

SUIZIDALE KRISEN

Tag der seelischen Gesundheit

Münster

6.10. 2018

Suizidalität – ein „öffentliches Tabu“

- hohe Emotionalität des Themas
- Paradoxie: Tabuisierung im konkreten Einzelfall – öffentliche Debatte in Politik, Gesellschaft und Medien
- ausführliche gesellschaftliche Debatte über den „Assistierten Suizid“
- Banalisierung suizidalen Verhaltens und Erlebens in Vorabendserien
- grundsätzliche ethische Einstellungen und Fragen werden berührt

Fahrplan

- Einstellungen und Konzepte
- Epidemiologie
- Suizidalität: Definitionen und Abgrenzungen
- Risikofaktoren
- Suizidprophylaxe – Was hilft?
- Diagnostik und Therapie
- Situation der Angehörigen

Einstellungen und Konzepte

- Moralische Modelle
- Religiöse Modelle
- Psychiatrisch – psychotherapeutische Modelle
- Das Recht auf Suizid - Suizid als Ausdruck persönlicher Autonomie

Aristoteles

384 – 322 v. Chr.

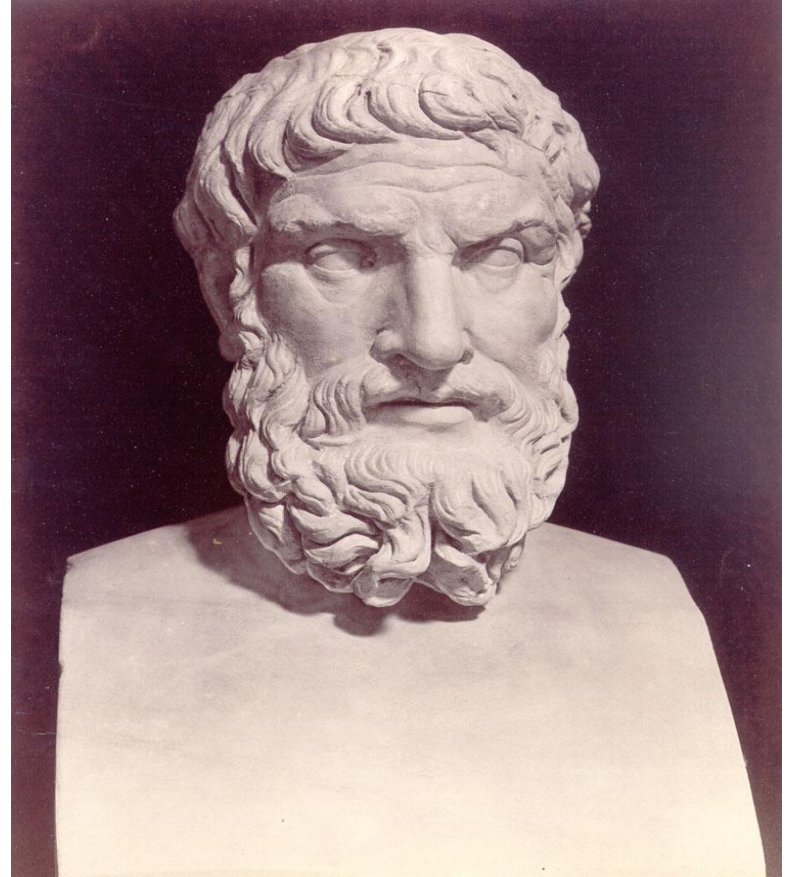
Nur ein Feigling, der sich aus der menschlichen Gemeinschaft stehlen möchte, könne sich umbringen.



Epikur

341 - 271 v. Chr.

Man kann die Eintrittskarte in das Leben zurückgeben, wenn man, vergleichbar mit einem sich langweilenden Theaterbesucher, von den Freuden des Lebens nicht mehr gefesselt wird.



Suizide in der Bibel



- In der Bibel wird über 10 vollendete Suizide und 11 Fälle von Suizidversuchen bzw. suizidalen Phantasien berichtet.
- Die Darstellung ist respektvoll, nüchtern und (mit einer Ausnahme) ohne positive oder negative Wertung.

Augustinus

354 - 430



Augustinus überträgt das 5. Gebot „Du sollst nicht töten“ auf die Selbsttötung (*De civitate dei*).

Das Konzil von Arles (452) erklärt den Selbstmord zum Verbrechen und als Folge des *furor diabolicus*.

Die Konzile von Orleans (533) und Braga (561) schreiben Begräbnissanktionen vor.

Thomas von Aquin

(1225 -1274)



Suizid ist

- Frevel gegen die Natur und die Barmherzigkeit, denn sie widerspricht der natürlichen Neigung zu leben und der Pflicht, uns selbst zu lieben
- Frevel gegen die Gesellschaft, denn wir sind ein Teil der Gemeinschaft
- Frevel gegen Gott, der Herr über unser Leben ist

Immanuel Kant

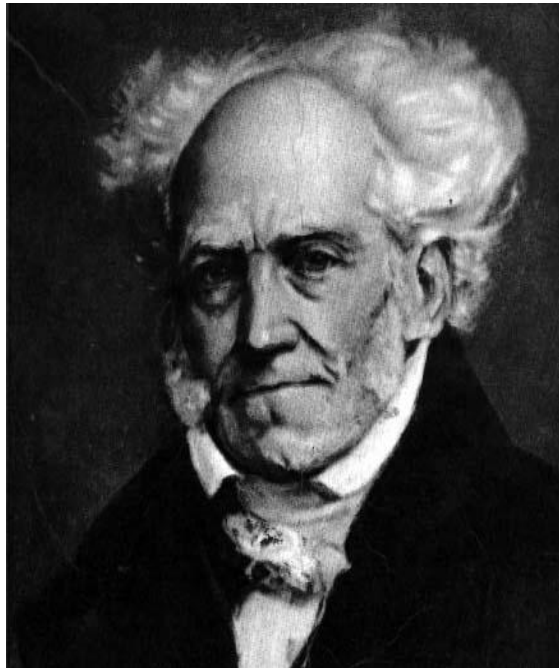
(1724 – 1804)



Suizid ist eine
Verletzung der Pflicht
gegenüber sich selbst.

Arthur Schopenhauer

(1788 – 1860)



Suizid ist nicht Unrecht, sondern das unbestreitbare Recht eines jeden auf seine Person und sein Leben, wenn der Schrecken des Lebens den Schrecken des Todes übertrifft.

Karl Barth

(1886 – 1968)

„Wer will nun eigentlich wissen, dass Gott ein Leben, das ja ihm gehört, nicht auch einmal in dieser Form aus den Händen des Menschen zurück verlangen könnte?“



Das psychiatrische Modell

- Suizidalität ist Symptom, Ausdruck und Folge einer psychischen Störung.
- Es lassen sich biologische, psychologische und soziale Risikofaktoren für Suizidalität bestimmen.
- Suizidalität und die dahinter stehenden psychischen Störungen müssen behandelt werden.
- Suizide müssen verhindert werden.

Ringel 1953, Pöldinger 1968, Wolfersdorf 2000

Jean Améry

1912-1978



„Das Freitodproblem ist ein Problem des Selbstbestimmungsrechtes des Einzelnen. Es geht keinen etwas an, was man mit seinem Leben macht, weder die Religion, noch die Gesellschaft. Es ist die ureigenste Entscheidung jedes einzelnen.“

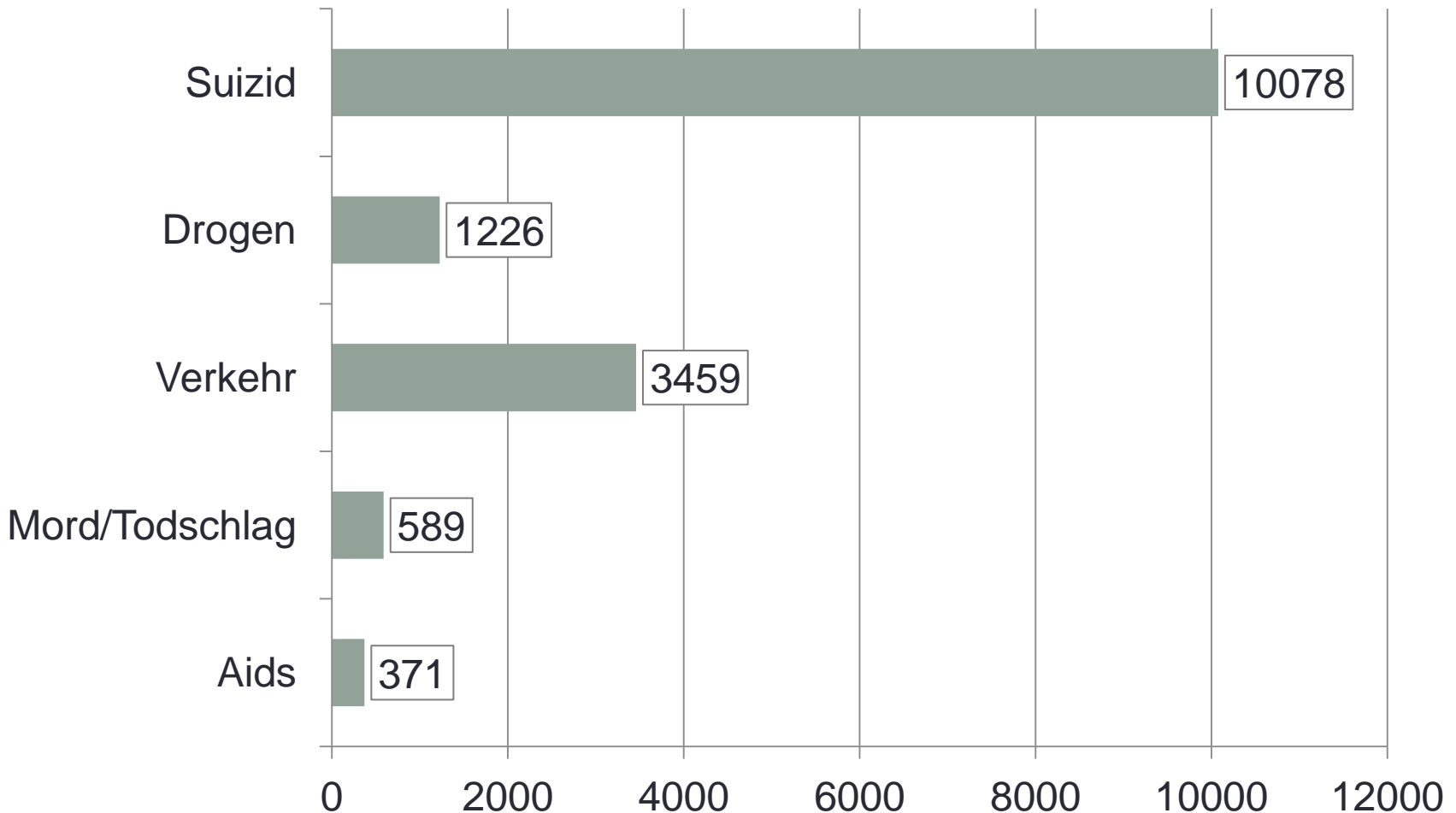
Konzepte

- Suizidalität als individuelle Entscheidung, die aus religiöser oder moralischer Sicht zu bewerten ist
- Suizidalität als Ausdruck und Symptom einer psychischen Störung, die therapeutisch anzugehen ist.
- Suizidalität als Ausdruck von Autonomie und Selbstbestimmung, für deren Realisierung es ggf. gesellschaftliche (medizinische) Hilfen geben muss

Epidemiologie der Suizidalität

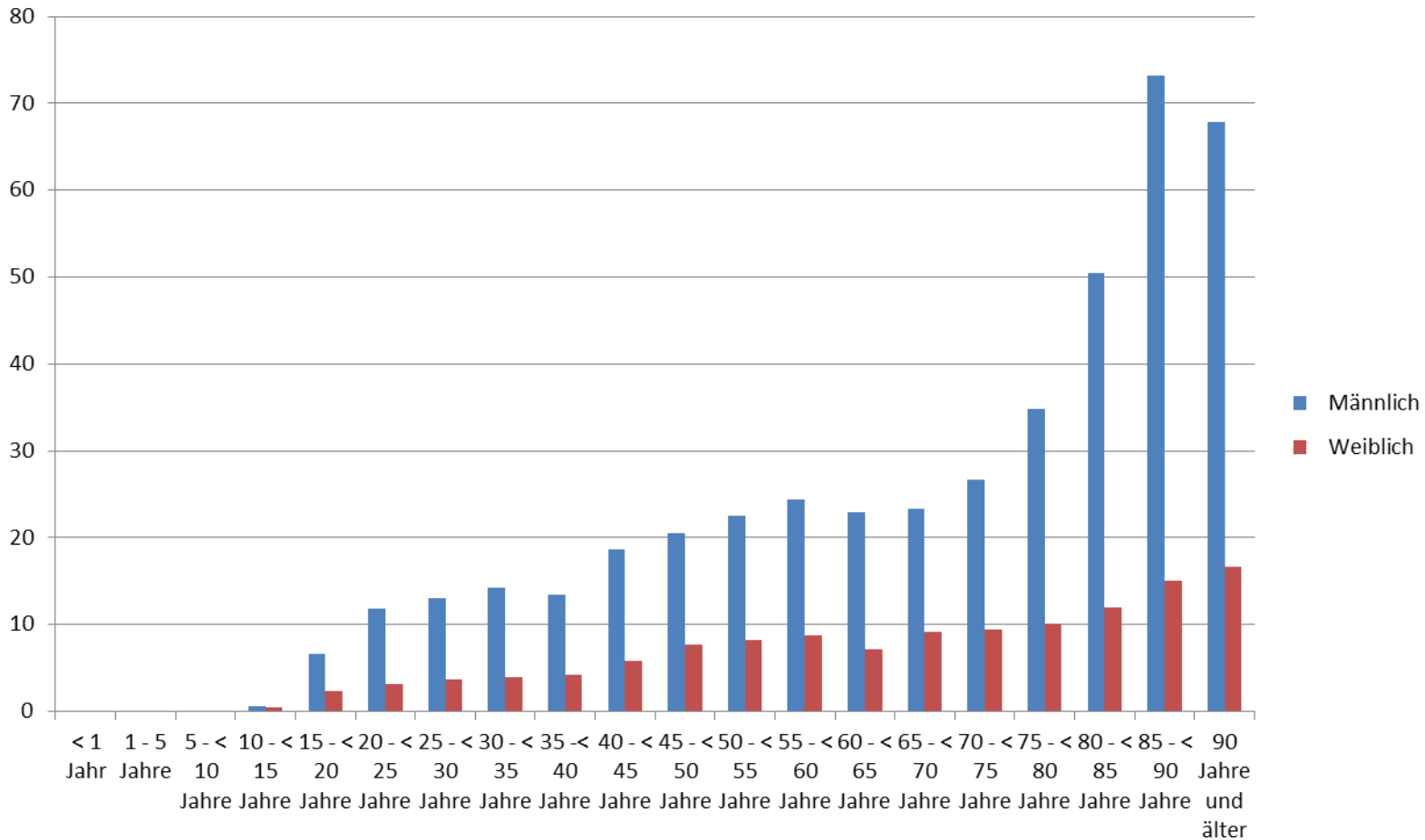
- Weltweit sterben jährlich etwa 900.000 Menschen durch Suizid, in der EU etwa 65.000.
- Deutschland liegt mit 10,4 Suizide pro 100.000 Einwohner weltweit im „Mittelfeld“ (zum Vergleich: Südafrika 1,2; Korea 28,7; USA 13,1).
- In der EU hat Deutschland die zweithöchste Suizidrate, nach Frankreich und vor Polen.
- In den USA sind die Raten von Teenager-Suiziden zwischen 2006 und 2016 um 70% bei den weißen und um 77% bei den farbigen Jugendlichen gestiegen.
- Bei allen vorliegenden Zahlen handelt es sich nur um die erfassten und erkannten Suizide. Man muss von einer relevanten Dunkelziffer ausgehen.

Todesursachen in Deutschland 2015



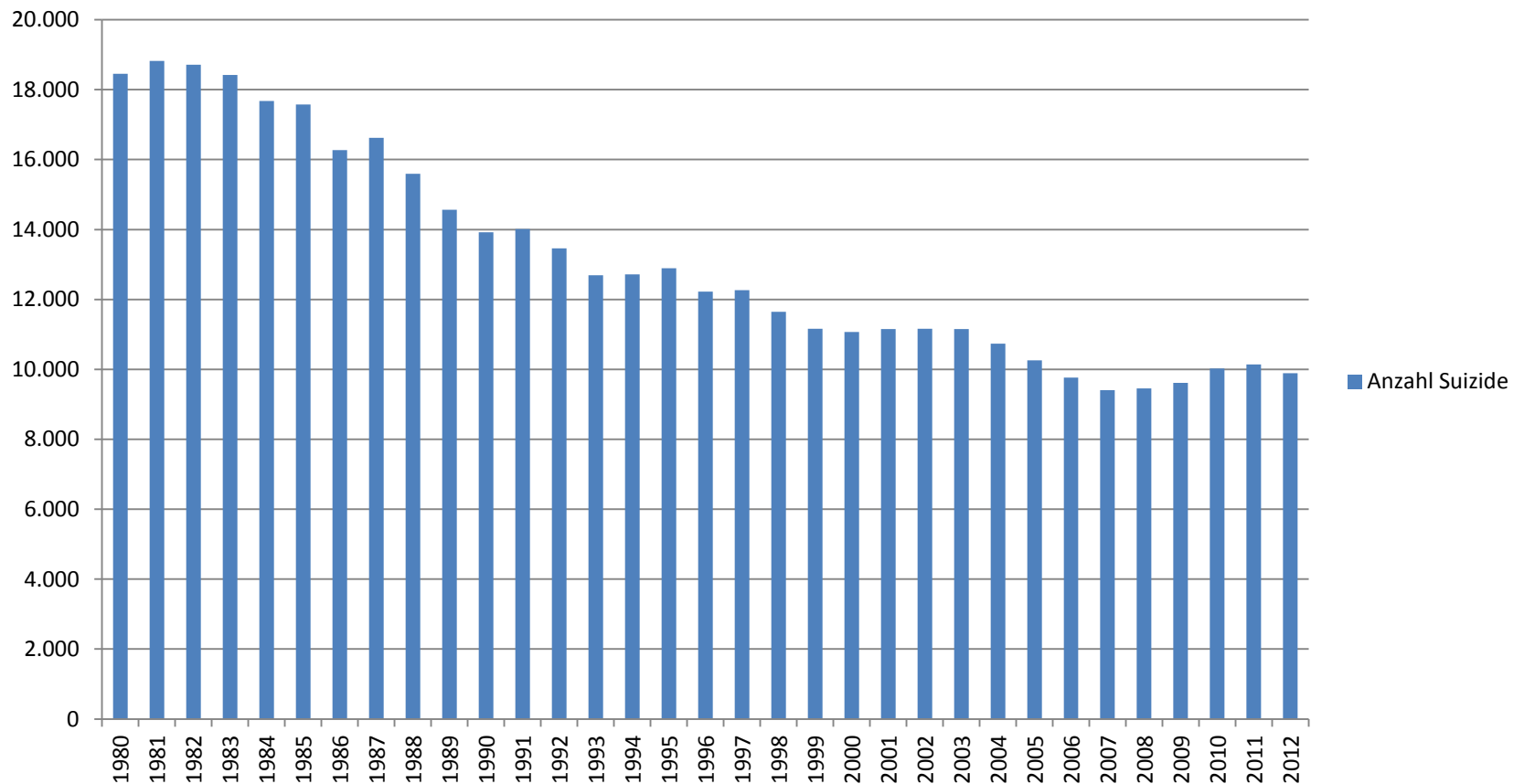
(Quelle: Bundesamt für Statistik/Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2015)

Suizidraten (je 100.000 Einwohner) in Deutschland 2012*



Entwicklung der Suizidzahlen in Deutschland seit 1980

Anzahl Suizide



Definition und Abgrenzungen

- „Suizidalität ist die Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebnisweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.“

Wolfersdorf 2000

- Eine suizidale Handlung definiert sich durch die subjektive Absicht nicht durch den medizinischen Grad der Gefährlichkeit.
- Das wesentliche Merkmal von Suizidalität ist der Wunsch zu sterben, auch wenn dieser Wunsch nicht immer ohne Ambivalenzen ist.

Definitionen und Abgrenzungen

- Ruhewünsche

- ohne Intention zu Sterben

- Todeswünsche

- aktuell oder in unbestimmter Zukunft, ohne eigenes Tun, kein Handlungsdruck



- Suizidideen

- Mögliche Handlungsalternative, kein Handlungsdruck

Definitionen und Abgrenzungen

- Suizidabsichten
 - Konkrete Planung und Absicht, als Drang erlebter Handlungsdruck
- Suizidversuch
 - Suizidale Handlung, die überlebt wurde, eine Todesintention und die Vorstellung mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen, waren vorhanden
- vollendeter Suizid

Definitionen und Abgrenzungen

- Suizidale Krisen können sich sehr unterschiedlich darstellen.
- Suizidale Krisen sind nichts Statisches, sondern Prozesse, die mit unterschiedlicher Dynamik verlaufen.
- Die Ambivalenz des Todeswunsches spricht nicht gegen die Ernsthaftigkeit und Gefährlichkeit einer suizidalen Krise.
- Ein wesentliches Merkmal akuter suizidaler Krisen ist die Einengung auf den Suizid als einzige noch vorstellbare Lösung und Handlungsmöglichkeit
- Akute suizidale Krisen sind in den allermeisten Fällen zeitlich begrenzte Zustände.
- Ein besonderes Problem sind suizidale Krisen, in denen manipulative Aspekte in der (therapeutischen) Beziehung ganz im Vordergrund stehen.

Mythen und Unwahrheiten

- **falsch:** Wer von einem Suizid spricht, tut es nicht.
Ca. 80% der Suizide werden vorher angekündigt
- **falsch:** Wer Suizid begehen will, dem ist nicht mehr zu helfen.
Viele hoffen auf Hilfe, wünschen sich Ruhe und Lebensveränderung
- **falsch:** Wer einen Suizidversuch macht, meint es nicht ernst.
Suizidversuche in der Vorgeschichte sind ein starke Risikofaktor für einen vollendeten Suizid
- **falsch:** Suizide geschehen meist im November und um Weihnachten herum
Die meisten Suizide finden im Frühjahr, im Mai statt
- **ganz falsch:** nicht über Suizid reden, um keine schlafenden Hunde zu wecken.
unlogisch: entweder sind keine Hunde da, oder sie sind wach. Suizidale Menschen finden es meist entlastend, angesprochen zu werden.

Risikofaktoren für Suizidalität

- Psychische Erkrankung
 - Werther-Effekt
 - Psychosoziale Faktoren
 - Risikopsychopathologie
 - (genetisch-biologische Faktoren)
-
- Risikofaktoren addieren oder potenzieren sich!

Psychische Erkrankung

- Psychologische Autopsiestudien finden bei 82-94% der Suizidenten eine psychische Störung.

<u>Ort</u>	<u>N</u>	<u>Zeitraum</u>	<u>%</u>
Israel	43	Mitte 80er Jahre	90%
New York	120	1984-1986	90%
Finnland	53	1987-1988	94%
Pittsburgh	140	1984-1994	82%

Apter 1993, Shaffer 1996, Marttunen 1991, Brent 1999, nach Zalsman 2018

- Alle psychischen Störungen (außer Demenz und Intelligenzstörungen) vergrößern das Risiko eines Suizids erheblich (um das 2 - 20fache).

Harris & Barraclough 1987

Werther-Effekt

- Berichte über Suizide (prominenter) Personen führen zu einem statistisch signifikanten Anstieg der Suizide in der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe.
 - Tod eines Schülers
 - Eisenbahnsuizide in Wien
 -
- Die Identifikationsgefahr hängt wesentlich von der Art der Berichterstattung ab (Methode, Ort, Hintergrund, Motive, Heroisierung).
- Aufgrund dieses Effektes wird in Deutschland (in aller Regel) nicht über Suizide in der Presse berichtet (Pressekodex)
- Dieser Effekt bietet Ansatzpunkte für die Suizidprophylaxe

Psychosoziale Faktoren

- **männliches Geschlecht**
- **höheres Lebensalter**
- soziale Isolation, Vereinsamung, soziale Exklusion
- Verlust- und Trennungserlebnisse
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Suizidversuche in der Familienanamnese
- Situationen, die Gefühle von Ohnmacht, Unsicherheit oder existentieller Bedrohung auslösen
- Substanzkonsum
- narzisstische Kränkungen
- Umbruchsituationen in Therapie und Rehabilitation
- Entlassung aus stationärer Therapie
-

Risikopsychopathologie

- depressive Syndrome, v.a.
 - Hoffnungslosigkeit / Resignation
 - Gefühle von Wertlosigkeit
 - überwertige Scham- oder Schuldgefühle
 - depressiver Wahn
- imperative Halluzinationen
- jede quälende, als nicht beeinflussbar erlebte Symptomatik (v.a. auch chronische Schmerzen!)

Suizidprophylaxe

Das Paradox der Suizidprophylaxe:

Wir kennen viele Risikofaktoren für Suizidalität, aber auch wenn wir sie alle berücksichtigen ist die Vorhersage, ob eine konkrete Person einen Suizid begehen wird oder nicht, nicht besser, als wenn wir eine Münze werfen.

Zalsman 2018

Suizidprophylaxe – Was hilft?

- Die vier folgenden Strategien sind nach strengen wissenschaftlichen Kriterien wirksam:
 - Schnelle und konsequente Behandlung von Depressionen (Pharmako- und Psychotherapie)
 - Kontinuität der Behandlung über Sektorgrenzen hinaus
 - Einschränkung der Zugänge zu den Möglichkeiten, sich zu suizidieren, (Waffen, Medikamente, hot spots etc.)
 - Aufklärungs- und Informationskampagnen in Schulen, Universitäten, Armee, Organisationen, etc.
- Auch andere Zugänge können hilfreich sein, für sie besteht aber bislang keine wissenschaftliche Evidenz (Information in Medien, Notrufe, Training von Lehrern oder Hausärzten, etc.)

Diagnostik und Therapie von Suizidalität

- daran denken, danach fragen
- Zeit, Raum, Rahmen und Verständnis
- Abklärung der Akuität
- in dubio pro Sicherheit, im Extremfall auch gegen den Willen der Betroffenen
- Zeit
- Entlastung durch Gespräche, Reizabschirmung, Medikamente, Überwachung
- Behandlung der Grundkrankheit
-

Die Situation der Angehörigen



Bedenkt: den eigenen Tod,
den stirbt man nur, aber
mit dem Tod der anderen
muss man leben.

Mascha Kaléko

Die Situation der Angehörigen

- Von einem Suizid sind 6-23 Personen mit betroffen.
WHO 2000
- Für die Hinterbliebenen ist die Frage nach dem „warum“ am schwierigsten, sie kann nicht beantwortet werden.
- Suizide lösen hoch ambivalente Gefühle aus (Trauer, Schuldgefühle, Gefühl des Versagens, Ärger,...)
- Es besteht die Gefahr, einen „Schuldigen“ für den Suizid auszumachen
- Angehörigen profitieren von Trauergruppen, die sich direkt an diesen Personenkreis wenden (in MS z.B. das Angebot der Krisenhilfe)

„Keiner bringt sich gerne um!“

M. Wolfersdorf 2015