

Suizidalität ist ein psychischer Zustand, der dem eigenen Tod subjektiv Positives oder subjektiv Sinnvolles abgewinnt und ihn mehr oder minder anstrebt. Ein solcher Zustand ist zumeist durch psychische Störungen hervorgerufen und somit krankheitsbedingt.

Suizidalität entsteht, wie die Abbildung vereinfacht darstellt, wenn der Jetztzustand subjektiv unerträglich ist und an seine Besserung nicht geglaubt werden kann.



Die ernsthafte Beschäftigung mit der Selbsttötung umfaßt dabei mehr als nur die akute Suizidalität, so gibt es auch latente Suizidalität oder präsuizidale Syndrome. Auch gibt es unterschiedliche Arten von Suizidalität. Diese Differenzierungen sind im "Kontext der Suizidalität" hier dargestellt.

Präsuizidales Syndrom (nach Ringel)

- Einengungen des lösungsorientierten Denkens, des eigenaktiven Handeln, sozialer Rückzug
- Aggressionsumkehr: Wendung von aggressiven Impulsen gegen die eigene Person
- Suizidphantasien mit anwachsender Beschäftigen mit Todesgedanken
- Es besteht (noch) keine direkte Todesabsicht



In der Beschreibung des Präsuizidalen Syndrom nach Ringel geht es um den Verlust der Fähigkeit, aktiv, zukunftsorientiert und dialogisch mit seiner Lebenssituation umzugehen. Eine Aggressionsumkehr führt zu vermehrten Todesgedanken.

Parasuizidalität

- Parasuizidale Handlungen sind Notfälle!
- Es besteht eine gezielte Selbstschädigung durch
 - einen parasuizidalen Suizidversuch: appellativ ("Hilfeschrei"), manipulativ ("Beziehungsregulation"), kalkulierend ("mal länger weg sein")
 - ein parasuizidales Agieren im Rahmen einer ambivalenten Suizidalität ("mit dem Leben spielen", "Russisches Roulett")
 - "Ritzen" und anderes selbstverletzendes und autodestruktives Verhalten (Borderline Syndrom, Artifizielle Störung)



Entgegen dem präsuizidalen Syndrom, das keine Handlung intendiert, beschreibt Parasuizidalität ein Handeln. Bei diesem Handeln wird aber nicht gänzlich ernsthaft der Suizid angestrebt, oft geht es um situative Reaktionen mit besonderen Funktionen: Appell, Manipulation, Spannungslösung können als Funktion genannt werden. Bei Vorliegen einer chronisch rezidivierende Suizidalität finden sich oft viele parasuizidale Aspekte. Funktion einer Selbstverletzung ist zumeist die Lösung eines enormen inneren Drucks.

Man schätzt, dass mehr als 10% solcher parasuizidalen Handlungen entgegen der eigentlichen Intention tödlich enden. Daher ist Parasuizidalität ein überaus ernster Zustand und stellt einen Notfall dar.

Stadien der suizidalen Entwicklung (Pöldinger, 1968)

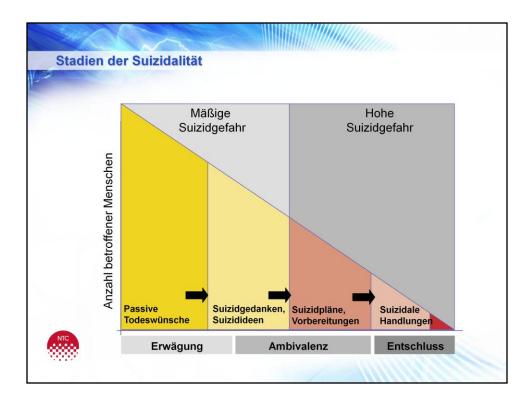
- 1. Stadium: Erwägung
 - Suizid wird als mögliche Lösung in Betracht gezogen.
- 2. Stadium: Ambivalenz
 - Hin- und Hergerissensein zwischen Wünschen zu leben und dem Gefühl, keine andere Möglichkeit zu haben, als sich das Leben zu nehmen. Häufig kommt es zu direkten Suizidankündigungen.
- 3. Stadium: Entschluss
 - Eine gefundene Lösung (Weiterleben oder Suizid) bewirkt eine spürbare Entspannung, womöglich nur die "Ruhe vor dem Sturm". In diesem Stadium bestehen womöglich indirekte Suizidankündigungen.



Suizidalität kann sehr plötzlich auftreten, z.B. im Affekt, im Raptus. Auch unter Alkohol- oder Drogeneinfluss ist Suizidalität häufig schwer vorauszusehen und für den Betroffenen kaum zu steuern. Zumeist aber wächst in Abhängigkeit von der Depressivität die Suizidalität schrittweise an. Das Modell von Pöldinger kennt 3 Stufen: Erwägung – Ambivalenz – Entschluss.

1. Grad (in flüchtiger Form verbreitet; 50% der. Adoleszenten)	Wunsch nach (unendlicher) Ruhe, nach einem Ende ("passiver Todeswunsch")
2. Grad Latente bis akute Suizidalität	Suizidgedanken / Suizidideen (konkrete Ideen: fluktuierend auftretende oder zwanghaft aufdrängend oder impulshaft einschießend)
3. Grad Akute Suizidalität	Suizidpläne und -vorbereitungen (konkretisierte Suizidabsicht; begonnene / abgebrochene Umsetzungen)
4. Grad Suizidale Handlungen	Suizidale Handlungen (manifester Suizidversuch)
	dalität verlangt sofortige Intervention und Regel einen Grund zur stationären dar.

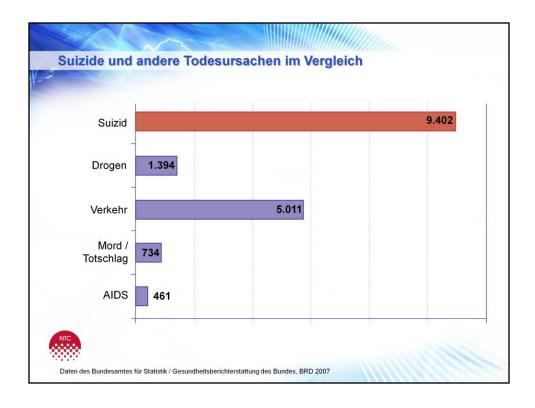
Heute ist dieses 4-schrittige Schema verbreiteter. Es unterscheide passive und aktive Todeswünsche, konkrete innere und äußere Suizidvorbereitungen, den Entschluss und die suizidale Handlung.



Das Schaubild gibt beide vorgestellte Stufenschemata wieder. Die Suizidgefahr wächst mit diesen Schritten, spätestens mit den Vorbereitungen besteht hohe Suizidalität, aber schon zuvor bei starker Ambivalenz mit klarer Tendenz muss die Diagnose einer akuten Suizidalität gestellt werden die unmittelbare Interventionen nach sich ziehen muss.

Die meisten Suizidhandlungen werden innerhalb von 6-12 Stunden nach dem Entschluss durchgeführt.





Obwohl mehr Menschen durch Suizid versterben als durch Drogen, Verkehr, Mord und Aids zusammen, wird die Suizidprävention gesundheitspolitisch noch immer relativ vernachlässigt. Dies könnte der Grund dafür sein, dass alle Todesraten bis auf die Suizide eine fallende Tendenz aufweisen. Mit dem Kompetenznetz "Depression, Suizidalität" wurde erstmals in der Bundesrepublik ein großes Forschungsprojekt und Interventionsprogramm von staatlicher Seite ins Leben gerufen und damit ein wichtiger Weg beschritten.

Ergänzung:

Suizid: laut Statistik sind 70 der 10733 Suizide durch absichtlich verursachten Kraftfahrzeugunfall. Dunkelziffer in Verkehrstote wahrscheinlich hoch.

Suizidmethoden Häufigkeit (einzeln):

- 1. Erhängen, Strangulieren, Ersticken
- 2. Sturz in die Tiefe
- 3. Selbstvergiftung
- 4. Sich legen oder werfen vor ein bewegendes Objekt
- Nicht n\u00e4her bezeichnete Feuerwaffe

Suizidmethoden Häufigkeit (Gruppen):

- 1. Erhängen, Strangulieren, Ersticken
- 2. Vergiftungen (mit unterschiedlichen Substanzen)
- 3. Sturz in die Tiefe
- 4. Selbstbeschädigung durch Feuerwaffe
- 5. Sich legen oder werfen vor ein bewegendes Objekt

BRD: Suizidversuche (SV) und Suizide (S)

Prävalenz der Suizide:

BRD 0,13 Promille (11000 S/ 80 Mill. Einwohner im Jahr)

Weltweit: ebenfalls 0.11 Promille (11:100000)

Prävalenz der SV ist 10-15 mal höher:
 BRD 120 auf 100000 (1,2 Promille) pro Jahr
 Weltweit 15 Mill. SV: 1 Mill. S pro Jahr

Relation Suizide F:M = 1:3

Relation SV F:M = 2,5 : 1

Brennpunkt ist die Suizidalität im Alter (>75 J.):
 6x höher als der Durchschnitt

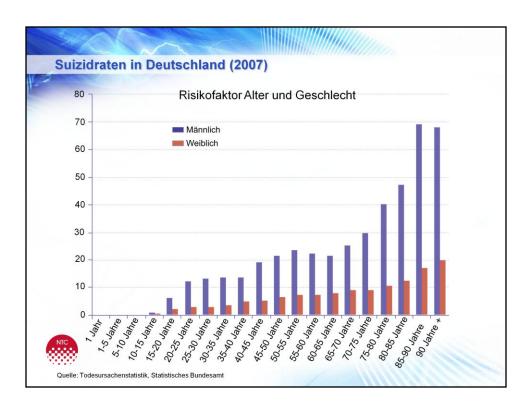


Gaebel, Müller-Spahn 2002, Diagnostik und Therapie psychischer Störungen, Kohlhammer Möller, Laux, Deister 2005, Duale Reihe, Psychiatrie und Psychotherapie, Thieme Verlag

Die Jahresprävalenz von Suiziden liegt grob bei einem auf 10.000, von Suizidversuchen bei einem auf 1.000. Die Folie zeigt die genaueren Zahlen. Sie zeigt ferner, dass die Zahlen in Deutschland mit den weltweiten Zahlen korrelieren und dass Frauen mehr Suizidversuche, Männer mehr Suizide durchführen. Die Rate von Suizidhandlungen ist nicht in der Jugend, sondern im höheren Alter am höchsten.

Ergänzung:

Drei Viertel aller Selbstmorde werden von Männern begangen. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. So versterben 15 Prozent der Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen durch Suizid [53]. Insgesamt gehen 40 bis 70 Prozent aller Selbstmorde auf eine Depression zurück [54]. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es in Deutschland im Jahr 2004 knapp 11.000 Selbstmorde, von denen 74 Prozent von Männern begangen wurden. Die tatsächliche Zahl der Suizide dürfte noch erheblich höher liegen, da sich in der Todesursachenstatistik hinter Verkehrsunfällen, Drogentodesfällen oder unklaren Todesursachen nicht erkannte Selbstmorde verbergen können [55]. Offizielle Daten zu Suizidversuchen gibt es nicht. Seit 1996 werden im Rahmen der WHO-Studie "European Study on Parasuicide "Suizidversuchen gibt es nicht. Seit 1996 werden Modellregion Würzburg erfasst [56]. Auch die Raten für Suizidversuche in der Bevölkerung über 15 Jahren lassen sich anhand der Daten schätzen. Demnach entfielen im Jahr 2001 auf 100.000 Männer 108 und auf 100.000 Frauen 131 Suizidversuche [57]. Aus dem Nürnberger Modellprojekt "Nürnberger Bündnis gegen Depression" liegen ebenfalls Zahlen zu Suizidversuchen vor. Mit Hilfe von Kliniken, Krisendiensten und niedergelassenen Ärzten wurden versuchte Selbstmorde über einen längeren Zeitraum systematisch erfasst. So lag die Rate der Suizidversuche im Jahr 2000 bei 115,5 pro 100.000 Einwohner, wobei knapp 60 Prozent der Selbstmordversuche auf Frauen entfielen [58].

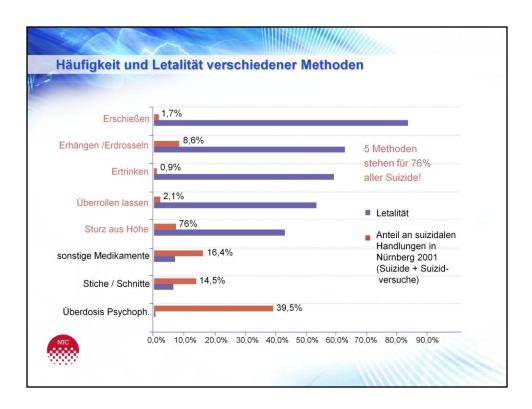


Die vorliegende Statisik illustriert einige Zahlen:

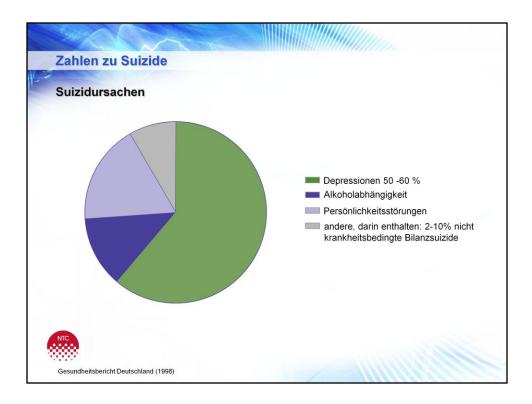
Das Risiko, durch einen Suizid zu versterben, ist für Männer rund dreimal so hoch wie für Frauen.

Vor allem mit dem Alter steigt die Gefahr einer Selbsttötung deutlich an.

Suizide bei Kindern sind dagegen sehr selten. Erst ab dem 14. Lebensjahr nehmen Selbsttötungen deutlich zu.



Grundsätzlich kann gesagt werden: die häufigsten Suizidhandlungen sind in ihrer Art eher nicht tödlich. So sind Stiche und Schnitte mit 16,4% aller Suizidhandlungen zwar häufig, aber von diesen 16,4% sind nur etwa 8% tödlich. Erschießen ist sehr selten (1,7%), aber mit fast 90% letal.



Bei erfolgten Suizid sind psychische Störungen in über 90% vorhanden, wobei die Depression die häufigste Ursache mit 50-60% ist.

Suizid und Depression im Überblick

- Bei schweren rezidivierenden Depressionen kommt es im gesamten Krankheitsverlauf
 - bei 40-80% zu Suizidgedanken
 - bei 30-50% zu Suizidversuchen
 - bei 10% 15% zu erfolgreichem Suizid (Im Vergleich: Bei Bipolarität 15-30%, über alle affektiven Störungen: 6%)
- Die meisten Suizidenten waren zuvor beim Arzt, die indirekten Zeichen wurden nicht erkannt
 - 80% der Suizidenten waren unbehandelt



Anders herum ist bei bestehender schwerer Depression der Anteil der erfolgten Suizide über den gesamten Krankheitsverlauf ebenfalls mit 10-15% überaus hoch. Diagnostik und Behandlung der Suizidalität sind unzureichend.



Risikofaktoren Suizidalität

Allgemeine Faktoren:

- Männliches Geschlecht, höheres Alter (v.a. Männer > 70 Jahre)
- Suizidversuche in der Vorgeschichte oder Familiengeschichte mit suizidalem Verhalten

Lebenssituation:

- Alleinstehend, arbeitslos, sozial isoliert
- Keine Einbindung in feste (Tages-) Strukturen
- Chronische k\u00f6rperliche oder psychische (1:20 und mehr) Erkrankung,
- Mangelnde Unterstützung durch Angehörige oder Freunde.
- Untere soziale Schicht, städtisches Umfeld
- Mehrfache tatsächliche aktuelle Belastungen (finanziell, situativ)
- Akute krisenhafte Ereignisse (z.B. Arbeitslosigkeit, Schulden, Scheidung, Inhaftierung, Verlusterlebnisse, Traumatisierung)

Wesensart:

Hohe narzisstische Kränkbarkeit

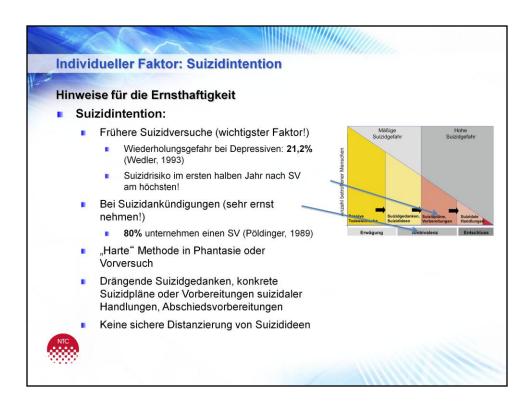


Starke Verleugnungstendenz und mangelndes Hilfesuchverhalten ("mir geht es gut; ich brauche keine Hilfe..")

Die meisten der Faktoren, die das Risiko einer Suizidhandlung erhöhen, wurden schon vorgestellt: Neben der Schwere, Art der Erkrankung und den gemachten epidemiologischen Angaben sind es auch Faktoren der psychosozialen Lebenssituation und die Grundpersönlichkeit.



Die Risikofaktoren spielen auch als Indikator bestehender Suizidalität eine Rolle. Die individuelle Suizidalitätsabschätzung orientiert sich aber primär an dem Grad der Suizidalität und an dem aktuellen Depressivitätsgrad.



Neben den drängenden und konkreten Vorstellungen zur Umsetzung sollten bei der Exploration zur Suizidalität weitere Aspekte geklärt werden. Frühere Suizidversuche, frühere Suizidankündigungen, Art der Methode sowie bestehende Distanzierung und Ambivalenz.

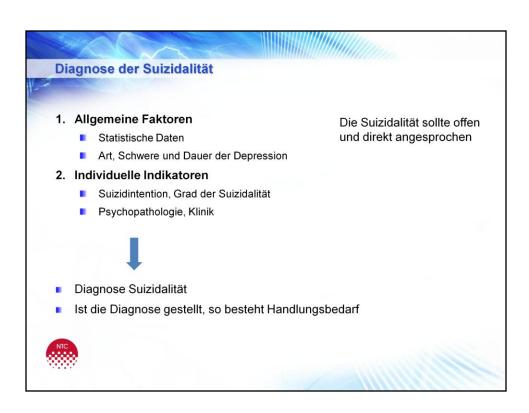
Individueller Faktor: Psychopathologie

Aktuelle klinische Symptomatik

- Gefühle von großer Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit und Schuld
- Keine Zukunftsvorstellung
- Starke Eingeengtheit auf den Suizid (präsuizidales Syndrom), starker Handlungsdruck
- Zunehmender sozialer Rückzug, Verabschiedung von Menschen, Verschenken von Wertgegenständen, Regelung letzter Dinge (Testament, Versicherungen, Papiere)
- Offene und verdeckte Ankündigung von Suizid
- Altruistische (pseudoaltruistische) Suizidideen
- Selbstopferungsideen
- Ideen erweiterter Suizidalität (Einbeziehung z.B. der Partner oder Kinder)
- Depressiver Wahn oder anderweitig psychotische Depression (Gefahr des raptusartigen Suizids)
- Persistierende Schlafstörungen, Anhedonie, Gewichtsverlust und schlechte Konzentrationsfähigkeit
- Substanzabusus bzw. -abhängigkeit



Zur Klärung der Suizidalität sollten ferner Klinik und Psychopathologie herangezogen werden. So wichtig dabei auch die klassisch depressiven Symptome sind, zu beachten sind auch die psychische Stabilität (z.B. Mischzustände, Fluktuationen, Drogenkonsum) und der subjektive Sinngehalt einer suizidalen Handlung (z.B. Wahn, fixe Ideen).



Die Risikofaktoren spielen auch als Indikator bestehender Suizidalität eine Rolle. Die individuelle Suizidalitätsabschätzung orientiert sich aber primär an dem Grad der Suizidalität und an dem aktuellen Depressivitätsgrad.

Abklärung von Suizidalität: Formulierungshilfen

- "Gibt es in ihrer derzeitigen schwierigen Situation auch Gedanken an den Tod?"
- "Was genau meinen Sie damit, dass Todsein besser wäre?"
- "Denken Sie dabei auch an Suizid?"
- "An was denken Sie genau, wenn Sie sagen, sie könnten sich umbringen?"
- "Haben Sie sich die … (z.B. Medikamente) schon besorgt?"
- "Wie oft und wie lange kommen die Gedanken an Suizid?"
- "Haben Sie darüber schon mit jemandem gesprochen?"
- "Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen?"
- "Gibt es denn auch Dinge, die Sie noch am Leben halten?"



Ergänzung

Es bietet sich hier an, eine Demonstration zur Exploration von Suizidalität durchzuführen.

Es hat sich dabei bewährt, dass der Referent die Rolle des Suizidenten übernimmt und ein Teilnehmer die Rolle des Helfers. Damit sind die Teilnehmer in Ihrer natürlichen Rolle und das Rollenspiel wird authentischer.

Ziel der Übung besteht darin auf der Basis einer wertschätzenden, akzeptierenden Haltung sehr genau den Grad aktueller Suizidalität herauszuarbeiten. Der Gesprächspartner soll: 1) Zuhören 2) Aushalten 3) Nachfragen Vorsicht vor vorschnellen Interventionen! Der Gesprächspartner soll keine voreiligen Lösungen anbieten. In diesem Rollenspiel besteht seine Hilfe aus Zuhören.

Läuft ein Rollenspiel schlecht, dann schnell abbrechen oder unterbrechen, klären und neu beginnen bzw. fortsetzen.

Im Anschluss an Rollenspiel: Diskussion im Plenum, was nun weiter geschehen müsste.



Diagnose "Suizidalität" und dann?

- Die Suizidalität ist ein bedrohlicher Zustand und sollte fachärztlich behandelt werden.
- Die akute Suizidalität ist ein Notfall.
- Nicht jede Suizidalität ist ein Notfall: z.B. chronische latente Suizidalität bei Borderline-Störung.
- Jede Suizidalität erfordert Intervention. Ziel ist die sofortige umfassende Krisenintervention.
- Die akute Suizidalität, die nicht durch eine Krisenintervention behoben werden kann, muss stationär behandelt werden.



Jeder ernste Verdacht auf Suizidalität ist fachärztlich vorzustellen. Der Facharzt führt eine erweiterte Diagnostik und Krisenintervention durch. Womöglich wird eine Klinikeinweisung notwendig, die in seltenen Fällen auch als Zwangseinweisung durchzuführen wäre.

Die Krisenintervention hat folgende Ziele

- Tragend-verstehende Beziehung:
 - Entlastung, Verbindlichkeit, Nonsuizid-Verträge
- Vereinbarung konkreter Hilfen für die aktuelle Lebenslage:
 - Hilfen, Einbindungen, Bezugspersonen, Notfallplan
- Intensivtherapie:
 - schnell, verlässlich, engmaschig,
 - mehrdimensional:
 Medikamente, Gespräche, ggf. komplementäre Hilfen, ggf. stationär
- Indikation Klinik:
 - akute Suizidalität ohne Absprachefähigkeit
 - in Therapie und Beziehung "unerreichbar"
 - nicht vorhandenes unterstützendes Umfeld



Eine Krisenintervention versteht empathisch, entlastet emotional, trägt verbindlich, zeigt Lösungsperspektiven, bietet konkrete Hilfe an, prüft Absprachefähigkeit, erarbeitet eine Behandlungsallianz, vereinbart zeitnahe Folgekontakte, aktiviert andere Helfer oder die Klinik, nutzt Notfallmedikamente.

Gefahren im Umgang mit Suizidgefährdeten (Kulessa, 1985) Zu vermeiden sind: Vorschnelle Tröstung Ermahnung Verallgemeinerung Ratschlag Belehrung Herunterspielen des Problems Beurteilen und kommentieren Nachforschen, ausfragen, analysieren Vorschnelle Aktivitäten entwickeln

NTC

Nicht nützlich, aber häufige Fehler sind sofort zu handeln oder nur zu analysieren, statt in der Krise helfend zur Seite zu stehen. Die Krisenintervention sollte die Ernsthaftigkeit erfassen und einfühlsam vorgehen.

Ratschläge, Belehrungen, oberflächlichen Aufmunterungen, Moralisierungen stellen letztlich Anforderungen dar, die oft nicht als Hilfe wahrgenommen werden können.

Rückfallprophylaxe

- Eine engmaschige Arztanbindung in den ersten Monaten ist zu empfehlen
- Suizidprophylaxe erfolgt akut durch Lorazepam, längerfristig durch Lithium oder Antidepressiva.
 Trizyklika sind bei Suizidalität relativ kontraindiziert
- Komplementäre und pflegerische Hilfen stellen ebenfalls eine wichtige Rezidivprophylaxe dar



Bei erhöhtem Suizidrisiko, so etwa auch nach Entlassungen (man weiß, die SV-Rate steigt gerade nach einer Entlassungen an) sollte eine niederschwellige und intensivierte ärztliche Anbindung erfolgen. Auch die Nutzung der pflegerischen wie komplementären Angebote sowie gezielter Medikation gehört zur Rückfallprophylaxe der Suizidalität.

Weitere depressive Krisen (nicht suizidal)

Depressive Notfälle sind ferner:

- Anhaltende Weinkrämpfe und dauerhafte Ängste
- Hochgradige Agitiertheit, quälende Getriebenheit
- Hochgradige Hemmung, innere und psychomotorische Erstarrung bis zum Stupor
- Völlige Antriebslosigkeit bis zum Mutismus
- Wahnhaftes Erleben (Schuld, Krankheit, Armut, Nihilismus)
- Auch hier ist die fachärztliche Krisenintervention der erste Schritt, die Einweisung ein möglicher zweiter



Nicht vergessen werden sollte, dass die Suizidalität nicht die einzige Krisensituation der Depression ist und dass auch andere Zustände als medizinischer Notfall zu gelten haben: hochgradige Verzweiflung, Agitiertheit oder Stupor, aber auch stimmungssynthyme Wahnelemente, flottierende Angst sind extreme Leidenszustände. Das Vorgehen ist vergleichbar: erst Krisenintervention, dann Anbindung, ggf. in einer Klinik.

Unterbringung nach dem Psych-KG

- Psych-KG ist Länderrecht und regelt die Zwangsunterbringung
- Arzt attestiert krankheitsbedingte und unmittelbare Eigen oder Fremdgefährdung
- Ein Ordnungsbeamter begleitet die RTW-Fahrt
- Bei Durchführung kommt es zunächst zur sofortigen Unterbringung auf der geschützten Station
- Erst ein Richter entscheidet über die Dauer des Aufenthaltes
- Zwangsunterbringungen haben nicht automatisch Zwangsbehandlungen zur Folge



Bei Suizidalität kann eine Zwangsunterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus auf Grundlage des Psych-KG (Länderrecht) notwendig werden.

Voraussetzung ist ein qualifiziertes und aktuelles ärztliches Attest nach eigenständiger Untersuchung, dass eine unmittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung bescheinigt.

Das genaue Prozedere der sofortigen Unterbringung ist regional unterschiedlich, in jedem Fall führt ein Richter innerhalb weniger Tage eine Anhörung durch und entscheidet über die Notwendigkeit und Dauer des Aufenthaltes.