?

Risikopsychopathologie bei Depression

- Tiefe depressive Herabgestimmtheit (mental pain)
- Zum Suizid auffordernde Halluzinationen (imperative, massiv entwertende Stimmen)
- Tiefe Hoffnungslosigkeit
- Aktuelle und für die Zukunft quälende Angstzustände
- Pseudoaltruistische Ideen („Familie ist besser dran ohne mich“)
- Zustand nach Suizidversuch, ohne froh zu sein, überlebt zu haben
- (wahnhaft) Befürchtungen von elendem Sterben, Verarmen, Untergang, existentieller Bedrohtheit
- Quälende innere und äussere Unruhe
- Ausgeprägte Schlafstörungen über längere Zeit



Persönlichkeitsorganisation (PO)

	normal	neurotisch	Borderline PO mässiges Niveau	Borderline PO schweres Niveau
Identität	integriert	integriert	Identitäts- diffusion	Identitäts- diffusion
Objektbeziehung	stabil komplex	dauerhaft/ oberflächlich	gespalten, oberflächlich, stabil o. Konflikt	gespalten, oberflächlich, Bedürfnis befriedigung
Prim. Abwehr	nicht	nicht/ selten	vorhanden	häufig vorhanden
Prim. Aggression	keine	Funktions- einschränkung	vorhanden	vorhanden
Realitätsprüfung	vorhanden	intakt/mild verzerrt	mässig verzerrt	ausgeprägt verzerrt

Psychoökonomie der Suizidalität

Suizidalität ...

- ... hat regulierende Funktion im Rahmen eines psychischen Reorganisationsvorganges (intrapsychisch und interpersonell)
(nicht Ausdruck seelischer Dekompensation)
- ... ist in ihrer psychischen Funktionalität abhängig vom Entwicklungsniveau sowie aus der Dynamik der Therapeut-Klient-Beziehung zu verstehen,
- ... ist häufig Ausdruck des Wunsches, die Beziehung zum anderen (bzw. den anderen) zu ändern

Nach Kind, 1992

- ### Interventionskonzept bei suizidalen Krisen
- Akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal
 - Verstehen der Bedeutung und subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals
 - Bearbeiten der gescheiterten Bewältigungsversuche
 - Aufbau einer tragfähigen Beziehung
 - Wiederherstellen der wichtigsten Beziehungen (Ermutigung zu . .)
 - Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen
 - Kontaktangebot als Hilfe zur Selbsthilfe
- Nach Sonneck, 1985

- ### Häufige Fehler im Umgang mit Suizidalität
- Latente Signale einer Suizidalität übersehen
 - Direkte Fragen nach Suizidalität vermeiden
 - Bagatelisierungen des Patienten mitmachen
 - Zu rasche Suche nach positiven Veränderungen
 - Zu rasches Ansprechen der Aggression (Schuldzuweisung)
 - Fehlendes oder zu frühes Ansprechen von negativer Übertragung
 - Statt Reflexion des Beziehungsaspekts und der Gegenübertragung wird die Suizidalität nur „gemanagt“
 - Verlustängste übersehen.

Literatur

- Bronisch T: Suizidalität. In: Möller J, Laux G, Kapfhammer HP: Psychiatrie und Psychotherapie. Band 2. Springer, 3. Aufl., 2008, S. 1281-1306.
- Dorrman W: Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Klett-Cotta, 5. Aufl., 2006
- Eink M, Haltenhof H: Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Psychiatrie-Verlag, 2006
- Henseler H: Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Westdeutscher Verlag, 4. Aufl., 2000.
- Kind J: Suizidal – die Psychoökonomie einer Suche. Vandenhoeck & Ruprecht, 4.Aufl., 2005
- Wolfersdorf M, Etzersdorfer E: Suizid und Suizidprävention, Kohlhammer Verlag, 2011
- Ziemer Jürgen: Seelsorgelehre. Vandenhoeck & Ruprecht, 2000


Dr. David Fischer-Barnicol Medikamente und Suizidalität – Chancen und Gefahren

Medikamente und Suizidalität
 Chancen und Gefahren

Dr. David Fischer-Barnicol
 UPK Basel



- Leonidas handelte von nun an in dem Bewusstsein, dass ein vollkommener Rückzug die Vernichtung durch die persische Reiterei nach sich ziehen würde. Er beschloss, mit seinen 300 Spartanern den Engpass zu halten, um den Abzug des griechischen Hauptheers zu decken. Weitere Truppen, deren Heimatländer direkt hinter dem Pass lagen und daher unmittelbar der Plünderung durch die Perser ausgesetzt sein würden, schlossen sich Leonidas an.



183 v. Chr. entzog sich Hannibal der Gefangennahme dadurch, dass er sich in der Festung von Libyssa ([Gebze](#)) mit Gift das Leben nahm.



Den gereichten Schierlingsbecher leerte Sokrates anscheinend vollständig gefasst. In seinen letzten Worten bat er darum, dem Gott der Heilkunst Asklepios einen Hahn zu opfern.



- Nach der Vergewaltigung verschwand Tarquinius und Lucretia ließ nach ihrem Mann und ihrem Vater rufen. Sie erzählte beiden den Hergang und wurde von ihnen für unschuldig befunden. Trotzdem brachte Lucretia sich um, damit künftig keine untreue Frau sich auf ihr Schicksal berufen könne und somit unbestraft davonkomme.

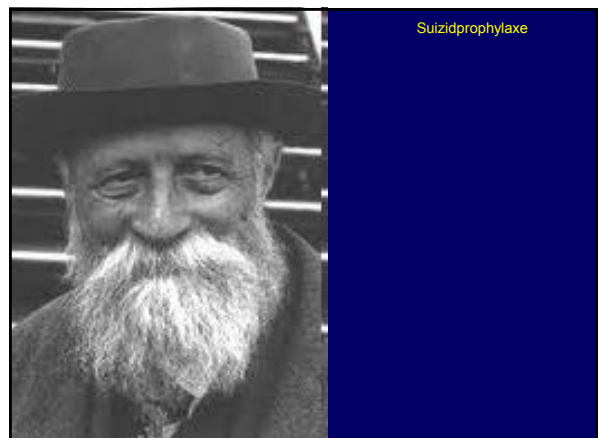


Nach dem Einmarsch der deutschen Truppen in Österreich am 12. März 1938 wurde Anna Freud durch die Gestapo verhört. Sie war von Hausarzt Max Schur für den Notfall mit Veronal versorgt worden. Als Anna durch Glück wieder heimkommen konnte, war Freud letztlich überzeugt, dass es Zeit sei, das Land zu verlassen. Einflussreiche Anhänger wie Ernest Jones und Marie Bonaparte initiierten diplomatischen Druck von Seiten Großbritanniens und der Vereinigten Staaten, sodass Freud und die meisten seiner Familienmitglieder nach Zahlung der „Reichsfluchtsteuer“ ausreisen konnten. Freud unterschrieb um ausreisen zu dürfen, dass sie gut behandelt worden wären und ergänzte: „Ich kann die Gestapo jedermann auf das beste empfehlen.“ Er emigrierte am 4. Juni 1938 nach London, wo er ein Haus im Stadtteil Hampstead bezog. Im Exil setzte Freud seinem Leben durch Suizid ein Ende. Er war vom Krebs schwer gezeichnet, konnte kaum mehr reden und verlangte von seinem Arzt Sterbehilfe. Am 23. September 1939 um drei Uhr morgens stellte Max Schur nach einer von Freud gewünschten tödlichen Dosis Morphium dessen Tod fest.



Medikamente als Auslöser von akuter Suizidalität

Medikamentenschemata zur Behandlung von akuter Suizidalität



Bernd Kozel, Pflegeexperte Pflegeforschung - Interdisziplinäre Einschätzung der Suizidalität

Die Risikobeurteilung der Suizidgefährdung ist eine wichtige und herausfordernde Aufgabe für alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen. Einige Experten empfehlen die Verwendung von Einschätzungsinstrumenten, um dieser anspruchsvollen Aufgabe durch eine professionelle Vorgehensweise gerecht zu werden.

Eine systematische Einschätzung der Suizidgefährdung mit geeigneten Instrumenten ist besonders hilfreich, um jene PatientInnen frühzeitig zu identifizieren (Screening), die eine Häufung an Risikofaktoren für Suizid aufweisen. Die Anwendung dieser Instrumente ist jedoch besonders aus zwei Gründen problematisch. Einerseits wird der klinische Gesamtkontext bei einem Risikoscreening mit entsprechenden Einschätzungsinstrumenten nicht berücksichtigt. Ausserdem wird kaum zwischen einer erhöhten „Basissuizidalität“ und einer „akuten Suizidalität“ unterschieden. Beispielsweise sind PatientInnen die eine Häufung von Risikofaktoren für Suizid aufweisen nicht per se „akut suizidal“. Daher eignet sich zur Einschätzung der akuten Suizidgefährdung eher ein Verfahren, das stärker auf die „Innenwelt“ der PatientInnen rekurriert.

An den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern UPD haben wir ein interdisziplinäres Konzept zur systematisierten Einschätzung des Suizidrisikos implementiert, das die zwei zuvor beschriebenen Probleme bei der Einschätzung der Suizidgefährdung berücksichtigen soll.

Das Konzept besteht aus einem Screening-Verfahren (Erfassung von 16 evidenzbasierten Risikofaktoren mit der Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Scale NGASR, subjektive Einschätzung und interdisziplinäre Einschätzung), das gegebenenfalls mit einer Selbstbeurteilung durch die PatientInnen (Suicide Status Form II German Version SSF-II) ergänzt wird. Mit dem Screening wird bei allen eintretenden PatientInnen das Vorliegen evidenzbasierter Risikofaktoren (Basissuizidalität) auf einer dichotomen Skala überprüft und durch eine subjektive, gefühlsmässige Einschätzung ergänzt. Anhand der beiden Einschätzungen erfolgt die interdisziplinäre Festlegung auf die derzeitige Risikogefährdung der PatientInnen (1=kleines, 2=mässiges, 3=hohes oder 4= sehr hohes Risiko).

Die akute Suizidgefährdung wird mit der Suicide Status Form II (SSF-II) vertieft überprüft, wenn im Screening-Verfahren die Risikostufen 3=hohes Risiko oder 4=sehr hohes Risiko interdisziplinär festgelegt wurden. Die Suicide Status Form II (SSF-II) ist letztlich ein strukturiertes Gespräch über die Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen. Dadurch ändern sich die Rollen: Die PatientInnen werden zu den „Experten“ ihrer eigenen Suizidalität, die Professionellen werden zu den „Begleitern“ des Einschätzungs- und Behandlungsprozesses.

Buchvorschlag

Jobes DA (2006) Managing suicidal risk. A collaborative approach. New York: Guilford Press.

Rudd MD (2006) The assessment and management of suicidality. Sarasota: Professional Resource Press

Sauter D, Abderhalden A, Needham I, Wolff S (2011) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hans Huber Verlag

Dr. Ruth Baumann-Hölzle
Beihilfe zum Suizid – ein ethisches Dilemma für Angehörige und Freunde

In der Schweiz wird die Beihilfe zum Suizid toleriert und ist eine Möglichkeit, über seinen Tod zu verfügen. In diesem dialogisch konzipierten Workshop wird zuerst der Status Quo der Rechtslage und der Umgang mit der Beihilfe zum Suizid in der Gesellschaft, in Organisationen und auch im privaten Raum dargelegt. Im Anschluss daran zeigt die Referentin die ethischen Aspekte und auftretende ethische Dilemmasituationen der Suizidbeihilfe in diesen unterschiedlichen Situationen auf. Diese werden mit den Teilnehmenden bedacht und diskutiert.

Zur Person:

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Ethikerin, Leiterin des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen der Stiftung Dialog Ethik und Mitglied der Nationalen Ethikkommission für Humanmedizin

www.dialog-ethik.ch

Anne Christina Mess


Weiterleben nach dem Suizid: Wie können Angehörige und Behandelnde nach einem Suizid das Trauma verarbeiten?

Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

Weiterleben
 nach dem
Suizid

Wie können Angehörige und Behandelnde nach einem Suizid das Trauma verarbeiten?


Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Psychologische Praxis, Leonberg (D)




Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

Psychisches Trauma:
 Seelische Verletzung aufgrund eines „inneren Erdbebens“, das von einem einschneidenden Lebensereignis ausgelöst wurde.
 Langfristige psychische Störungen *können* die Folge sein.

Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de




Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung



„Richte nicht über einen Menschen, wenn Du nicht eine Meile in seinen Mokassins gelaufen bist.“

Menschen wählen unterschiedliche Wege des Lebens, des Problemlösens und des Trauerns

Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de




Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

„Lebensmüde“
 ein Kurz-Video beschreibt die suizidale Entwicklung einer jungen Frau:

- Entwurzelung
- Traumata
- Einsamkeit
- Depressionen ...

Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de




Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

Der Wechsel vom Buddhismus zum Christentum – ein „Wundermittel“?

Bereits das Alte Testament berichtet von Menschen, die sich umbrachten: Abimelech, Saul, Sauls Waffenträger usw.

Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de



Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

Trauerarbeit



Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de




Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

Phasen des Trauerns (nach Verena Kast 1982)


- Schock / Nicht-Wahrhaben-Wollen
- Aufbrechende Emotionen
- Bearbeiten / suchen, finden, sich trennen
- Neuorientierung / sich für sein Leben entscheiden


Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de




Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung


Verarbeitung eines Suizids aus 3 Perspektiven

 **Kind** (Schreck, emotionale Überforderung, Parentifizierung)

 **Studentin** (Wut, Neid, Tabu)

 **Fachperson** (Schuldgefühle)

Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de



Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

Schuld → Anteile ?!

Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de




Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

Wenn die Schuldgefühle nagen....

- Was werfe ich mir im Zusammenhang mit dem Selbstmord von... vor?
- Was würde ... zu meinen Selbstvorwürfen sagen?
- Trifft mich tatsächlich Schuld oder sind es Anteile?
- Möchte ich über meine Selbstvorwürfe mit einer Vertrauensperson sprechen?
- Falls ja, mit wem und wann?


Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de




Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

Ein ungeschickter Brief...

- Was würde ich ... gern noch sagen?
- Wer war ... für mich?
- Woher kannten wir uns?
- Was haben wir zusammen erlebt?
- Was bedeutet ...s Selbstmord für mich?
- Was wünsche ich ...?
- Was möchte ich mit diesem Brief tun?




Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de




Weiterleben nach dem Suizid
 22. Riehener Seminar, 26.10.2011, Suizid – zwischen Todessehnsucht und Lebenshoffnung

Post an Gott...

- Gibt es etwas, was ich Gott oder einer höheren Macht mitteilen möchte zum Selbstmord von...?
- Bin ich wütend auf Gott, dass er den Selbstmord zugelassen hat?
- Möchte ich ihn um neue Hoffnung für mein Leben bitten, brauche ich Trost von ihm?



Anne Christina Mess, Dipl.-Psych., Master of Mediation
 Praxis für Verhaltenstherapie, Mediation, Personalentwicklung und Sportpsychologie
 Hintere Str. 6, D-71229 Leonberg Tel. +49 7152 929 026 www.acmess.de



Voranzeige 2012



REFERATE:

- Prof. Dr. Martin Grosse-Holtforth, Zürich
- Dr. Michael Utsch, Berlin
- Prof. Dr. Ulrich Giesekus, Freudenstadt

und weitere profilierte Referentinnen und Referenten

Weitere Infos:

www.seminare-ps.net