

# Suizidalität

Alle Kräfte eines Menschen die in Richtung Selbsttötung gehen



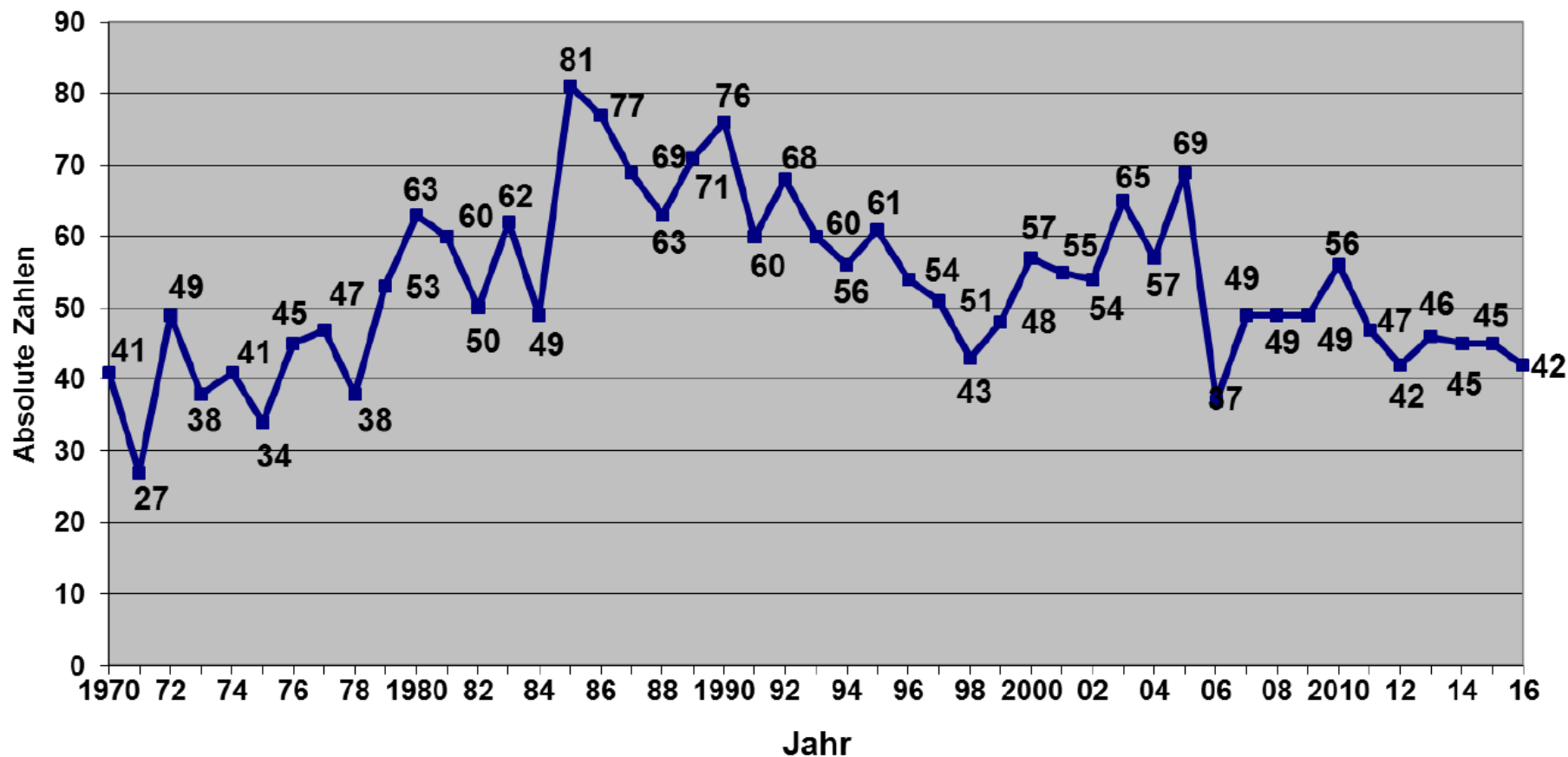
# Suizidalität -- Allgemeines

- Als Symptom bei allen psychiatrischen Erkrankungen
- Unabhängig von psychiatrischen Krankheitsbildern, z. B. „rational choice“ bei Terminalstadium schwerer somatischer Erkrankungen, „Bilanzsuizid“, Lebenskrisen, Kränkungen, Verluste
- Bei 90% aller Suizide → psychiatrische Erkrankung zugrunde liegend

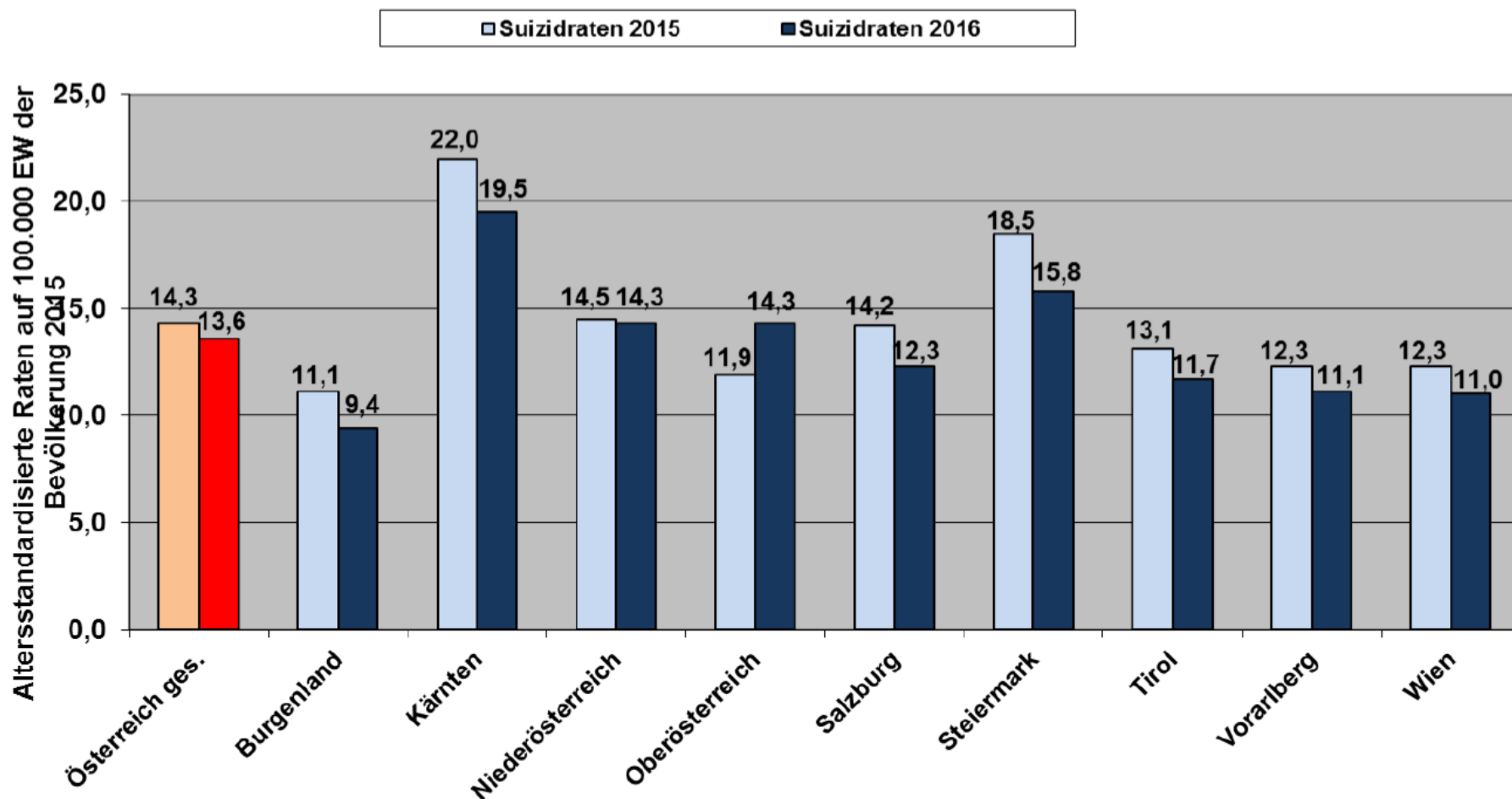
# Suizidalität -- Allgemeines

- 40-70% affektive Störung (2-6%/17%)
- 28% Suchterkrankungen (7%)
- 10% Schizophrenien (2-6%)
- 5% Persönlichkeitsstörungen (2%)

## Absolute Suizidzahlen für Vorarlberg 1970-2016 (Quelle: Statistik Austria)

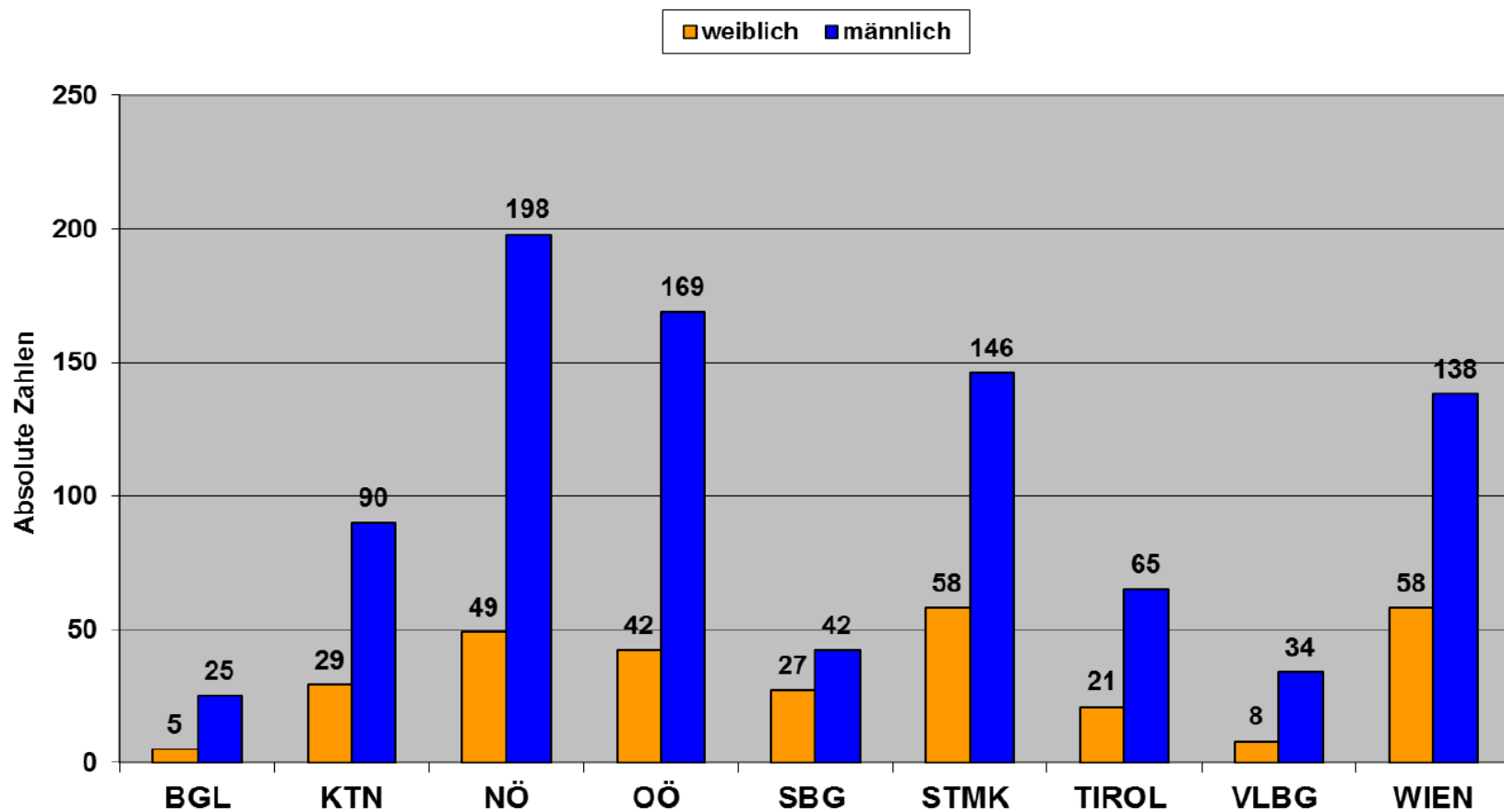


## Suizidraten für die einzelnen Bundesländer 2015 und 2016 im Vergleich (Quelle: Statistik Austria)



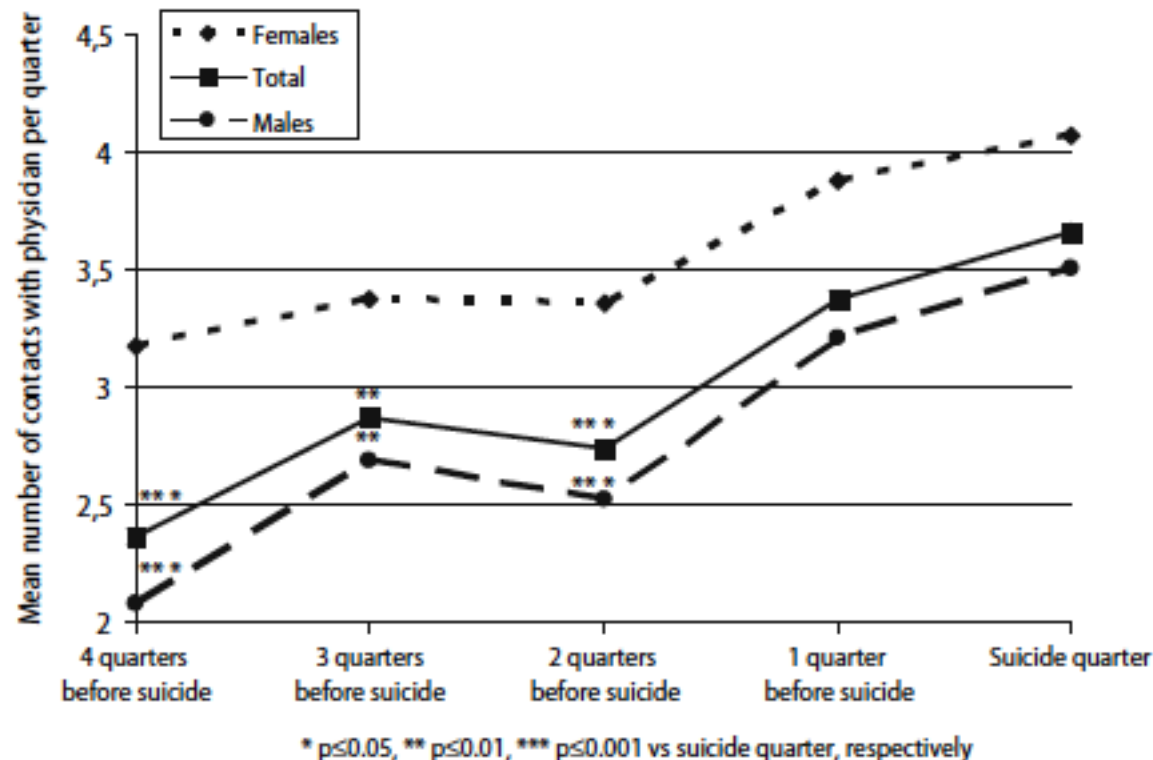
## Geschlechtsverteilung nach den einzelnen Bundesländern 2016 (n = 1.204)

(Quelle: Statistik Austria)

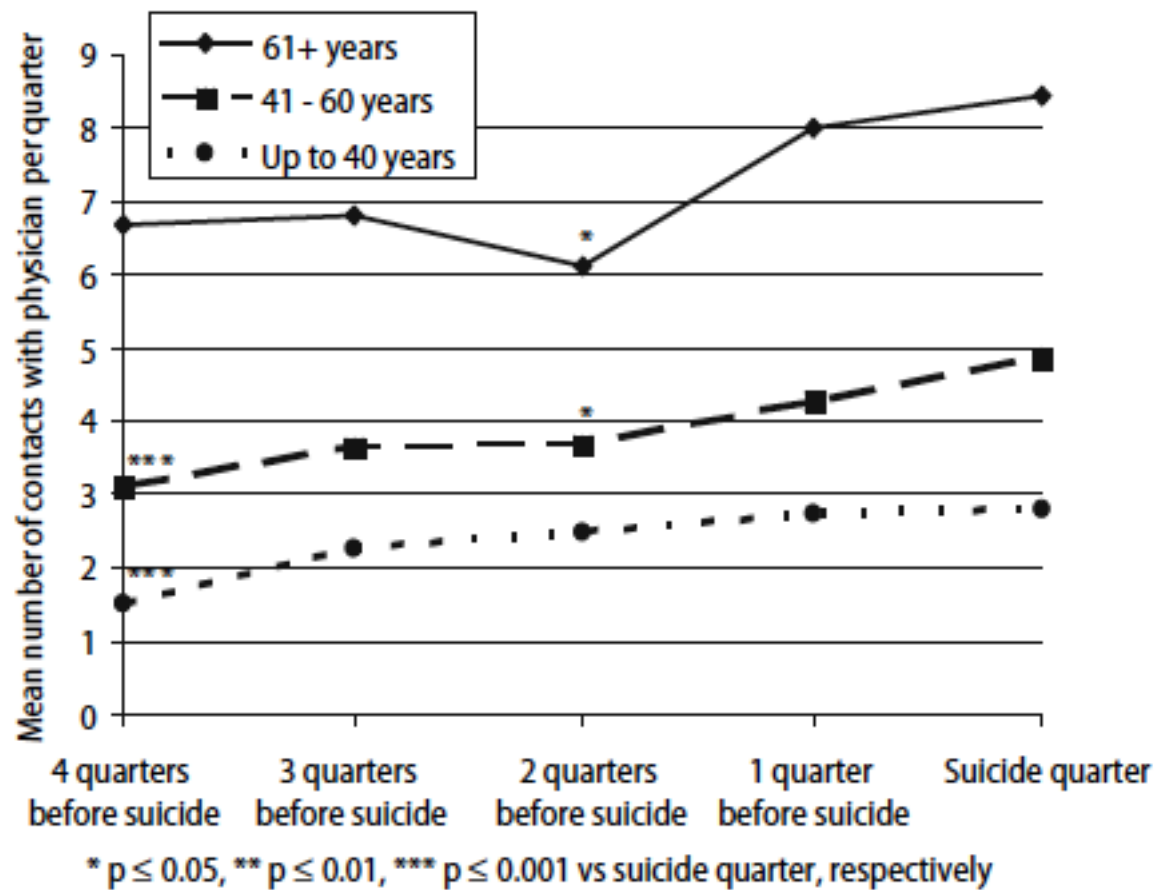


Eberhard A. Deisenhammer · Michael Huber · Georg Kemmler · Elisabeth M. Weiss · Hartmann Hinterhuber

# Suicide victims' contacts with physicians during the year before death

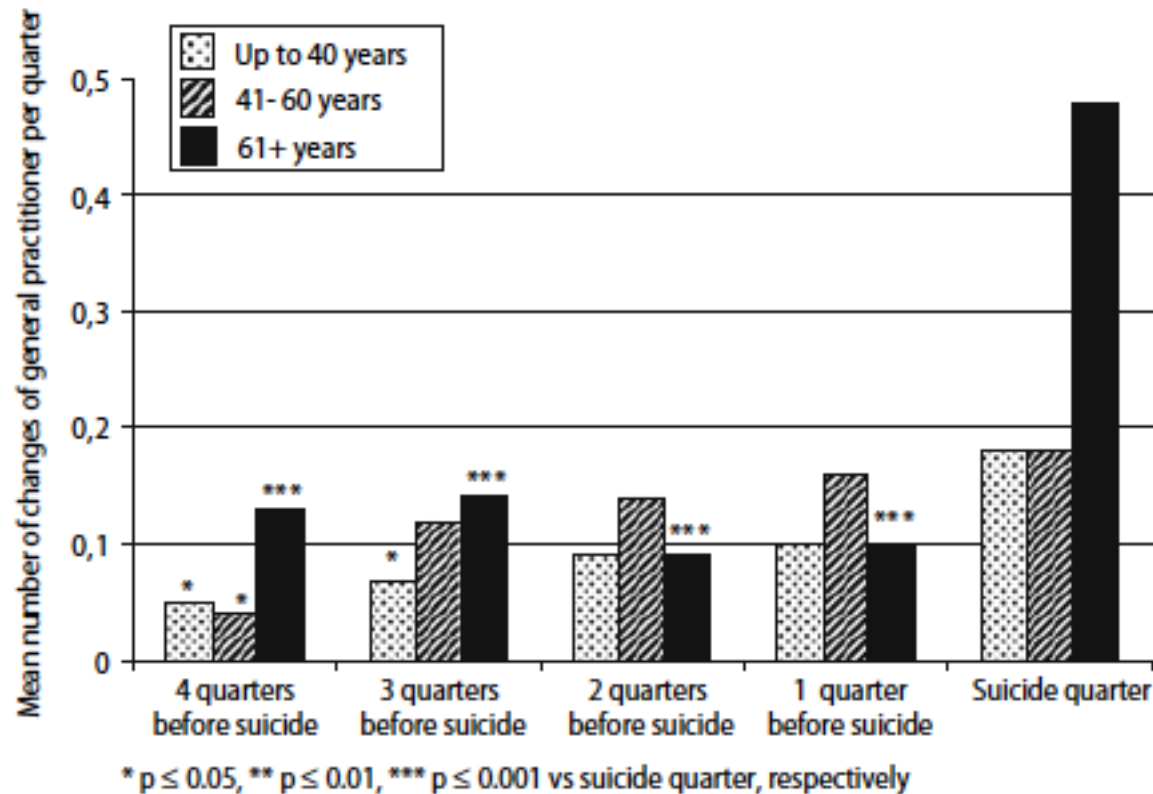


**Fig. 2** Frequency of contacts with general practitioners during the year preceding suicide



**Fig. 4** Frequency of contacts with with any physician during the year preceding suicide by age group





**Fig. 6** Rates of 'changing general practitioner' during the year preceding suicide by age group

# Den älteren Mann nach Suizidalität fragen!

- 98% der suizidalen ältere Männer reden über Suizidalität auf Nachfrage
- 3% der Praktiker fragen ältere Männer

Wassermann 2010

# Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities

## A Systematic Review and Meta-analysis

Daniel Thomas Chung; Christopher James Ryan, MBBS, MHL, FRANZCP; Dusan Hadzi-Pavlovic, BSc, MPsychoI;  
Swaran Preet Singh, MBBS, MD, FRCPsych, DM; Clive Stanton, MBBS, MRCPsych, FRANZCP; Matthew Michael Large, BSc, MBBS, FRANZCP, DMedSci

- 44fach gegenüber Patienten im allgemeinen bis 10 Jahre nach Entlassung
- 100fach innerhalb der ersten drei Monate
- 60fach vom 3-12 Monat
- 30fach zwischen 5 und 10 Jahren
- Tendenzielle Zunahme seit 50 Jahren

### Risikofaktoren für Suizidalität\*1

- psychische Erkrankungen
  - Depressionen, Sucht, Schizophrenie, bipolare Störungen
- vorbestehende Suizidalität
  - Suizidankündigungen
  - nach Suizidversuchen (vor allem kurz zurückliegend)
- hohes Lebensalter
  - Vereinsamung, Verwitwung
  - schmerzhaft, einschränkende, chronische Erkrankungen
- junges Lebensalter
  - Entwicklungs- und Beziehungskrisen
  - familiäre oder Ausbildungsprobleme
  - Drogenprobleme
- traumatische Lebensereignisse
  - Partnerverlust, schwere Kränkungen
  - Verlust des sozialen, kulturellen oder politischen Lebensraumes
  - Identitätskrisen, Anpassungsstörungen
  - Langzeitarbeitslosigkeit, Perspektivlosigkeit
  - Kriminalität/Verkehrsdelikte (Verletzung, Tötung eines anderen)
- körperliche Krankheiten, die die Lebensqualität stark einschränken

---

\*1modifiziert nach (17)

# Suizidalität -- Risikofaktoren

- Generell höheres Suizidrisiko
  - Männer
  - Ältere u. allein lebende Menschen
  - Psychiatrisch ersterkrankte Patienten
  - Suizidversuch i. d. Anamnese
  - alters- u. diagnoseunabhängig Patienten mit schlechtem Behandlungserfolg
  - diagnosenübergreifend aktuell depressive od. dysphorisch-agitierte Symptomatik
- Protektive Faktoren (Thematisieren!)
  - Gute familiäre, soziale und berufliche Bindungen
  - Religion
  - Schwangerschaft
  - Angst vor dem Tod
  - Gefühle der Hoffnung

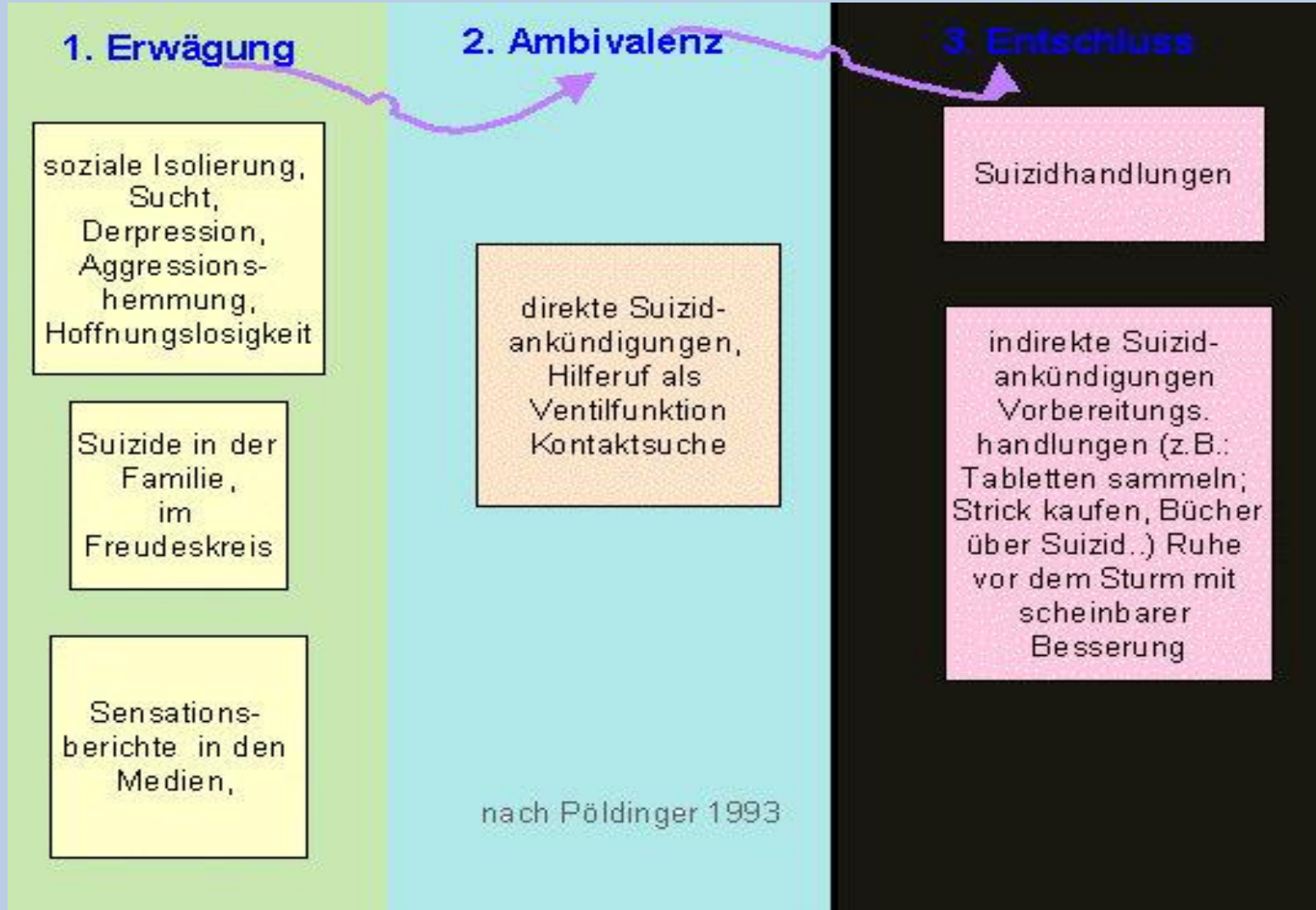
## Lebensereigniss

Tod eines Kindes	100
Scheidung	73
Trennung	65
Gefängniss	63
Tod eines nahen Familienmitglied	63
Krankheit oder Verletzung	53
Heirat	50
Entlassung	47
Eheliche Versöhnung	45
Pensionierung	45
Gesundheitliche Veränderung in der Fam.	44
Schwangerschaft	40
Sexuelle Schwierigkeiten	39
Familienzuwachs	39
Berufliche Veränderung	39
Finanz. Veränderung	38
Tod eines nahen Freundes	37
Wechsel der Arbeitsstelle	36

# Suizidalität -- Symptome

- Agitation
- Schlafstörungen
- Hoffnungslosigkeit
- Gewichtsverlust
- Wahn, Wahrnehmungsstörungen

Nach: Suizidalität, Tobias Teismann, Wolfram  
Dorrman Hogreve 2014





# An Suizidalität denken, wenn:

- Erstkontakten in psychosozialen und psychiatrischen Institutionen
- Veränderung des Behandlungssetting
- Abruptem Wechsel des klinischen Erscheinungsbildes (Verschlechterung und Verbesserung)
- Ausbleibender Besserung oder gradueller Verschlechterung, trotz Behandlung
- Eintreten eines Belastungsfaktor
- Ausbruch einer körperlichen Erkrankung

# Zuweisen wenn:

- Psychose
- Intoxikation oder sonstige Hirnorganizität
- Versuch gewalttätig oder potentiell tödlich
- Vorkehrungen getroffen wurden nicht gefunden zu werden
- Zunahme der emotionalen Belastung besteht
- Männlich und über 45a
- Wenig soziale Unterstützung oder soziale Extremsituation
- Starke Agitation oder impulsives Verhalten
- Ablehnen von Hilfe

**Tabelle 4: Schweregradskontinuum suizidaler Krisen**

<b>Schweregrad</b>	<b>Indikatoren</b>
Leicht	Geringe Häufigkeit, Dauer und Intensität von Suizidgedanken, keine Planung, keine Absicht, leichtgradige Symptombelastung, gute Selbstkontrolle, wenige Risikofaktoren, protektive Faktoren vorhanden.
Moderat	Regelmäßige Suizidgedanken von beschränkter Intensität und Dauer, geringe Planung, keine Absicht, gute Selbstkontrolle, wenige Risikofaktoren, protektive Faktoren vorhanden.
Stark	Regelmäßige, intensive und andauernde Suizidgedanken, spezifische Planung, keine subjektive Absicht (aber objektive Hinweise auf Absichtsbildung, z. B. Wahl letaler Methode, die verfügbar ist, vorbereitende Verhaltensweisen), Hinweise auf eingeschränkte Selbstkontrolle, bedeutsame Symptombelastung, viele Risikofaktoren und wenig (wenn überhaupt) protektive Faktoren vorhanden.
Extrem	Regelmäßige, intensive und andauernde Suizidgedanken, spezifische Planung, subjektive und objektivierbare Absicht, eingeschränkte Selbstkontrolle, bedeutsame Symptombelastung, viele Risikofaktoren und keine protektiven Faktoren vorhanden.

# Umgang mit suizidalen Patienten

- Jede Suizidäusserung grundsätzlich ernst nehmen
- Ausführliche Anamnese zur Einschätzung der akuten Gefährdung
- Suizidalität offen und präzise thematisieren
- Suizidale Patienten → besondere Beobachtung und engmaschige Betreuung
- Akut suizidale Pat. ohne Absprachefähigkeit → umgehend in psychiatrische Klinik, evtl. UBG
- Absprachefähigkeit abhängig von Ressourcen, protektiven Faktoren und sozialer Unterstützung

### Häufige Fehler im Umgang mit Suizidpatienten

- Suizidankündigungen nicht ernst nehmen
- psychiatrische Störung übersehen
- stationäre Einweisung verzögern/unterlassen
- Bagatellisierungstendenzen des Patienten fehldeuten
- mangelnde Exploration der jetzigen und eventuell früheren Umstände, die zu Suizidalität geführt haben
- Missachtung der Fremdanamnese
- zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten
- überhöhte Ansprüche an die eigenen therapeutischen Fähigkeiten (Omnipotenzgefühl des Arztes/Therapeuten)
- Fehlbeurteilung der Ruhe nach dem Entschluss und vor dem geplanten Suizid
- einseitige und unverbindliche Therapieempfehlungen

---

modifiziert nach (17)

# Wie auf suizidale Äußerungen reagieren?

TH: Haben Sie in letzter Zeit daran gedacht nicht mehr leben zu wollen?

Pat: Ach, ich wäre lieber heute wie morgen unter der Erde

Th: Ja und denken Sie darüber nach sich umzubringen? **Konkret nachfragen**

Pat: So geht es nicht weiter. **Ausweichen**

Th: Haben Sie schon Pläne wie Sie sich umbringen würden? **Von Suizidalität ausgehen**

Pat: Ich würde von der Brücke springen.

Th: Wissen Sie von welcher? **Konkretisieren**

Pat: Lingenauer Brücke

TH: Waren Sie schon dort?

Pat: Ein paar mal.

Th: Und was hat Sie abgehalten zu springen?

Pat: Jedesmal kam ein Auto vorbei und irgendwie habe ich Angst

# Notfalltherapie bei Suizidalität

- Therapie stets abhängig von Grundkrankheit
- bei psychotischen Angst und Erregungszuständen
  - Konsequente AP Behandlung
  - Zusätzlich passager BZD
  - BZD → schneller Effekt, Linderung
- bei depressiven Störungen
  - Primär BZD
  - Sekundär AD
  - evtl. AP → AAP

# Notfalltherapie bei Suizidalität

- bei Persönlichkeitsstörungen
  - passager BZD
  - evtl. niederdosiert AP → nimmt Anspannung und Impulsivität (z. B. Autoaggressivität)
- bei Suchterkrankungen
  - bei akuter Drogenintoxikation → stat. Entgiftung
- Krankheitsunabhängig wichtig → Behebung von Schlafstörungen
- „Antisuizidale“ Medikamente
  - Lithium → nachgewiesen, bei Stimmungserkrankungen, Cave Toxizität, erhöhte Suizidalität nach Absetzen
  - Clozapin → bei schizophrenen Psychosen, Abnahme des Suizidrisikos beobachtet



# Dokumentation

- Wer schreibt, bleibt
- „Kein Hinweis für Suizidalität“
- „Distanziert sich eindeutig“
- „... somit bestand eine Alternative“ „keine Alternative“
- „Anxiolytische....Schlaf regulierende, antipsychotische..“

# Dokumentation

- Vermeide: „latente Suizidalität“
- Erläutere „chronische Suizidalität“
- Was nicht geschrieben ist fand nicht statt
- Nichtmedizinische Massnahmen dokumentieren

# Golden Gate Bridge



[https://c1.staticflickr.com/7/6122/5981190329\\_5d2d3374b3\\_b.jpg](https://c1.staticflickr.com/7/6122/5981190329_5d2d3374b3_b.jpg)

# Fall

- 65a Mann, geschieden, Pension, 3 Söhne
- CA, palliative Situation, stationär Onkologie
- Mittwoch 23:00 Uhr: Panik, Psychopax bei Bedarf
- Freitag ND: Panik, Psychopax bei Bedarf
- Sonntag: ausgeglichen, duscht sich: Suizid durch Fenstersturz

# Fall

- Zusammenkommen mehrerer RF und unglücklicher Umstände
- Sozial: Scheidung, Pension, behandelnder Onkologe im Urlaub
- Somatisch: Palliative Situation, Alter
- Medizinisch: Psychopax bei Bedarf, unerfahrene ND Ärzte

# Fall

- Chronisch schizophrener Pat. kommt mit formalen DS zur Aufnahme, äußert den Wunsch Tod zu sein.
- Rasche Besserung nach Wiederaufnahme der Medikation
- Entlassung nach 10 Tagen
- Suizid am Entlassungstag durch Strangulation mit der Dusche (vor dem Geburtstagsfest des Bruders)

# Fall

- Facharzt im Urlaub
- Unerfahrene TÄ
- Hoher Bettdruck
- Pat. gut bekannt, formale Denkstörungen im Vordergrund
- Cave: