



3. Dresdener Psychiatrischer Pflegeetag
„Irre bunt“
- Wenn irre bunt auch suizidal ist -



Suizidalität

Definitionen

Mythen und Fakten – Was glauben Sie?

Kurzer Exkurs in die Statistik

Warum wird jemand suizidal? – Ursachen/Modelle

Risikoeinschätzung von Menschen mit Suizidalität



Suizid

- Selbstverursachte, selbstschädigende Handlung
- Ziel, tot zu sein, hoher Todeswunsch
- Wissen, Erwartung, Glaube, dass mit der Methode das Ziel erreichbar ist
- Ergebnis der Handlung: Handelnde überlebt nicht

Suizidversuch

- Selbstverursachte, selbstschädigende Handlung
- Ziel, tot zu sein, hoher Todeswunsch
- Wissen, Erwartung, Glaube, dass mit der Methode das Ziel erreichbar ist
- Ergebnis der Handlung: der Handelnde überlebt

Nach den Empfehlungen von Bronisch und Wolfersdorf (2012) sollte der Ausdruck „parasuizidale“ Verhaltensweisen wegen seiner „multiple criteria and meanings“ (Bill-Brahe et al. 1994) nicht mehr verwendet werden.

Für einen Menschen, der sich suizidieren will, kann man nichts tun.

Reden über Suizid kann zur Handlung veranlassen.

Menschen, die über Suizid reden, schreiten normalerweise nicht zur Tat.

Um Suizid zu begehen, braucht es Mut oder Schwachheit.

Suizidgefährdete Menschen sind fest entschlossen, zu sterben



Einmal suizidgefährdet – immer suizidgefährdet.

Die Suizidhandlung entsteht durch Entscheidungs- und Handlungsfreiheit.

Menschen, die sich das Leben nehmen leiden oft an einer psychischen Erkrankung

Menschen, die mit Suizid drohen, wollen nur Aufmerksamkeit.

Jeder Mensch kann Suizidgedanken haben.





Mental health

- [Mental health home](#)
- ▶ [mhGAP](#)
- [Evidence and research](#)
- [Policy and services](#)
- [Media centre](#)
- [Maternal and child mental health](#)
- [Neurology and public health](#)
- [Disorders management](#)
- [Suicide prevention](#)
- [Mental health in emergencies](#)
- [Mental health publications](#)

Preventing suicide: A global imperative

Authors:
World Health Organization

[Share](#) [Print](#)

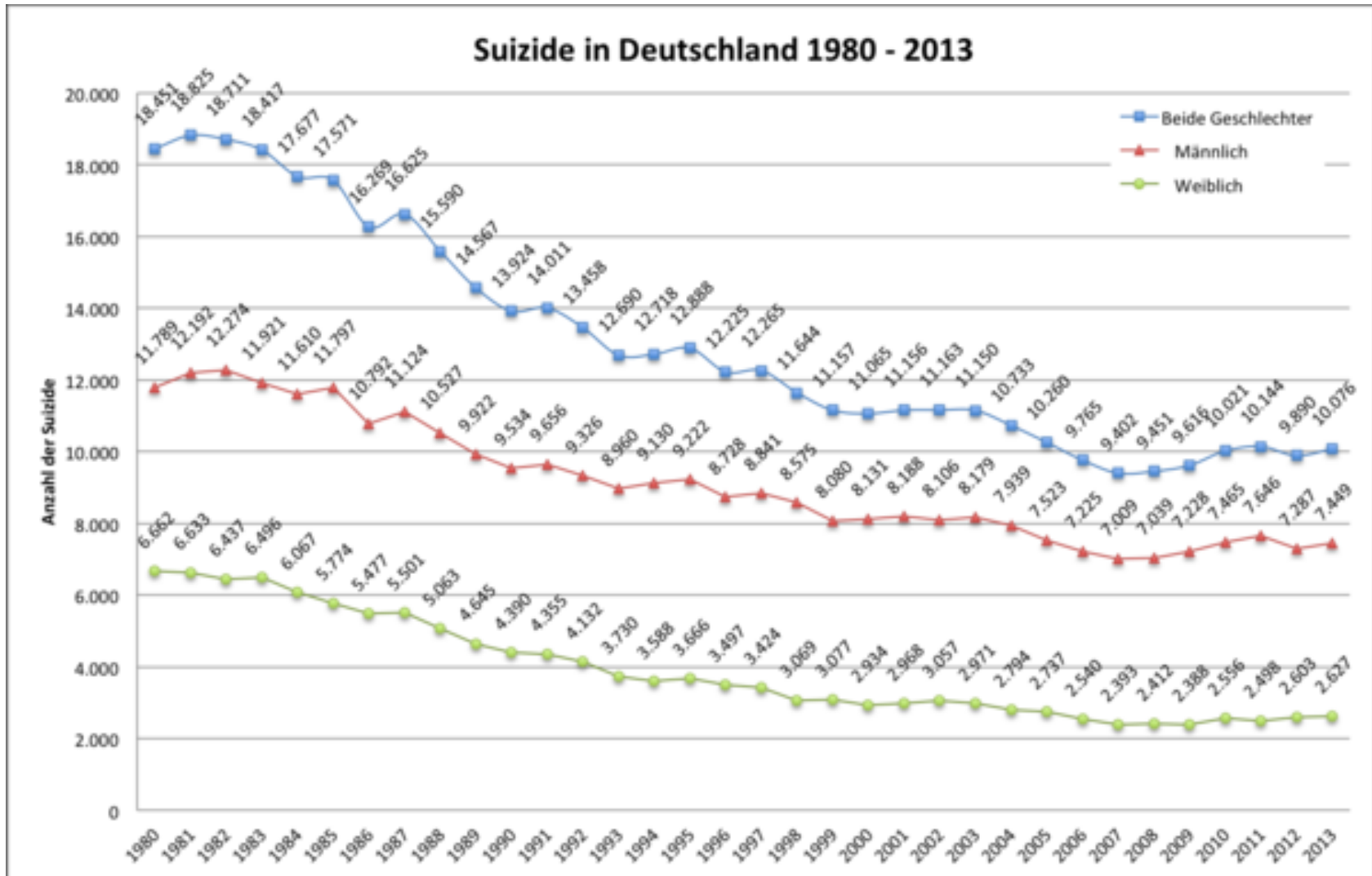


Publication details
 Number of pages: 92
 Publication date: 2014
 Languages: Arabic, English, French, Japanese, Russian and Spanish
 ISBN: 978 92 4 156477 9

Report

[Arabic](#)
[English](#)
[French](#)
[Japanese](#)
[Russian](#)
[Spanish](#)

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

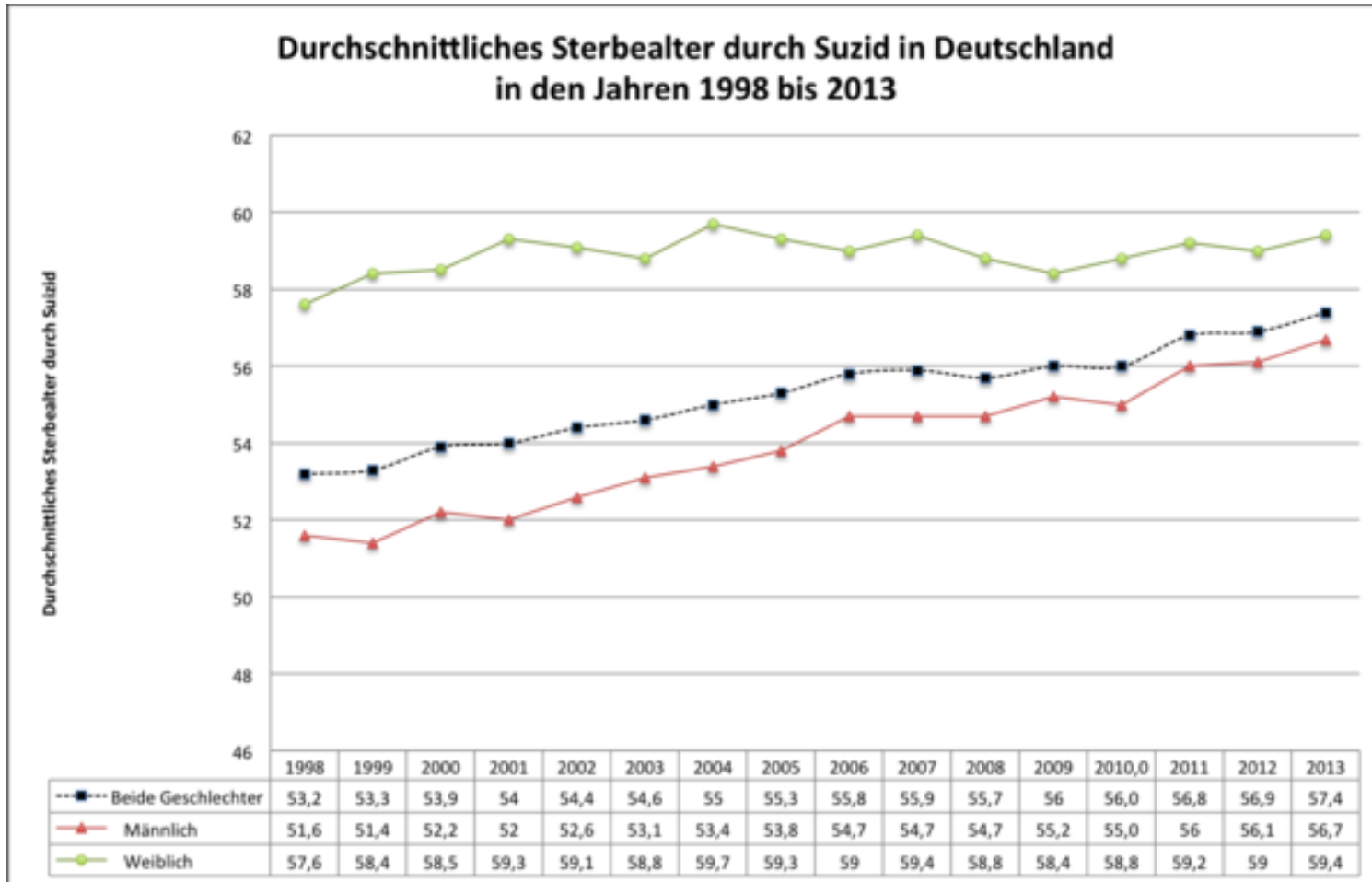


Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

	Suizide pro 100.000 Einwohner				Anzahl der Suizide			
	Gesamt	*	Männer	Frauen	Gesamt	*	Männer	Frauen
Sachsen-Anhalt	16,6	1,1	26,9	6,7	373	17	296	77
Sachsen	16,3	0,7	24,9	8,2	661	16	492	169
Bayern	13,7	0,1	20,4	7,3	1.727	14	1.258	469
Thüringen	13,6	-1,7	21,6	5,8	294	-44	230	64
Bremen	13,4	1,2	20,6	6,5	88	7	66	22
Hessen	13,4	0,9	20,0	7,1	809	47	591	218
Schleswig-Holstein	13,3	0,4	19,9	7,1	375	9	273	102
Saarland	13,2	1,2	20,9	5,9	131	10	101	30
Brandenburg	13,0	1,2	20,6	5,6	318	23	248	70
Rheinland-Pfalz	13,0	0,4	18,9	7,4	520	18	370	150
Baden-Württemberg	12,8	0,6	19,8	6,1	1.361	44	1.032	329
Mecklenburg-Vorpommern	12,5	1,0	18,2	7,0	200	13	143	57
Deutschland	12,5	0,4	18,9	6,4	10.076	186	7.449	2.627
Niedersachsen	12,1	0,4	18,6	5,8	942	14	710	232
Hamburg	11,8	-0,5	15,8	8,0	205	-18	133	72
Berlin	10,2	0,8	13,9	6,6	345	14	230	115
Nordrhein-Westfalen	9,8	0,1	14,9	5,0	1.727	2	1.276	451
* Veränderung zum Vorjahr								

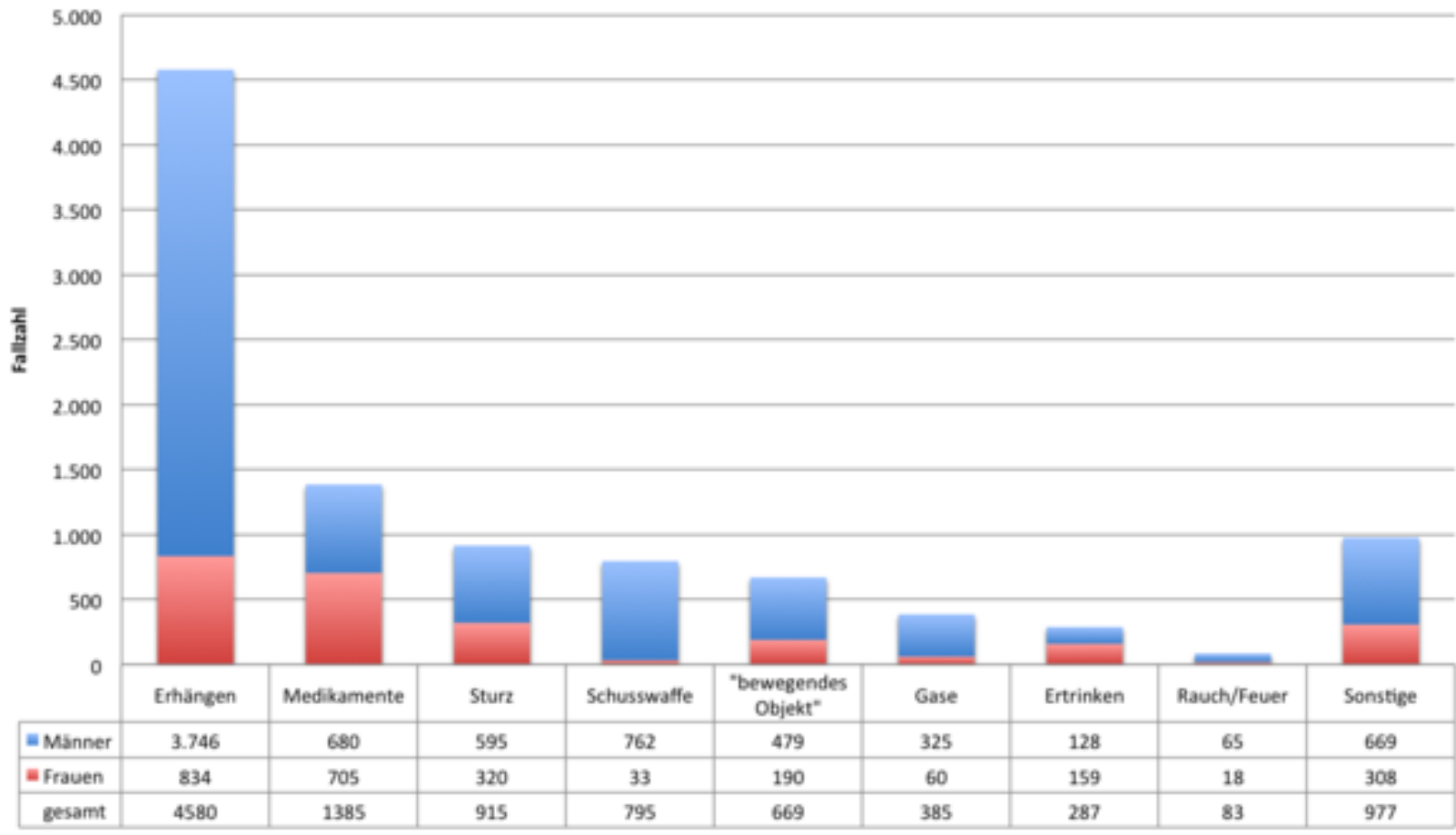
Es gibt große Unterschiede zwischen den Bundesländern. In Bremen, Brandenburg und im Saarland ist die Suizidziffer am stärksten gestiegen (+1,2), während sie nur in Thüringen (-1,7) und Hamburg (-0,5) zurück- gegangen ist. Im Jahr 2013 hatten Sachsen-Anhalt (16,6) und Sachsen (16,3) die höchste Suizidziffer und Berlin (10,2) und Nordrhein-Westphalen (9,8) die Niedrigste. Sachsen-Anhalt hat die höchste Suizidrate bei Männern (26,9) und Hamburg die höchste Suizidrate bei Frauen (8,0).

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

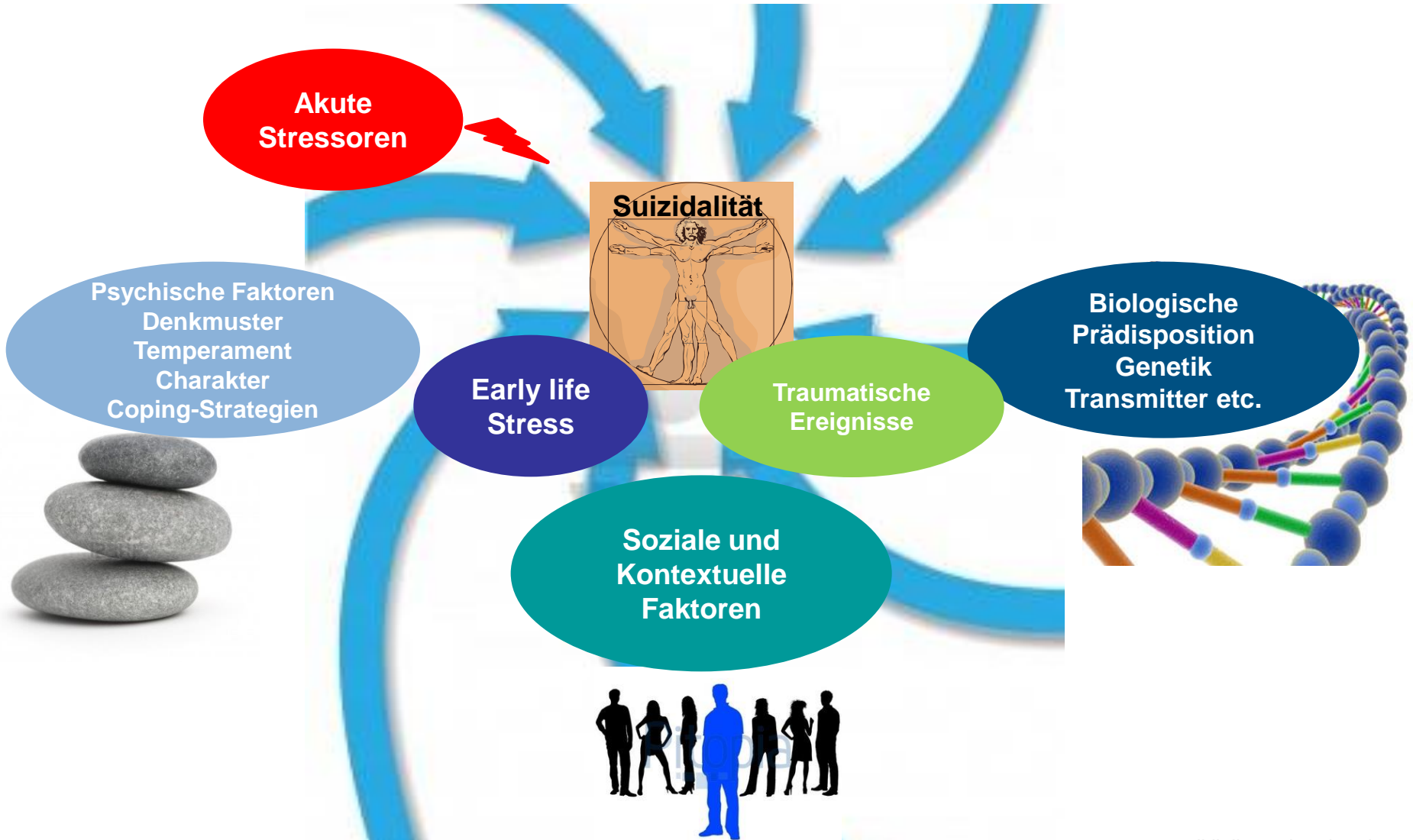


Der Suizid wird zunehmend ein Phänomen des höheren Lebensalters. Im Jahre 2013 betrug das durchschnittliche Lebensalter eines durch Suizid verstorbenen Menschen 57,4 Jahre. Das durchschnittliche Sterbealter steigt, 1998 lag es noch bei 53,2 Lebensjahren. Besonders bei Männern stieg es von 51,6 (1998) auf 56,7 Lebensjahre (2012). Bei Frauen stieg es im gleichen Zeitraum von 57,6 auf 59,4 Lebensjahre

Häufigkeit der in Deutschland angewendeten Suizidmethoden im Jahre 2013



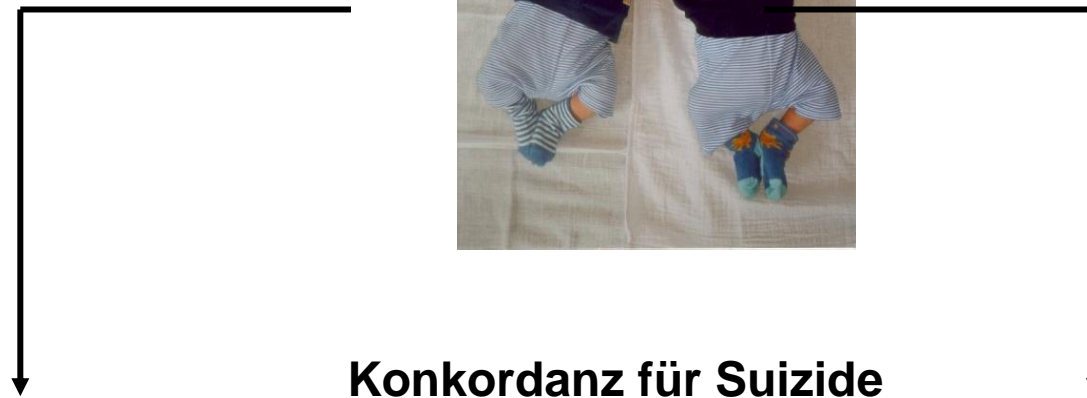
Bio-psycho-soziales Modell



Monozygote Zwillinge



Dizygote Zwillinge

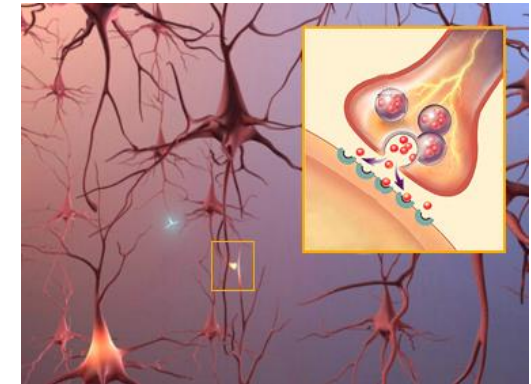
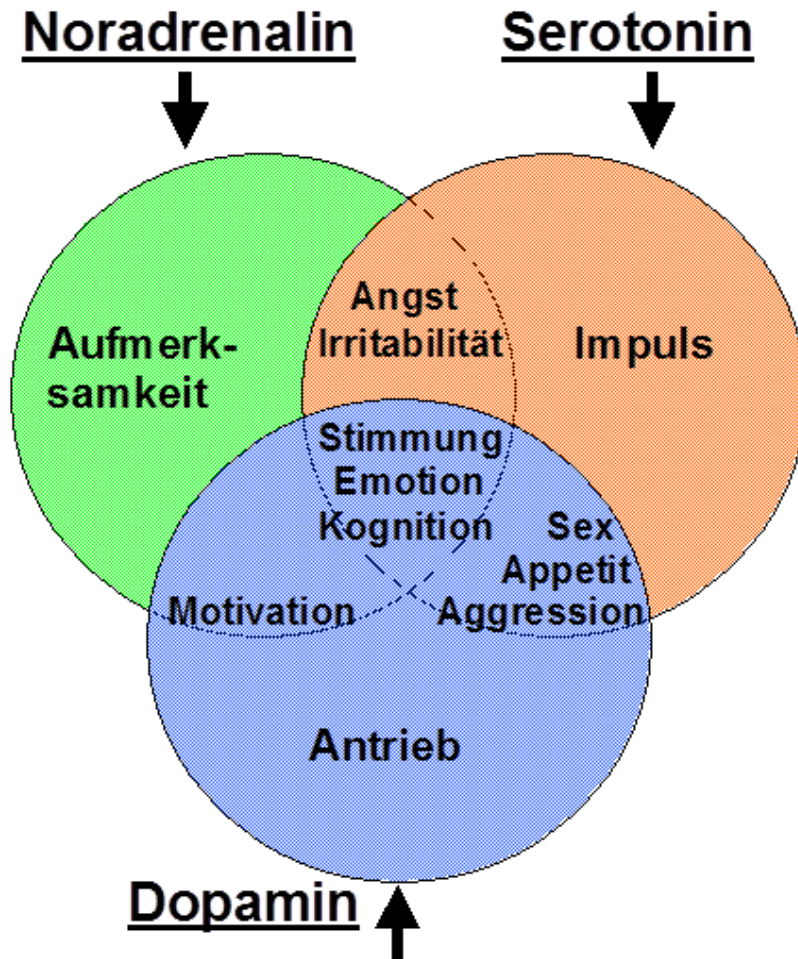


Konkordanz für Suizide

11,3%	Roy et al. 1991, 1995	1,8%
21%	Juel-Nielsen, Videbach 1970	0

Konkordanz für Suizidalität

38,5%	Roy et al. 1995, 1997	0
-------	-----------------------	---



(nach HOLSBOER-TRACHSLER, E.; VANONI, C.H.: Depression und Schlafstörung in der Praxis. MCG GmbH, Binningen 1998)



- **Psychiatrisch-phänomenologische Beschreibungen:** suizidales Verhalten im wesentlichen im Kontext psychischer Erkrankungen
- **Psychoanalytisch-tiefenpsychologische Modellvorstellungen:** Suizidalität als Lösung eines Aggressionskonfliktes, Ausdruck einer narzisstischen Krise, funktionell der Objektsicherung dienend
- **Lerntheoretisch-verhaltenstherapeutische Modelle:** Suizidalität im Sinne gelernten Verhaltens als Reaktion auf Stress mit einem dysfunktionalen Ergebnis
- **Soziologische Theorien:** Suizidrate einer Gesellschaft als Ausdruck der Psychohygiene eben dieser Gesellschaft und Kultur
- **Biologische Überlegungen:** u.a. suizidales Verhalten im Kontext einer Impulskontrollstörung als Ausdruck eines genetisch mit-bedingten Defizites im zerebralen Serotoninstoffwechsel

Welche Personen haben eine erhöhtes Suizidrisiko?





Menschen mit psychischen Erkrankungen (Depressive, Suchtkranke, Schizophren Erkrankte, Persönlichkeitsstörungen)

Menschen, mit bereits vorliegender Suizidalität (Ankündigungen, nach Suizidversuch (10% Rezidiv mit Suizid))

Alte Menschen (Vereinsamung, schmerzhaft, chronische, einschränkende Erkrankungen; nach Verwitung)

Junge Erwachsene, Jugendliche (mit Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen, Drogenproblemen, familiären Problemen, Ausbildungsproblemen)

Menschen in traumatischen Krisen und Veränderungskrisen (Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen; Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes, Identitätskrisen, chronische Arbeitslosigkeit, Kriminalität)

Körperlich kranke Menschen (schmerzhaft, chronische, einschränkende, verstümmelnde körperliche Erkrankungen, insbes. des ZNS und Bewegungsapparat, terminale Erkrankungen)



Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden, desto höher muss das Suizidrisiko eingeschätzt werden.

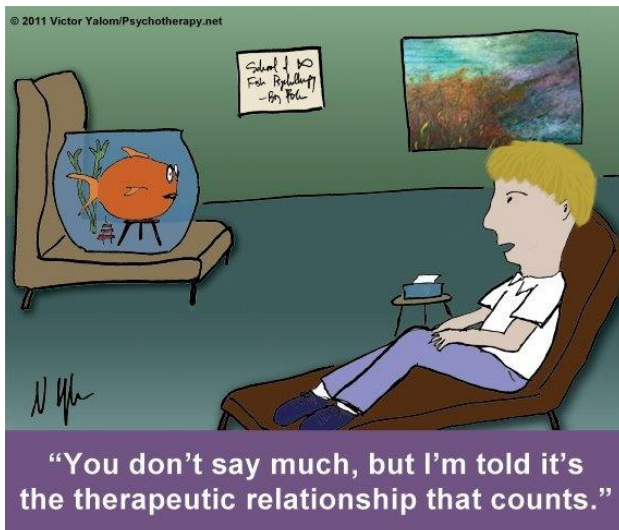
1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen? Ja
2. Häufig? Ja
3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen?
Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt? Ja
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden? Ja
5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen? Ja
6. Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Selbstmordabsichten gesprochen? Ja
7. Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen? Ja
8. Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen? Ja
9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos? Ja
10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas Anderes als an Ihre Probleme zu denken? Ja
11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu Verwandten, Bekannten, Freunden? Ja
12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie sich noch für Ihre Hobbys? Nein
13. Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können? Nein
14. Wohnen Sie in Ihrer Wohnung in einer Wohngemeinschaft mit Familienmitgliedern oder Bekannten? Nein
15. Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend? Nein
16. Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt? Nein



Suizidankündigung, Suizidhinweis liegt vor	Basale Suizidalität	Risikogruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Suizidversuch in der Vorgeschichte • Psychopathologie (affektive Störungen, Psychose, Substanzabhängigkeit) • Alte, vereinsamte Menschen
		Allgemeine Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Leichter Zugriff auf tödliche Mittel • Gewalttätiges und impulsives Verhalten • Soziale Isolation
	Aktuelle Suizidalität	Vorliegen einer akuten Krise oder eines akuten Traumas	
		Affekte	es dominieren: <ul style="list-style-type: none"> • Angst • Verzweiflung • Hoffnungslosigkeit
		Suizidale Entwicklung (Pöldinger)	Erwägung → Abwägung → Entschluss
		Präsuizidales Syndrom (Ringel)	<ul style="list-style-type: none"> • Einengung • Aggressionsumkehr • Suizidfantasien
		Beziehungsgestaltung	wenn geprägt durch <ul style="list-style-type: none"> • Unerreichbarkeit • Unehrllichkeit • Dissimulation ist die Gefahr groß

Die wichtigsten Grundlagen für den Umgang mit suizidalen Menschen:

1. Aufbau einer tragfähigen Beziehung
2. Suizidalität soll vom Therapeuten immer angesprochen werden
3. Verbindliche Vereinbarung für die nächste Sitzung bzw. die Zeit bis dahin





- soziale Kompetenzen
- flexible Bewältigungsstile
- funktionierendes soziales Netz
- Gesundheitsbewusstsein
- körperliche Aktivität
- Persönlichkeitsmerkmale wie Offenheit, Interesse, Selbstvertrauen etc.

Welche Fragen können wir stellen, um Ressourcen zu finden?

Angestrebtes Pflegeergebnis: „Selbstbeherrschung von suizidalem Verhalten

Zeit gewinnen

- Entlastung, Sicherheit (auch pharmakologische Hilfe)
- Ablenkung (Abstand gewinnen zu Gedanken, Handlungsimpulsen)



Netzwerke bilden

- Bezugspersonen wie Partner, Angehörige und Freunde mit einbeziehen
- soziale Beziehungen reaktivieren, neu anlegen einladend, ohne Druck





Liegt eine akute Selbstgefährdung vor?

Kontrolle: sichere Betreuung, Überwachung, ggf. stationäre Einweisung, hier oft 1:1 Betreuung notwendig

Gespräch: Fokussierung unter dem Notfallaspekt, Beziehungsbasis auch für drastische Maßnahmen notwendig, Handlungen erklären

Ggf. Einsatz von Medikation unter Berücksichtigung von körperlichem Zustand und eventuellen Begleiterkrankungen

Nichtansprechen von Suizidgedanken/Plänen

Hinweis auf Zeitmangel

Belehrungen

Bagatellisieren geäußerter Belastungen

Nichterkennen von Dissimulation, Bagatellsierungen

Diskussion der suizidalen Problematik mit Angehörigen ohne Einbeziehung des Betroffenen

Unverbindliche Therapieempfehlungen





Telefon des Vertrauens

Kinder-und Jugendtelefon des KSB

Elterntelefon

Telefonseelsorge

Psychosozialer Krisendienst

Sozialpsychiatrischer Dienst

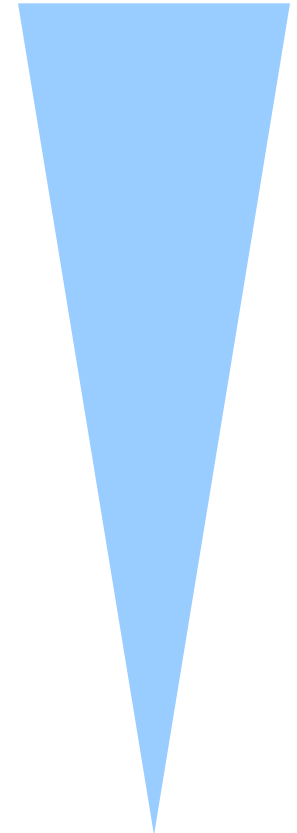
Psychosoziale Kontakt-und Beratungsstellen

Niedergelassene Psychiater/Psychotherapeuten, Hausarzt

Kliniken mit Versorgungsauftrag (Akutversorgung)

Rettungsdienst und Polizei

Niederschwellig



...absolut zu verhüten sind sie nicht...

(Pelman, ärztlicher Direktor der Irrenanstalt Grafenberg, Bericht über Suizide 1876)

...man kann auch in der Psychiatrie sterben und psychische Krankheiten können auch zum Tode führen...

(Wolfersdorf 2000)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Adresse:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der TU Dresden AöR
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Haus 25, Station PSY-S3
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Kontakt:

Ute Lewitzka
Telefon: 0351 458-2663
Telefax: 0351458-5316
E-Mail: ute.lewitzka@uniklinikum-dresden.de